

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR 1975

ÅRGANG 4



**Med vennlig
hilsen . . .**

UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretærer:

Ansgar O. Aasen
Rami Aronzen
Nils Torris

Ettertrykk forbudt

Tegninger og Lay-out:

Kåre Bjørn Huse

Abonnement:

Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:

ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 Orkanger.

GODT NYTTÅR 1975!

Aukra, 31. desember 1974

Før vi takker for det gamle året må vi, for å unngå misforståelser, understreke at vi alle kunne gjort det bedre.



Kanskje har alle utredningene som angår distriktshelsetjenesten gjort oss usikre idet vi avventer de vesentlige beslutninger. Kanskje har problemene omkring distriktshelsetjenesten i by og land avslørt seg som så store at vi helst vil lukke øynene for dem. Uttrykk som en forpliktende helsetjeneste fenger, men når man går nøye inn på uttrykket og spør hvor forpliktet f.eks. legene skal være overfor befolkningen, viser en grenseoppgang seg meget vanskelig.



Helsedirektoratet har jo fått spark fra UTPOSTEN ved nyttårsleitet tidligere, og kan heller ikke i år motta de blomster vi jo egentlig ønsker å sende dem. Vi vet jo at disse høyt kvalifiserte, hardt arbeidende mennesker sitter nedlasset i rutinesaker. Men vi hadde gledet



oss til å se meddelelsesbladet i sin nye form slik som bebudet, og vi hadde gledet oss til å lese den såkalte kokeboken i 1974. Vi hadde håpet at det lot seg gjøre å få et bedre opplegg for kurs for offentlige leger på Bygdø og i sammenheng med det kanskje også en arbeidsbeskrivelse og ansvarsavgrønsning for distriktsleger.



Helsesøstre, hjemmesykepleiere, sosialarbeidere og distriktsleger har vel alle vissheten om at de gjør en nødvendig jobb. Men det er langt igjen til man får en genuin følelse av å tilhøre "den ytre etat" eller distriktshelsetjenesten. Feltarbeiderne er de som har minst greie på alt, og møter mellom administrasjon og spesialister er svært ofte møter hvor vi blir belært, men sjelden hørt på.



I visse politiske kretser diskuterer man fordeler og ulemper ved å opprettholde helsedirektoratet. Vi kan

vanskelig forestille oss at det er noe fremskritt for helsetjenesten i Norge å nedlegge helsedirektoratet, men tror på den annen side at helsedirektoratet kunne gjøres til et ulikt mer inspirerende sentralorgan for helsetjenesten.



Fornyelse av abonnement

Nesten 80% av våre abonnenter betalte sitt abonnement i 1974. Vi vedlegger postgiroinnbetalingsblankett i håp om at alle snarlig betaler sitt abonnement for 1975, og at noen betaler skyldige bladpenger for 1974.



Per Wium:

KREFTKURS MED NITTER

Overlege Nitter har gått igjen i mange aviser det siste år, ikke minst i "Ut-posten", og har etter hvert blitt et navn med meget spenning rundt seg.

Spenningen var også stor da han var innbudt som foredrags holder ved Kurs nr. 383, "om behandling av pasienter med langtkommen kreft"

Forelesningene ble holdt i det store auditorium på Ullevål Sykehus i slitten av november 1974.

I denne sammenheng ble det hele et sunt og godt kurs. Ass. overlege Øyvind P. Solheim og ass. overlege Ole G. Jørgensen skal ha ros for sitt initiativ med å trekke Nitter frem i lyset under Det norske radiumhospitals navn. Det lå vel som vanlig, når navnet Nitter ble nevnt, litt sensasjon i luften da han skulle fortelle om kjemoterapi ved gastrointestinale cancer. Dr. Lorentz Nitter behandlet da også saklig og greit det materialet han hadde å skilte med, og forbauselsen var vel like stor på begge sider da både foredraget og debatten var over uten at det hadde sagt pang! en eneste gang. Det som kanskje overrasket meg mest, var at det heller ikke fra hans foredrags side var noe revolusjonerende i det hele tatt. Det Nitter forfektet, var noe vi hadde hørt flere ganger fra andre foredrags holdere tidligere. Visse nyanser er det selvfølgelig, og uenigheten består vel kanskje i på hvilke cancer typer man skal begynne den av Nitter omtalte kjemoterapi. Enigheten var imidlertid stor om at det gjelder kun for langtkommen cancer.

Det er i hvert fall helt klart at Fluoro-Uracil ikke

er det eneste cytostaticum som eksisterer, og det er heller ikke det eneste som skal eller kan brukes i primær helsetjeneste. Det særlig trykk som foreligger om Nitterkuren, og som er utgitt av oss, gir vel heller ikke noe skikkelig bilde av begrensingene for bruken av den såkalte Nitter-kur. Det er klart at man setter ikke i gang med Primobolan depot på en cancer prostata, og dette kunne vel ha hendt dersom man ukritisk hadde lest all presseomtale av Nitter-kuren uten å ha satt seg skikkelig inn i selve Nitters bruk av den.

Det dr. Lorentz Nitter etter min mening er spesialist på, og som de andre legene har vanskelig for å forstå, er dette med at en cytostaticakur ute i periferien må være relativt enkel, og ikke være forbundet med de helt store bivirkninger.

Når det gjaldt de andre foredragsholderne, var gjennomgangstema for cytostaticabehandling kombinasjon av flere cytostatica, noe som man var kommet frem til på empirisk grunnlag. men samtlige var vel enige om at en Fluoro-Uracil er et meget godt cytostaticum der det virker, på grunn av at det er lett å dosere og gir relativt få bivirkninger. Vil ikke gå inn på de enkelte cytostatica, men kan bare nevne at ved ovarialcancer i langt kommet stadium er Thiotepa (Tifosyl) fremdeles et aktuelt middel, mens 5-fluoruracil ikke virker så godt. I tillegg bruker professor Kolstad Primobolan depot 100 mg og AFI-B-total forte 5 ml hver 2-4. uke.

De forskjellige foredrags-

holdere var som vanlig av meget varierende kvalitet. En almenpraktiker, langt fra tørre teorier, skjønner ikke meningen med at spesialistene snakker løse oppramsinger med tusenvis av data i en monoton stemme, og med rot i lysbildene. Det må være for sin egen del de gjør det. Fro tilhørerne er det nemlig bortkastet. Men dette har vi jo funnet oss i opp gjennom hele studiet og gjennom all etterutdannelse. Dette kurset var vel ikke av det verste i så måte heller.

Når det gjelder almenpraktikerens behandling av langtkommen cancer, tror jeg vi nå i fremtiden vil ha nytte av å legge bort klisjéer som Nitterkur og andre mer eller mindre velunderbyggede generelle behandlingsmetoder. Vi må heller gå inn for å sette oss skikkelig inn i den materien vi holder på med, og behandle ut fra dette. Det er klart at enhver cancerform er forskjellig, både med hensyn til patologi, klinikk, og ikke minst sosiale aspekter. Vi må derfor bruke ekspertene i oncologi så langt disse rekker. Men de må jo også etter hvert bli klar over at de på langt nær strekker til i behandlingen av en pasient i sitt vanlige miljø.

Og dette er ganske viktig. Det er ikke sjans for Det norske radiumhospitale eller andre kreftsentra å kunne ha en skikkelig supervisjon av en pasient med langtkommen cancer som bor i sitt hjemlige miljø. Denne pasienten er helt avhengig av samarbeid mellom spesialinstitusjonen og den primære lege, og hvis det var mulig, tror jeg det er her vi må angripe problemene fremover. Jeg tror i alle fall at man i dag er kommet i den situasjon at både kjemoterapi, strålebehandling og

"Det nye
om din helse"
HVER TIRSDAG OG TORSDAG
VG

... den intense kreftforskningen er faktisk full av lovende resultater.

kirurgisk inngrep ligger langt foran i utviklingen sammenlignet med samarbeidet legene imellom. Hvis man derfor vil forbedre disse syke menneskers vilkår, må legene nå sette i gang å samarbeide på en helt annen måte og i en helt annen utstrekning enn det som har vært gjort tidligere. Dette kom stedvis frem under seminaret, men vanskelighetene i denne forbindelse er selvfølgelig mye større enn innenfor rent vitenskapelige områder, på grunn av at man har med leger å gjøre.

Et annet vanskelig problem er alt det nye som skjer, spesielt innenfor stråleterapien. Vanskelighetene består her i at utstyret er så vanvittig kostbart, og at man derfor aldri vil kunne bygge ut dette behandlingsapparatet i samme takt som behandlingsbehovet melder seg. Dette må både pasienter, spesialister og alle andre finne seg i, og dessuten må man finne seg i at disse behandlingstilbudene blir sentralisert.

Et eksempel skal nevnes: Ca. mamma bør bl.a. behandles med stråleterapi. Det er vel ingen som tviler på at høyenergetisk stråleterapi er bedre enn bruk av de konvensjonelle røntgenapparatene. Det er imidlertid helt opplagt at man ikke kan sende alle med cancer mamma til Det norske radiumhospital. Professor Poppe understreket at primærtumores som var relativt store, skulle strålebehandles med høyenergetisk stråling, og at de ville ta de imot på Det norske radiumhospital.

Til slutt vil jeg takke kurslederne Solheim og Jørgensen for et vel gjennomført kurs. Det er vel et spørsmål om man ikke i fremtiden kanskje kan ha kurs om dette emnet kun beregnet på almenpraktiserende leger, og også spørsmål om man ikke nå snart skulle begynne å lære hverandre å samarbeide slik at ikke mangel på sådant skal ødelegge hele det terapeutiske opplegg. Dessuten må man i større grad legge vekt på at pasienten skal oppholde seg i sitt hjemlige miljø under behandlingen.

Hva er Nitter-kuren?

Dr. Lorentz Nitter og dr. Lorentz H. Nitter jr. har utgitt en praktisk orientering om Nitter-kuren og noen av de resultater som er oppnådd ved å bruke den på såkalte oppgitte kreftpasienter.

Boken er hverken et vitenskapelig eller polemisk dokument, men et forsøk på å spre informasjon fra dr. Nitter om hva hans behandlingssopplegg går ut på.

(Boken fås gjennom bokhandler.)

Reisestipend for studenter som vil bli kjent med distrikts-helsetjenesten

UTPOSTEN utlyser herved 10 stipendier à kr. 200,— for dekning av reiser for medisinstudenter som vil ha arbeid hos distriktsleger i over 3 uker sommeren 1975.

Studenter med de lengste reiser og de lengste tjenester vil bli foretrukket ved utvelgelse av kandidater.

Tilsagn vil bli gitt senest 1.5.75.

Beløpet utbetales etterskuddsvis.



Evaluering av kurs for offentlige leger – høsten 1974

Med bakgrunn i den kritikk og de innvendinger som tidligere deltagere har fremmet, finner vi det lite hensiktsmessig å komme med en utdypet kritikk som nødvendigvis bare vil være en gjentakelse – da kritikken tydeligvis ikke er blitt tatt til følge.

Vi vil understreke at kritikken går på det generelle pedagogiske opplegg av kurset og ikke på den enkelte lærers faglige og pedagogiske prestasjoner, eller på opplegg fra spesialinstitusjoner.

Vår oppfatning av kursets samlede pedagogiske og fag-

lige verdi kan formuleres kort:

Deltagere i kurset for offentlige leger høsten 1974 vil fraråde kolleger å delta i senere kurs opplagt etter det nåværende mønster.

Som kurset nå er lagt opp, anser vi det som unødvendig bruk av resurser i relasjon til det utbytte kurset gir.

Kurset må omlegges vesentlig i det pedagogiske opplegg, men også en del når det gjelder fordeling mellom fagområdene.

Følgende punkter kan nevnes:

1. Reduksjon i antall kate-terforelesninger.
2. Utlevering av samlet kursmateriale og samlet oversikt over undervisningsopplegget ved begynnelsen av kurset.
3. Emnerettet undervisning i seminarform (kfr. opplegg fra SIFF og St.skj. b./STR)
4. Fellesundervisning (semi-

narform) med andre studentgrupper ved senteret, f.eks. helsesøstre.

5. Økt vekt på praktisk hel-serådsarbeid, administra-sjon, teknisk hygiene, helsetasjonsarbeide, fo-rebyggende helsearbeide. (Seminarform)
Videre større vekt på praktisk anvendelse av epidemiologmetoder i det forebyggende helsearbeide (Kfr. opplegg fra St.skj. b./STR)
6. Engasjement av pedagogisk kvalifisert kursleder.
7. Komprimering av kurset (6-8 uker)

Det er å håpe at kurset høsten 1974 er det siste etter det nåværende opplegg.



Bjarne Lili Ann
Bjørn Røhlf
Knut Dyrud
Søren Salte
Leif Dahl
Svein Urnes
Dag Helekle
Jungar Fossum
Per Grimeland
W. Breidsson
Einar Aseng Birkeland
Terje Hovden
Petter Hvitvold
Knut i. Krog

Lege I. U. Rosenberg:

Skriftlig informasjon til våre pasienter

Den litteratur som tilbys oss leger til distribuering blant våre pasienter, kommer gjennom de forskjelligste kanaler. Den synes å ha en ideal målsetning: Å gi korrekt informasjon om sykdommer, deres genese, symptomer, utvikling og behandling, å informere om trygdeytelser, å gi veiledning o.s.v., alt i relativt generelle vendinger.

Denne skriftlige informasjon og la oss forutsette at den er medisinsk riktig, brukes av legene på forskjellig måte: Som eneste informasjon, som supplement til den muntlige informasjon, eller den kan gå rett i papirkurven som uinteressant for den legen, men kanskje ville den være av nytte for pasienten? Hvis den brukes som pasientinformasjon, hvor meget, og på hvilken måte oppfattes dette? Forutsetningen var at den var medisinsk riktig, men holder den mål når det gjelder å nå frem til leseren, har pasienten den nødvendige forutsetning for å forstå det som informasjonen skal gi? Eller gir informasjonen det nødvendige grunnlag? Er disse generelle informasjoner av stor nok interesse for den enkelte, spesielle pasient med sine plager?

Vi kjenner alle til hva våre velmente, ofte inngående, informasjoner kan avstedkomme av underlige fortolkninger og misforståelser, når vi gjennom andre har fått gjengitt hva vi angivelig skal ha sagt.

Det ville være av stor verdi å finne frem til hva våre pasienter tilegner seg av den tildelte skriftlige informasjon. Tenk på våre medisinske faguttrykk og vår fagsjargong, tenk på Rikstrygdeverkets "stønadsspråk", og den lille teksten



i "kreftheftene". Men først ville det være nyttig å kartlegge legenes forhold til den skriftlige informasjon, dette kommer jeg tilbake til sist i artikkelen.

Så gjelder det informasjonens medisinske kvalitet, sett i forhold til dem som skal informeres, nemlig pasienter i almen praksis. Et

informasjonshefte utarbeidet av en medisinsk ekspert kan være korrekt beregnet på leger, men medisinsk uriktig eller utilgjengelig beregnet på pasienter. Og informasjonene kan være uriktige kort tid etter at de er distribuert, blir dette fulgt tilstrekkelig opp? Bør vi ha et kvalitetsmerke, et slags "VAREFAKTA", for slik informasjon, og hvem skal gi denne kvalitetsvurdering? Professor? Almenpraktiker? Pasient? (Hva med en med pedagogisk utdannelse?)

Endelig: Hvem skal stå for informasjonen? I dag er det firmaer (ofte med prisverdig liten reklame), forskjellige kontorer innen Helsedirektoratet, Staten, Alment praktiserende lægers forening, Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse, Rikstrygdeverket, etc. Av og til har flere instanser informasjon om samme tema, f.eks. diettlister, urinprøvetaking, forberedelse til røntgenundersøkelse, veiledning for gravide, m.m.

Jeg vil nevne noen temaer med noen bemerkninger:

VEILEDNING FOR GRAVIDE: Helsedirektoratet har en eldre, lite spennende trykksak, et firma en nydelig og god bok som gjør en glad og positiv, men.....med mye reklame i siste del, dog adskilt fra stoffet forøvrig. Skal vi akseptere reklamen her? (Dette er den informasjonen der jeg har funnet mest reklame.)

AMMING:

Hygienekontoret har utgitt et godt hefte, med positiv informasjon, og lagt vekt på lay-out og tegninger. Men... i motsetning til ovennevnte firmabok med nøktern informasjon, er denne en ensidig ammingsbok som ikke gir rom for morsmelktillegg eller melkeblandinger. Her er "reklamen" høyverdig begrunnet; "Gi brystmelk", men også: "kun det", og ingen råd til dem som av en eller annen grunn ikke kan gi brystmelk. Skal vi akseptere denne form for "reklame"?

PREVENSJON:

Helsedirektoratet har et P-pillehefte om alle typer P-piller, men kun 8 linjer om at andre metoder finnes. Staten har en generell, liten og nøktern informasjon, spesielt beregnet på unge. Firmaer har informativ reklame for sin "spiral", for sitt pessar, og for sitt skumpreparat. Noen lettfattelig informasjon om den mest anvendte form:kondom, har jeg ikke funnet, heller ikke om sterilisasjon.

ANGINA PECTORIS:

Et firma har en god informasjon, eneste reklamen er fabrikknavnet på forsiden. Utgaven 1973 er en betydelig forbedring i forhold til 2 år før, p.g.a. kortere tekst, klarere og bedre språk, mer farge og større bokstaver.

OBSTIPASJON:

Alle varianter fra ren reklame og bruksanvisning til samme firmas nøytrale informasjon uten medikamentrettet tekst. Den siste i konkurranse med A.p.l.f.'s diettliste. Et firma har en liten, kort og effektiv produsentinformasjon, der reklamen lett kan rives av.

Valg av brosjyre burde vel være avpasset pasientens lynne og fatteevne, men det er vel helst legens sådanne som avgjør, hvis det da ikke er den siste firmarepresentant som er avgjørende.

Denne type informasjon tenker jeg meg oftest brukt som tilleggsinformasjon og gitt pasienten direkte av legen.

Andre informasjoner er mer generelt folkeopplysende, og er vel mer beregnet til å legges ut på venteværelset, forværelser, apotek, trygdekontorer, sosialkontorer og lignende.

Jeg tenker da spesielt på to informasjonsgrupper: Småskriftene fra Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse og Rikstrykdeverkets skrifter. Til de siste kan man få et eget stativ til montering på venteværelset, trygdekontoret sørger også for påfylling ved forespørsel, tror jeg.

Begge disse heftetyperne er små, ofte med tungt språk, liten skrift, og er lite "spennende" i sin utforming.

Det er naturlig å komme med

Jeg har til hensikt å få undersøkt almenpraktikerens bruk, evt. manglende bruk av skriftlig informasjon. Det er meningen å sende ut et spørreskjema til et utvalg av leger i almen praksis. Men før dette settes i gang, vil jeg være takknemlig for kollegers råd, og for tanker omkring skriftlig informasjon, bruken, kvaliteten, informasjon som savnes, og ikke minst: Hvilke informasjoner kjenner legene til, og hvor får de den fra?



følgende tillegsspørsmål: Hvem skal stå for å utgi informasjonen? Hvem skal finansiere den? Og ikke minst: Hvordan skal vi få skikkelig rede på hvor informasjonen kan skaffes?

Tanker, forslag, opplysninger, korte eller lange, mottas med takk, og bes sendt direkte til meg, adr. Storgt. 146, 3900 Porsgrunn.

Bokanmeldelse:

Vilhelm Schjelderup:

Legekunsten på nye veier

J.W. Cappelens forlag
215 sider

Boken henvender seg til det brede publikum, og omhandler paramedisinske fenomener som iris-diagnostikk, aurikulø terapi, soneterapi, homeopati og akupunktur.

Med et utgangspunkt i vitenskapens spesielle overtro, det å tro, man vet mer enn man virkelig vet, bærer forfatteren frem et vitnesbyrd om de paramedisinske felt som han har godkjent.

Som forfatteren riktig påpeker, kan man innen legekunsten ikke sette grensen ved det man vet, men man må bevege seg utenfor prinsipper som lar seg analysere med eksakt vitenskap. Problemet er å avgrense hvor langt utenfor man kan bevege seg, og personlig synes jeg nok forfatteren har et betydelig overtramp i sin behandling

av iris-diagnostikken. Han anfører kart og illustrasjoner som viser legemets forskjellige organer representert i deler av iris. Et slikt iriskart er avbildet i figur 6. Når man vet at det er gjort betydelige sammenlignende arbeider med iris-diagnostikere, og man har påvist at de forskjellige iris-diagnostikere er helt uenige om hvor de forskjellige kroppsdeler skal plasseres, mister iris-diagnostikken sin troverdighet. Boken er velskrevet, og utgjør et interessant streiftog i grenseland, i alle fall for medisinsk kyndige som leser den med den nødvendige skepsis. På andre kan den virke forvirrende.

Harald Siem



GRO GJERDRUM's navn ble dessverre skrevet feil i tittelen på et intervju i forrige nummer. Redaksjonen denne lapsus.

Reumatiske sykdommer
akutte inflammasjoner

Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler

Mikstur

Suppositorier

Barn bør ikke behandles med indometacin. Forsiktighet bør utvises ved langtidsbehandling med nøye økt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



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 ved kjølig romtemperatur. Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S,
Postboks 204, 1371 Asker
Tlf. (02) 78 30 60, Asker

HVORFOR TAR LEGENE SÅ LETT PÅ SITT SOSIALE ANSVAR?

Blant annet ut fra en artikkel helsedirektør Karl Evang skrev for ca. et år siden, fremgår det at legenes ansvar når det gjelder å behandle og forebygge sykdommer, er meget stort. Naturligvis kan man ikke vente mere enn ressursene rekker, men når legene (Universitetet) rent prinsipielt setter en del av medisinen nesten utenfor daglig praksis, synes jeg det må være noe galt fatt.

La meg illustrere denne tilsidesettelse med noen eksempler:

Professor dr.med. Chr. Borchgrevink har skrevet at det er smerter i sjelettmuskel-systemet og de psykosomatiske lidelser som er den hyppigste årsak til at folk henvender seg til lege. (1) Denne gruppe av befolkningen er som vi alle vet, meget stor i alle aldre, men vi vet også at legenes utdanning på dette område er meget liten.

For ca. 4 år siden holdt skolelegene et årsmøte i Oslo, hvor hovedtemaet var belastningssykdommer hos skolebarn. Det ble fra flere hold presisert at belastningssykdommer var absolutt det største problem skolelegene i dag står overfor, men der har ikke vært holdt offentlige kursur om belastningssykdommer.

For ca. 2 år siden kunne vi lese i bladet "UTPOSTEN" en artikkel med tittel omtrent som denne: "Hvor lenge skal primærlegene være ute av stand til å stille diagnosen Belastningssykdom?" I denne artikkel stod det nevnt at nu hadde primærlegene begynt å merke konurransen fra kiropraktorer.

I "UTPOSTEN" september 1974, nr. 7, står en artikkel om Psychiatry and Primary Medical Care som bl.a. peker på at primærlegene har den fordel at de får de pasienter med psykiske lidelser som presenterer seg med somatiske plager. Det skulle jeg tro. Men jeg vil også tilføye at forholdet er ofte omvendt, idet pasientene går så lenge med sine smerter at de får en sekundær nevrose. Dette forhold, at de ikke får adekvat behandling for smertene, har ofte sin forklaring i den unøyaktige diagnose og behandling som primærlegene dessverre ofte må nøye seg med fordi de ikke har utdanning på dette område. I den ovennevnte artikkel i "UTPOSTEN" står det at primærlegen kan forhindre at pasienter med hypokondre tendenser oppsøker mange leger, og får foretatt serier av unødige og omfattende undersøkelser og behandlinger. Her blir mitt første spørsmål: Hvorledes kan primærlegen utelukke lidelser når han ikke kan undersøke skjelettmuskel-systemet, de overanstrengte muskler og ledd, eller de feilfunksjoner som har fremkalt belastningssykdommene? Det er rimelig at pasientene går fra lege til lege når de f.eks. får høre at det er bare nerver, men innerst inne vet at de har reelt vondt. (2) Hvis primærlegen kunne sette fingeren bokstavelig talt på det smertegivende sted, ville jo pasienten bli meget beroliget. Personlig har jeg hatt til behandling en lang rekke pasienter som egentlig hadde gått opp fordi de hadde gått fra lege til lege uten hjelp, eller fått beskjed

om at de måtte leve med sin hodepine f.eks. for det har jo mange. Det blir understreket at primærlegen må utdannes til å ta seg av de oppgaver han blir konfrontert med. Men hvorfor gjør man da intet?

Jeg tviler ikke på at mange primærleger gjør så godt de kan innenfor det område de kjenner til. Men hvis det er så at det området av medisinen legene behersker, allerede nå er for stort for dem, gjør deres ansvar overfor samfunnet at de må sørge for at andre overtar. Her har jeg i den nevnte artikkel i Tidsskriftet foreslått at vi får fysiologer som er spesialutdannet i pasientenes feilfunksjoner og belastningssykdommer. Ikke minst er det nødvendig å tenke på de psykosomatiske lidelser i denne forbindelse. Etter å ha forsøkt å vekke legenes interesse i 30 år, må jeg si at jeg er blitt nokså skeptisk.



Ser vi på den medisinske litteratur, er det deprimerende. For et par år siden fikk vi den nye utgaven av Physical Medicine and Rehabilitation. (3) I denne bok som brukes som lærebok for leger som vil ta del i kurs i fysikalsk medisin, kan nevnes at av de 900 store sider er det bare 2 sider i boken som forteller hvorledes vi skal lære pasienten avspenning og riktig pustemåte - noe som jo er nødvendig for at de skal få kontakt med sin egen kropp og vite når de strammer. Hele kapitlet om palpasjon av muskulatur utgjør 6½ linje (linje!)

I en ny internasjonal bok, forfattet av en rekke av våre store spesialister når det gjelder muskelpatologi, var overhodet ikke belast-

ningssykdommer nevnt (4). Når det gjelder muskelpalpasjon, skriver forfatteren at man av og til kunne påvise ømhet, men dette var sikkert til større glede for pasienten enn for en alvorlig arbeidende lege.

I "UTPOSTEN" nr. 7, 1974, står en tegning med teksten "Det er søvndyssende å bli nedtrakkert til stadighet." Jeg kan forsikre kollegene at jeg mer eller mindre mot min vilje stadig holder meg våken - men hva gjør dere? Personlig har jeg en følelse av at jeg er som gutten som står i veikanten og ser på keiserens nye klær og blir bedt om å holde kjeft når jeg gjør oppmerksom på det. Eller mener kollegene at jeg ikke er på veikanten, men langt ute på jordet? Takknemlig for svar.

Vennlig hilsen
Henrik Seyffarth

LITTERATUR

- 1) Borchgrevink, C.F.: "Kan den primære legetjeneste effektiviseres?" Molde Junior Chamber 1970.
- 2) Seyffarth, H.: "En dagligdags historie." Tidsskrift, Norske Lægeforening, 1971, 91, 1907.
- 3) "Physical Medicine and Rehabilitation", W.B.Saunders ca. 1971.
- 4) "The Disorders of Voluntary Muscles." John N. Walton. Third Edition Churchill, Livingstone, 1974.



ANNONSE

Symposium om helse- og sosialsentra

Referat fra seminar om helse- og sosialsentra på Røros i mai 1974. Helsetjenestens problemer, perspektiver og penger, samarbeidsformer i helse- og sosialtjenesten, helse- og sosialsentra som basis for den primære helse-tjeneste, praktiske problemer omkring reisning av et helse- og sosialsenter. Funksjoner innen helse- og sosialsenteret, de enkelte yrkesgruppers syn på arbeidssituasjonen innen hel-sesenteret m.v.

Innlegg ved bl.a. Peter F. Hjort, Peter Kristensen, Fredrik Mellbye, Jacob W. Nordan, Rasmus Tveterås, Nils Peter Pedersen, Jan Ivar Kvamme, Sissel Haaland, Line Sønneland, Aasbjørg Haugland, Ella Neerland, Toralf Møller-Hansen, Kjell Bolin, Inger Haldorsen, Kjell Bjartveit, Arthur Hertzberg, Helge Hofsten, Sverre Moen, Mark Solvoll, Arne Victor Larsen.

Pris kr. 25,- + porto kr. 2,50. Fåes ved henvendelse til UTPOSTEN, 6420 Aukra.

Er helserådernes tuberkuloseregistre overflødige?

Jeg tror det er mye uvitenhet og ukyndighet som er ute og går når det gjelder føring av tuberkuloseregistrene rundt omkring i kommunene. Dette er neimen ikke så merkelig i og med at selve problemet kanskje kan synes litt perifert for helserådsordførerne idag. Det er vel også oftest helsesøster som har arbeidet med ajourføring av tuberkuloseregisteret.

De fleste steder består registrene av kort, røde for kvinner og blå for menn. Mitt inntrykk av systemet, er at helserådene, representert ved helsesøstrene, sender hverandre konvolutter med kort til liten eller ingen nytte. På avsenderens kort er det krysset av ønske om å få tilsendt kort fra vårt tuberkuloseregister. Vi må da som sant er, krysse av i ruten hvor det står: "Finnes ikke i kartoteket", og sende dette i retur.

I tillegg til ovennevnte byråkrati til ingen nytte, sitter folkeregisteret hver måned og sender helserådet inn og utflytningslister, slik at vi skal kunne holde oss ajour.

Etter min mening et typisk eksempel på byråkrati som grenser til sin egen karikatur. Det eneste man oppnår er å misbruke helsesøstrenes nokså dyrebare tid.

Etter hvert har det flere steder utviklet seg den praksis at kortene har blitt et pirquetkort hvor det blir oppsamlet en hel masse data som ikke er særlig brukelig til noe. BCG-vaksinasjoner kommer også inn her, men jeg synes hele systemet er meget arbeidskrevende, og lite nyttig, i hvert fall i den situasjon mange kommuner idag befinner seg. Tuberkulosestilstanden er utrolig bra i de fleste kommuner, og selv om enkelte utbrudd gjør det nødvendig med relativt store miljøundersøkelser, tror jeg heller ikke her at helserådets tuberkuloseregistre kan yte noen særlig nytte.

Da det sentrale tuberkuloseregisteret ble opprettet, syn-

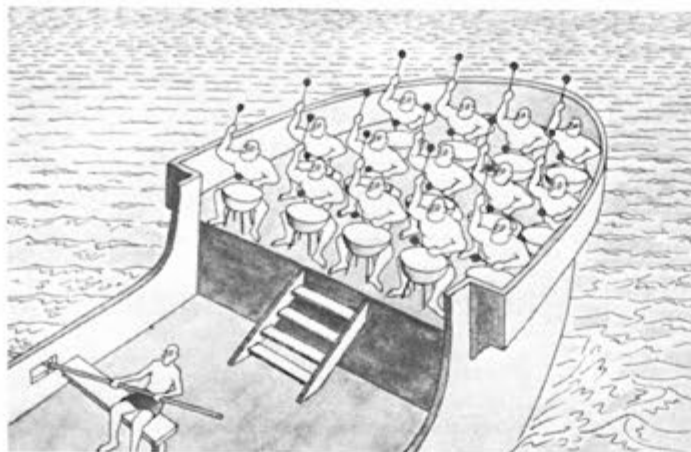
tes hele grunnlaget for de lokale registrene å falle bort. Fra det sentrale register kan man få ut alt som blir putt inn, på utrolig kort tid, og jeg håper dette vil utvikle seg slik at vi slipper alle disse "kassene" med tuberkulosearkiv rundt omkring på helserådernes kontorer.

Det er vel så at de større kommuner og byene kanskje sitter med et litt annet problem enn en lege i en utkantkommune, og storbyens bruk og nytte av systemet, skal jeg derfor ikke uttale meg om. Jeg vet i alle fall at Oslo har valgt å bruke et annet kortsystem enn resten av landet, og denne geniale vri har selvfølgelig gjort hele systemet vanskeligere.

Mange nattetimer har vært tilbragt utover landet av helsesøstre til utfylling av tuberkulosestilstanden, som skal følge den årlige medisinalberetning. Det som skjer her, er at helsesøstrene med stor iver kaster seg over skjemaene for å bli skuffet. Det verste er at de uten særlig vanskeligheter kan få akkurat de listene de skal ha fra det sentrale tuberkuloseregisteret i Oslo, og helserådene får disse listene tilsendt for korreksjon hvert år. For 3 år siden ble det luftet med Det sentrale tuberkuloseregisteret om det ikke nå snart var på tide å sløyfe denne dobbeltsjek-

kingen, og det ble da uttalt at man for sikkerhets skyld skulle kjøre listene dobbelt litt til. Jeg håper dette snart vil gå over.

For ikke å bli misforstått, jeg mener ikke det er unødvendig å holde oversikt over kommunens tuberkulosestatus. Jeg mener derfor at det må være et register over de som er smittet av tuberkulose og de som har hatt smitteførende tuberkulose innen de tre siste år. Jeg mener videre det er nødvendig med pirquetundersøkelser for påvisning av omslagere når det gjelder skole- og helseinstitusjoner. Men kan det være mulig at helsesøstrene skal belemres med dette arbeidet, som ikke kaster noe av seg, i alle fall ikke for tuberkulosestilstanden? Dette gjelder i første rekke den tidligere omtalte utstrakte bruk av postverket, hvor man sender kort til hverandre og forteller at dessverre så er ikke dette registeret mitt særlig godt for tiden. Det andre gjelder årets "eksamen" for helsesøstrene, hvor de skal få sin liste om tuberkulosestilstanden til å passe med listen fra det sentrale tuberkuloseregisteret i Oslo. Dette har også kastet bort atskillige timer for atskillige helsesøstre utover landet. Jeg beklager min uvitenhet, men er det noen som kan gi meg et skikkelig argument for å fortsette med denne praksis?



**GÅ IKKJE
PÅ
TYNN IS**

Gode råd
til den som vil ha
fluor på det tørre...



Familie etter plan.

**Råd til pasienter
med forstoppelse**

**HVA ER PASS OG PUS
SUKKERSYKE? av melketennene**



KAN DU HØRE FOTSOPP kan forebygges

HVA ER NERVØSITET?



NÅR RØYKEN 1+1=3

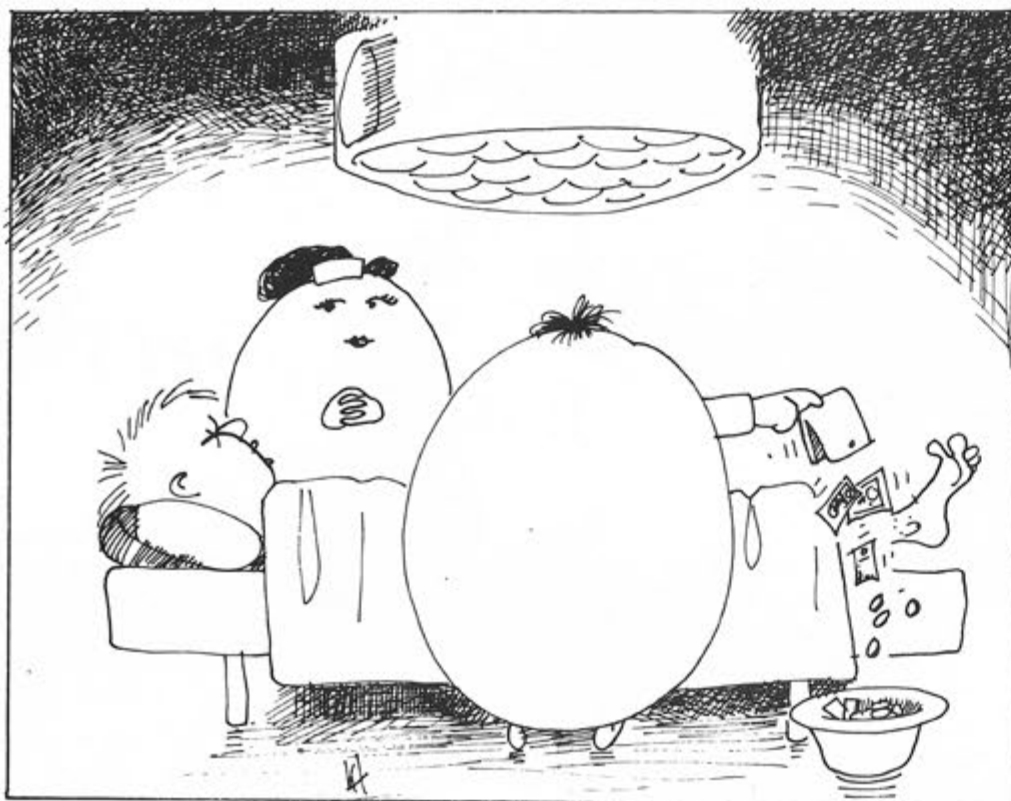
PSORIASIS

**HJERTER BLIR nesten vokksen
SAKTE**

**Det er NÅ
De skal
begynne
å tenke på
Deres barns
tenner.**

**Har du
utnyttet
mulighetene?**





«CASHOTOMI»

NY POLIKLINIKK I ARENDAL

Under sommerens reiser kom jeg innom den sjarmerende byen Arendal, men åpningen av en av byens aviser, gjorde meg meget betenkt. Det var der satt inn en stor annonse med reklame for nyåpnet poliklinikk. Der sto alle serviceaktiviteter som ble tilbudt samt åpningstider og innbydelse til publikum om timebestilling.

Er det slik at man på denne kant av landet vil basere seg på primær helsetjeneste ved poliklinikker på sykehus, mener jeg de har gått et godt skritt tilbake. Jeg trodde man nu hadde innsett at konsultasjon direkte til spesialiserte poliklinikker ikke er noe godt alternativ for lokalbefolkningen. At man heller må satse på primærleger hvis oppgave det er å

sile ut de som trenger spesialisthenvisning. Oppretting av spesial-poliklinikker vil føre til ned-

bygging av primærlegetjenesten med bredt utdannede almenpraktikere som ryggrad. Det er her man må satse.

Aust-Agder Sentralsjukehus

åpner nye lokaler for poliklinisk virksomhet

tirsdag 4. juni 1974

med inngang fra Dydens veg. Samtidig blir nåværende kirurgiske poliklinikk i sykehusets gamle hovedbygning stengt.

Åpningstiden i de nye lokaler blir:

Felles ekspedisjon og kirurgisk poliklinikk

mandag—fredag kl. 09—17

lørdag kl. 09—13

Gynekologisk poliklinikk

mandag—torsdag kl. 12—14

Henvendelser for øyeblikkelig hjelp utenom poliklinikkens åpningstider skal skje til sykehusets mottakelsesavdeling med inngang fra Dydens veg.

Poliklinikkene har egne telefonnumre 22 380 og 23 115.

INNHOOLD – UTPOSTEN 1974

		nr.	s.
ANONYM:	Rødhette og normaltariffen	7	14
KURSDDELTAERE BYGDØY 1973:	Om helsestasjonen	3	6
OLL:	Uttalelse om Stortingsmeldingen om barnefamiliens levekår	8	11
BJERKEDAL, T.:	Medisinsk registrering av fødsel	7	11
BORCHGREVINK, Chr. F.:	Sommerjobb hos distriktslege	8	4
" " " " :	Svar til Kirsti Malterud	6	15
BORTHNE, K.:	Vurdering av en del problemer innen primær helsetjeneste	4	8
BREKKE, D.:	Reise/skyssgodtgjørelse og korrespondanse	3	16
" " " " :	Den lange kanylen	7	10
" " " " :	Destruksjon av ukurant medisin	8	7
BRUSGAARD, D.:	Ikke bare fravær av lyte	3	12
DOLVEN, L./THESEN, J.:	Turnustjeneste i distrikt	8	3
FUGELLI, P.:	Om kollegialitet	6	3
" " " " :	Enelegen	5	8
GJERDRUM, G.:	Fra Telemark til Bangladesh	8	12
HALDORSEN, I.:	Den gamle og så den nye tid	1	5
" " " " :	Definisjon av en jordmor	1	5
HALVORSEN, I.:	Budsjett og regnskap for helsestasjonen	8	14
HALVORSEN, S.:	Screening på Føllings sykdom	1	11
HANSEN, L. T.:	Hvorfor innleggelsesskriv	1	9
" " " " :	Ny indikasjon av tidligere kjent preparat	1	10
" " " " :	Innleggelsesskrivet - nok en gang	5	12
HAUGEN, S.:	Antidepressiva-toksisitet og utlevering	1	6
HELLING, L.:	Kjære distriktsnisse	1	6
HERSET, G. BONNEVIE:	Helsemyndighetene og domstolenes kompetanse v. helseforskriftene II	1	12
HERTZBERG, A.:	Almenpraktiker til Tromsø	8	6
JØLDAL, B.:	Levering av legemidler til pasient	1	7
LUNDE, A.:	Innleggelsesskrivet	3	11
MALDE, K.:	Sterilpsykose	6	13
MALTERØD, K.:	Studiekritisk grammofonplate	5	14
MIDLID, B.:	Fra Finnmark til Saigon	5	10
MOE, E.:	Tidsskriftet si kasettutgåve	3	17
MÅSEIDE, T.:	Ad Primperan mot dysmenorrhoe	1	10
NYBORG, A.:	Behandling av håndeksem	4	13
NILSSON, F.:	Videre- og etterutdannelse	2	6
REITAN, J.:	Innleggelsesskrivet	4	15
ROBBERSTAD, T.:	Uavgrensa plikt til å vikariere	6	5
ROSENBERG, I.:	Godt nytt år - Hygienekontor	1	14
SEYFFARTH, H.:	Kan vi forebygge Nitter-saker?	5	3
SIEM, H.:	Turnustjeneste i distrikt	2	4
" " " " :	Inntrykk fra Bangladesh	7	3
" " " " :	Glimt fra Jaydebpur	8	8
STANGELAND, N.:	Innleggelsesskrivet	4	15
SØVIK, D.:	Tidsskriftets kasettutgåve	3	17
TUNGESVIK, H. O.:	Helseopplysning i NRK	4	6
WIUM, P.:	Tidsskriftets kasettutgåve	2	11
" " " " :	Tricycliske antidepressiva	2	12
" " " " :	Kontrollrutiner ved sykehusenes poliklinikker	2	15
" " " " :	Norges største helserådsmøte	4	12
" " " " :	Dyrt helsesenterseminar	7	9
" " " " :	Norske kommuners sentralforbund og primærhelsetjenesten	7	12
" " " " :	Innblick i UTPOSTEN	8	2
WYLIE, C. M.:	Primary Health Care	3	8
ØGARD, B.:	Tanker om helse/sosialsentra I og II	3,4	3
ØYEN, P. A.:	Hvilket yrke skal medisinstudenten velge	1	3
REDAKSJONELT:	Behandling av kreftpasienter	2	2
" " " " :	Legers plikt til å yte legehjelp	2	8
" " " " :	Røros-seminaret	4	2
" " " " :	Helsedirektørens møte 6.juni 1974	5	2
" " " " :	I grenseland	6	2
" " " " :	Psychiaty and Medical care	7	6

Svimmelhet, kvalme og brekninger, migrene psykiske og nevrotiske lidelser Proklorperazinum

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

The image displays a variety of Stemetil (Prochlorperazine) products from Pharma Rhodia. The items include:

- Two large dark glass bottles with white labels, one labeled 'Stemetil 7' and another 'Stemetil'.
- Two white plastic cups.
- Several boxes of different sizes and orientations, some labeled 'Stemetil 25', 'Stemetil 1-125%', and 'Stemetil 5'.
- A blister pack containing white tablets.
- A cylindrical metal container labeled 'Stemetil'.
- A large stylized 'rp' logo in the foreground.

pharma rhodia

Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik