

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 4

MAI 1975

ÅRGANG 4



A v i n n h o l d e t	Side 2:	Dataproblemer
	Side 3:	Samordning av helse- og sosialtjenesten. Fra Kurs for off. leger 1974.
	Side 7:	Problemer med spørreskjema?
	Side 8:	Sykdommer i munnhulen. Toralf Møller-Hansen.
	Side 9:	Psykatri i almenmedisin.
	Side 10:	Erklæring til militær lege. Dag Brekke.
	Side 11:	Legemiddelfirmaene mater legene.
	Side 12:	«Kokdboken har kommet.»
	Side 13:	Teknisk Hygieniske Lover og Bestemmelser, Rød serie.
	Side 14:	«Desse revisorane». Dag Brekke.

UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 7823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretær:

Asgar O. Aasen

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.

DATAPROBLEMER

- Barns fødselsvekt, lengde, hinnerester og misdannelser.
- Vi puncher det inn. Klar gevinst når en fra uke til uke kan følge insidensen av misdannelser og placentaskader. Tidlig varsel, så og si, for teratogener.
- Helsestasjon - Kryss ved sosial risiko. Redd under

- undersøkelsen, skriker, undersøkeren liker hverken mor eller barn. Mor anføres som interesseløs og lite egnet som oppdrager. Avslår kontakt med barnpsykiater, hvilket er et klart bevis på overfornevnte.
- Høy prosent av barn med sosial risiko. Kjør det på

databank - behovet for barnpsykiatri må dokumenteres med sikre tall.

- Som ledd i profylaktisk tannmedisin, registrerer vi alle barns tannstatus ved første undersøkelse i skolen. Fluorbehandling og foreldres innstilling til denne noteres.

- Meget tilfredsstillende, 4
- Tilfredsstillende, 6 - Ng - Lite godt - Stryk - SS og SSS. Verdifull informasjon. Utsiling av eliten. Enhetsprinsipp i karaktergivning kan garanteres best ved EDB.
- Militærtjeneste, tjenesteuttalelse. Politisk aktivitet?

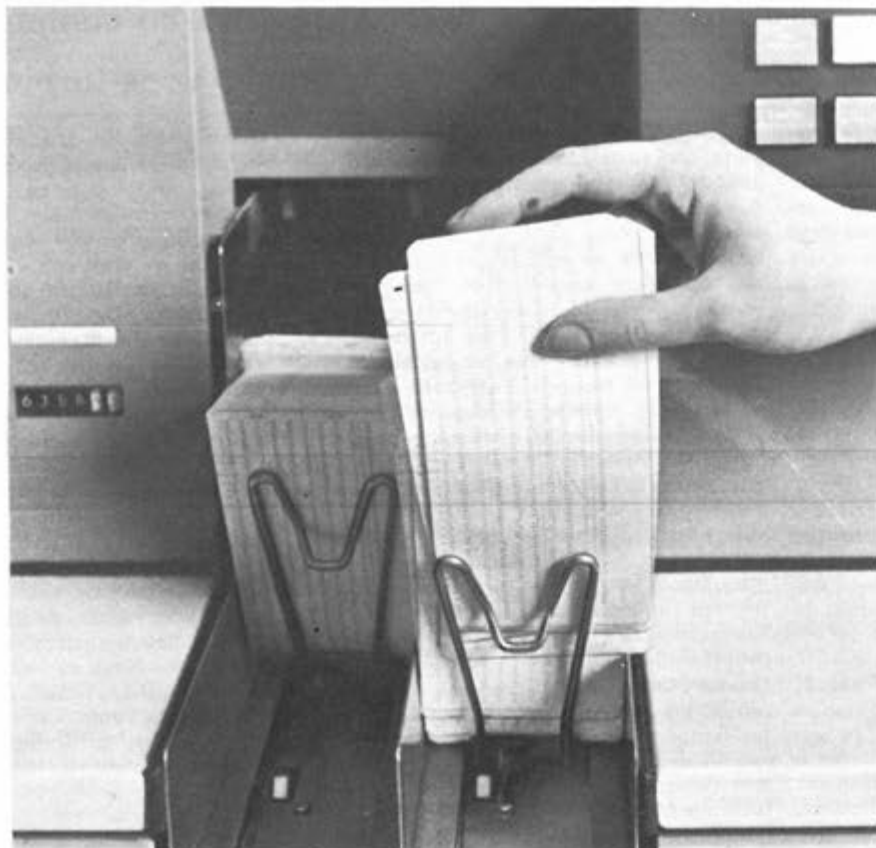
- Dryppert. Går fra lege til lege, lagrer medisiner, behandler seg selv. Smitter. Best å få dem registrert.

- Stryk til førerprøven. Kjørte for fort. Førerkortstatistikk, "Forskningsprogrammet for Fremtidige Fartssyndere".

- Ved dobbelt blind undersøkelse ved randomisert tilfeldig utvalg fra en populasjon, kan man finne frem til hva som helst som imponerer alle som ikke har forstått at det bak fine ord ofte skjuler seg lumpen utnyttelse av ubrukelige data.

- En venninne som senere ble ført inn i registeret som narkoman (hasj). Det gjelder å unngå ringvirkninger rundt narkotikakjernen.

- 8,8 poeng pensjonsgivende



Forts. side 15.

Samordning av helse- og sosialtjenesten

FRA EN BEGVARELSE AV OPPGAVE FRA KURS FOR OFF. LEGER HØSTEN 1974

Fra kursbesvarelsen fra bygdøy-kurset 1974 har UT-POSTEN plukket ut avsnitt som kan være av interesse for distriktshelsetjenestens arbeidere:

1: Oppgave:

Oppgaven har sin bakgrunn i den fremlagte Odelstingsproposisjon nr. 44, 1973-74 hvor kommuner og fylkeskommuner pålegges å utarbeide planer for samordning av helse- og sosialtjenesten.

Helsetjenesten og sosialtjenesten har gjennom sin lovgivning definert sin målsetning, og samtidig et apparat, handlingsmønster, som skulle føre frem til disse målsetningene. Det har i de senere år foregått en inngående verdidebatt omkring helse- og sosialtjenesten, og det er blitt klart at det er langt igjen til man kan nå den målsetning som er oppsatt. Det er videre reist tvil om en har det nødvendige apparat for dette.

Gjennom samordningstiltak mellom helse- og sosialtjenesten håper en å finne frem til en arbeids (samarbeids-) form som både driftsmessig og ikke minst for det enkelte individ, vil føre til resultat nærmere opp til målsetningen.

Enkeltmenneskets helse og velferd er et begrep som må stå sentralt i samordningsprosessen: Miljøproblematikk, utforming av det fysiske og kulturelle miljø; Geografisk, økonomisk, sosialt, juridisk likhet, er sentrale begreper

innenfor uttrykket helse og velferd.

Skal man innenfor helse- og sosialtjenesten kunne yte bistand til enkeltmennesket og samtidig ivareta de ovenfornevnte kvaliteter, må man oppfatte mennesket som et levende vesen som fungerer i relasjon til sine omgivelser. Vi ser gjentatte ganger at medisinske og sosiale svikttilstander står i nær sammenheng med det miljø individet fungerer i, og "det klient-skapende samfunn" er blitt et begrep. Helse- og sosialtjenesten kan ikke bare sitte stille og ta imot de problemer den moderne samfunnsutvikling skaper, men må gå aktivt inn i samfunnsplanleggingen som en vesentlig del av det forebyggende arbeid, noe som man også har lov hjemmel til.

Samordningen må føre til aktiv planlegging av selve helse- og sosialtjenesten, både på det behandlende og det forebyggende plan. Begrep som tilpassingsplanlegging og utviklingsplanlegging blir brukt i denne sammenheng.

Tilpassingsplanlegging omfatter planlegging av de behandlende tiltak, og vil nok fortsatt kreve et sterkt engasjement.

Utviklingsplanlegging er forebyggende virksomhet gjennom helse- og sosialtjenestens engasjement i utformingen av samfunnet med enkeltmennesket og dets nærmiljø i sentrum. Den er en utfordring, og må få en langt større plass i det totale

planleggingsarbeidet enn det hittil har fått.

Gjennom samordningstiltak må en instituere en arbeidsform som muliggjør aktivt planleggingsengasjement fra helse og sosialtjenestens side.

Skjematisk kan en si en har tre mål ved samordningen:

1. Bedre og lettere administrativt system, og bedre ressursutnyttelse.
2. Større faglig kontakt og utvikling av et godt faglig miljø, som igjen har stor utdannelsesverdi.
3. Bedre ivareta enkeltmenneskets helse og velferd.

De to første punkter er det tredje underordnet, men nødvendig for å nå til mål 3.

2: Planleggingsorgan:

Planleggingen av den kommunale utvikling er gjennom bygningsloven knyttet til den kommunale generalplan-nemnd. Planlegging av den kommunale helse- og sosialtjeneste har fått liten eller ingen plass i generalplannemndens arbeide, og bør tas hånd om av en spesialutnevnt nemnd som fungerer som et underutvalg av generalnemnda.

En hadde som utgangspunkt for diskusjonen tre alternativer for planleggingsorgan:

1. Rent politisk sammensatt nemnd.
2. Rent faglig nemnd med helse- og sosialstyre som politisk korrigerende organer.
3. Blandet nemnd av fagfolk

og politikere.

Etter inngående diskusjon kom en til at siste alternativ ville være det beste, med optimale kommunikasjonsmuligheter til både den faglige og politiske side. En har valgt å fastlegge hvem som skal være medlem av planleggingsnemnda:

1. Et medlem av sosialstyret, fortrinnsvis sosialstyrets formann. Velges av sosialstyret.
2. Et medlem av helse- og sosialstyret, velges av helserådet.
3. Helserådsordfører.
4. Sosialsjef.
5. Et medlem fra kommuneadministrasjonen. Fortrinnsvis kontorsjef, formannskapssekretær, kommunens planlegger eller ordfører.

Ved å fastlegge nemndens sammensetning så sterkt, oppnår man at de mest berørte parter i samordningsprosessen står midt i den og kan være med i utformingen. Videre har man sikret seg det politiske korrektiv til fagetatens innflytelse på planleggingen. De politiske representanter forutsetter å føre en konstruktiv og informativ dialog med sine respektive politiske nemnder, og søke informasjon, råd og veiledning i disse til enhver tid når det oppstår problemer i planleggingsprosessen.

Kommunestyret er gjennom denne ordning fratatt sin myndighet til å øve innflytelse på planleggingsnemndens sammensetning, men opprettholder sin politiske kontrollmyndighet ved at de skal godkjenne den fremlagte plan før den videresendes fylkeslege og Sosialdepartement for endelig godkjenning.

Det forutsettes videre at helserådsordføreren, sosialsjefen og representant fra kommuneadministrasjonen, skaffer til veie de faglige utredninger og bakgrunnsmateriale som trenges i det videre planleggingsarbeidet. Videre bør man sørge for kommunikasjon med alle de berørte parter i planleggingsarbeidet, både personell og befolkning.

Kontakten med befolkningen kan skje gjennom de vanlige politiske organer, men en direkte dialog med befolkningen vil også være nyttig. Vanskelige avgjørelser bør fremlegges for sosialstyret og helseråd, evt. kommune- styret for veiledende disku-

sjon før avgjørelse tas. En må da ha utarbeidet alternativer og sørge for godt bakgrunnsmateriale, evt. med tilrådene innstilling.

Representanten for kommuneadministrasjonen skal ha sin hovedoppmerksomhet henvendt på andre utviklings- og planleggingsoppgaver i kommunen, og i så stor grad som mulig sørge for samordning mellom tiltak innenfor helse- og sosialtjenesten og de øvrige aktuelle kommunale aktiviteter. Videre tilsettes han konstitueringsansvaret for nemnda. Nemnda velger sekretær og formann i første møte.

3: Planlegging:

En må under hele planleggingsarbeidet ha målsettingen for øye, og ikke la planleggingen bli en funksjon for sin egen del. Planleggingen må være kontinuerlig og under stadig revisjon. Videre må planene omsettes til realiteter når de politiske myndigheter har gitt sitt tilsagn. Ansvar for dette må ligge på de politiske myndigheter, da først og fremst på sosialstyret og helseråd, og sekundært på kommunestyret, som skal sørge for de nødvendige bevilgninger. Fagetatene blir de utførende organer.

En bør legge opp til samme planleggingsperioder som den øvrige kommunale planlegging følger.

1-års planer skal inneholde konkrete tiltak som skal gjennomføres i de neste 4 år, og er et viktig virkemiddel til å få gjennomført målsettinger i planleggingen. Planene revideres hvert år, og blir etter den innledende fase et av de viktigste arbeidsfelt for plannemnda etter at den innledende planfase er avsluttet. Perspektivskissene er mer generelle, men skal inneholde skisse for utvikling i helse- og sosialtjenesten på lang sikt, og den må utføres i samsvar med den til enhver tid gjeldende målsetting.

4: Arbeidsformer:

Helse- og sosialsektoren må gjennom samordningsprosessen tilstrebe en strukturert samarbeidsform som må fungere like bra på alle plan i de to systemene. Det bør opprettes sosialutvalg (eller helse-sosialut-

valg) i hver kommune. Dette bør bestå av etatsjefene (eller den som har bemyndiget av ham/henne) i helsesektoren, sosialsektoren og trygdesektoren. Dette er omtrent etter samme mønster som sos.ref.k.II har skissert. Sosialutvalgets oppgave bør ligge på det generelle plan, og være i det vesentlige av informativ og holdningsskapende art:

1. Ansvar for kontinuerlig informasjon til lokalbefolkningen om aktuelle spørsmål og saker innenfor helse- og sosialtjenesten, og samtidig en konstruktiv og nyttig dialog. Ansvar for et "Sosialt forum".
2. Rådgivende kontaktorgan for den kommunale planleggingsnemnd for samordning av helse- og sosialsektoren. Faglig rådgivende og konsultativt organ i planleggingssaker som helseråd og sosialstyret får til behandling.
3. Rådgivende faglig organ for helse- og sosialtjenesten i kompliserte, sammensatte enkeltsaker. (Kfr. avsnitt om folketrygd).

Ad.pkt. 1.

En sunn og informativ debatt vil styrke helse- og sosialtjenesten i et lokalsamfunn, og befolkningen. Brukerne av disse serviceorganer vil herigjennom få en mulighet for innflytelse på utformingen av denne servicegren. En har valgt å institutere et informasjonsforum, SOSIALT FORUM. Dette er ment å være det forum (foruten lokalpressen) hvor den informative dialog mellom fagetat, politiske myndigheter og befolkningen skal føres. Opplegget er i første rekke tenkt som kveldsmøter 7-10 ganger pr. år, hvor alle interesserte blir innbuddt. Emnevalgene er avhengig av den aktuelle problematikk i hver enkelt kommune, men det kan nevnes: eldreomsorg, ungdomsarbeide, legetjenesten, helsestasjonstjenesten, tannbehandling, hjemmesykepleie og hjelpeordning for hjemmene, beredskap, politietatens plass i det sosiale arbeidet, utforming av boligfelt og boligområder, barnehager, skoler psykologtjeneste, psykisk og fysisk utviklingshemmede osv.osv.

Opplegget bør være korte innlegg fra fagetat, politikere og øvrig interesserte



hvor det blir pekt på aktuelle problemstillinger, og hvor man legger opp til debatt. Det er viktig å legge opp til korte innlegg av lokale krefter, og ikke lengre foredrag av innbudte forelesere, selv om begge former må benyttes i informasjonen.

5: Sosialstyre og helseråd:

Innenfor helsetjenesten er forebyggende helsearbeid en anerkjent og velbrukt metode. Forebyggende sosialt arbeid er i støpeskjeen. Et aktivt planleggingsengasjement fra de politiske sosiale organer er en forutsetning for et forebyggende arbeid på sosialsektoren. Utviklingsplanlegging må etter hvert få plass i det sosiale arbeidet ved siden av den tradisjonelle tilpassingsplanlegging. Her har den politiske sosialnemnd sitt viktigste arbeids- og ansvarsfelt. Den må bli en katalysator og korrigator i den stadige omformingen av lokalmiljøet, den må være enkeltindividets forsvarer i en utvikling og en samfunnsutforming som vi vet ikke alltid stemmer overens med den menneskelige natur, men som enkeltindividet kan gjøre så lite med. Det er her sentralt at sosialstyreutvalget ser sin viktigste oppgave i det forebyggende sosiale arbeid. Det ligger her viktige skjæringspunkter med det forebyggende og kurative arbeidet som helse-tjenesten utfører.

Helserådets oppgave er å ha sin oppmerksomhet henvendt på stedets sunnheitsforhold, og loven har en slik form at helserådet har ganske vidtgående myndighet til å gripe inn overfor helseskadelige forhold i samfunnet, samt hindre at helseskadelige forhold oppstår.

Helserådet har en gunstig sammensetning, og er ved at det er løsrevet fra den kommunale administrasjon, bedre skikket til å ta vare på de teknisk-hygieniske forhold. Den største svakhet i denne form har vært den varierende utdannelse og motivasjon hos helserådsordføreren når det gjelder forebyggende helsearbeid, samt den økonomiske ordning, idet utgiftene bæres av kommunen.

Utgiftene, særlig til forebyggende helsearbeid, gir ikke hurtig og merkbar gevinst, og det kan være van-

skelig å nå frem i konkurransen med andre oppgaver kommunen må løse. Denne kompenseres delvis ved at helserådet kan gi påbud om forordninger overfor kommunen, men vil føre til at helserådet i små kommuner vil ha vanskelig for å få tilsatt kvalifisert personell på de forskjellige områder, så som helserådstekniker og kvalifisert kontorpersonell.

Helserådet må utvide sin arbeidsform til å legge langt større vekt på å forebygge enhver form for fysisk, psykisk og sosial helseskade, og delta i samfunnsplanleggingen for å hindre at planlegging og utbygging går imot denne målsetting.

For at helserådet skal kunne klare disse oppgaver i små kommuner, kreves først og fremst utdannelse og motivasjon hos distriktslege og helsesøster, samt at førstnevnte gis mulighet til å prioritere sin arbeidskapasitet i denne retning.

Videre må helserådets sekretariat styrkes, og for at dette ikke skal bli avhengig av den enkelte kommunes økonomi, bør helserådets utgifter bæres av staten, helst gjennom en felles finansieringsordning med de andre organer innen helse- og sosialtjenesten.

Når det gjelder de rent teknisk-hygieniske inspeksjonsoppgaver til helserådet i små kommuner, bør det innføres regionale ordninger med tilsetning av kvalifisert personell og oppbygging av apparat som kan beherske dette område tilfredsstillende.

6: Om frivillige organisasjoners plass i en samordnet helse- og sosialtjeneste:

Lovutkastets §3 angir at formålet med å søke å samordne helse- og sosialtjenesten er å sikre befolkningen en best mulig service på dette område.

Det må understrekes at en plan for helse- og sosialtjenesten i en kommune må gi rom for fleksible løsninger avhengig av de varierende behov.

Innebygget i en omfattende offentlig planlegging slik lovutkastet legger opp til, ligger også faren for å formalisere et rigid og lite

fleksibelt mønster for den lokale helse- og sosialtjeneste. Lovutkastets §8 forutsetter som en regel at et tiltak for å få offentlig støtte "er eller blir innpasset i planen". Det kreves fylkeskommunal tillatelse til "mindre avvik". Departementet skal godkjenne større avvik, og en vil søke å lede utviklingen med økonomiske virkemidler.

Det må også i fremtiden gis rom for frivillige organisasjoner og tiltak som kan gå inn på kort varsel, og som er i beredskap grunnet privatpersoners interesse og initiativ.

De frivillige humanitære og kristelige organisasjoner har her i alle år vært fortrøpper for det offentlige. Det må være i samfunnets interesse å ta vare på denne ressurs av initiativ og arbeidskraft også i fremtiden. Det offentlige bør i denne sammenheng ikke gjøre inn gripen i disse organisasjoners egenart.

I dag inngår disse organisasjoner og enkeltpersoner mange steder i et samarbeid med den primære helse- og sosialtjeneste. I noen tilfeller gir de et tilbud i tillegg til det offentlige. Arbeidsområder der dette er særlig fremtredende er: Helsestasjonsvirksomheten, fysioterapi, hjemmehjelp/hjemmesykepleie, husmorvilkartjeneste, eldreomsorg, besøks-, veilednings- og opplysningstjeneste av forskjellige slag, forebyggende miljøarbeid for barn og unge, oppsøkende virksomhet i sosialt mistilpassende miljøer. Ambulansetjenesten utover landet fungerer vel i dag takket være idealistiske enkeltpersoner og organisasjoner, natur- og miljøvernarbeidet er nå i fremvekst takket være frivilliges virksomhet.

Man hverken bør eller kan gjøre seg forhåpninger om i offentlig regi - med fastlønnede personale - å skulle overkomme alle disse forskjellige oppgaver, med det sterkt varierende behov som helse- og sosialtjenesten kan bli satt til å dekke. Arbeidskraft vil være en begrensede faktor i fremtiden. En vil heller ikke undervurdere det beredskapsmessige og mentalhygieniske aspekt ved å påvirke og opprettholde interesser og forpliktelse

ser overfor helse- og sosialoppgaver i et flertall av vårt folk.

De lokale tradisjoner bør være veiledende for i hvilken grad kommunen/fylket bør bygge på et ikke-offentlig apparat i sitt arbeid. Der

dette skjer, må en akseptere en viss grad av offentlig styring. På den andre side må ikke rammene settes så stramt at arbeidet hindres.

Man har funnet å ville gå så vidt mye inn på generelle sider av dette spørsmål fordi ingen (!) av de fremlagte

utredninger går inn på, eller uttrykker som ønskelig, å holde befolkningen aktivisert og interessert i et frivillig arbeid innen deler av helse- og sosialtjenesten.

Harald Siem

KNUD SELMER-OLSEN:

Problemer med spørreskjema?

Spørreskjema kan bli en plage. La gå de spørreskjema som kan slippes ned i en frankert returkonvolutt med det samme, uten vesentlig hjernebry.

Men ofte får man kastet over seg 4-5-6-7-8 siders innpåslitne spørsmål, hvor ens vurdering uteskes. Og det

endog om ting en ikke har greie på, og egentlig ikke ønsker å uttale seg om. Når en vet at mange av spørsmålene umulig kan fremkalle sammenlignbare svar, og dertil at svarprosenten ofte er for lav til at resultatet blir representativt for gruppen som blir spurt,

er det bare irrasjonell pliktfølelse som redder spørreskjemaet fra papirkurvens velvillige gap.

En av våre studerende i statsvidenskap har villet ta for seg "den primære helse- og sosialtjeneste" ved hjelp av et slikt, noe større spørreskjema. OLL har hatt det til behandling i styret, og sier i sin uttalelse om dette skjema bl.a.:

" Som fremhevet (av andre) er skjemaet for omfangsrikt, flere av spørsmålene bygger på en feilaktig oppfatning av helsevesenets organisering, og andre spørsmål forutsetter subjektive skjønn som unndrar seg datamessig behandling.

Styret så ikke bort fra at opplegget kunne bli mer hensiktsmessig ved fagkyndig assistanse, men ville generelt peke på at det er en grense for i hvilken grad hardt arbeidsbelastende offentlige leger kan bebyrdes med å besvare omfangsrike spørreskjemaer om sin og andres virksomhet innen helsevesenet.

Denne grense har ikke minst de sentrale helsemyndigheter for øye, når det overveies innhenting av helt nødvendige opplysninger til bruk for den sentrale planlegging av helsetiltak m.v.

Styret så derfor Deres planlagte rundspørring som egnet til å bidra til en "skjematretthet" som kan skade de sentrale helsemyndigheters videre og nødvendige arbeid. Styret fant derfor å ville fraråde medlemmer som tar kontakt om saken, å medvirke ved å besvare spørreskjemaet i den form det forelå for styret."



Undersøkelse av forekomsten av sykdommer i munnhulen

Surveys

For å få undersøkt forekomster av tann- og munnsykdommer i en befolkningsgruppe, kan man benytte seg av en eller flere metoder. Før man bestemmer seg for metoden(e), er det imidlertid meget vesentlig å være klar over nøyaktig hva man vil oppnå, da dette mål vil være bestemmende for arten av data og den måte de skal innsamles på. Det kan være nyttig f.eks. å dele en undersøkelse over forekomster av orale lidelser i tre,

1. Fastslå forekomst av spesifikke orale sykdommer og forhold som krever behandling.
2. Identifisere regionale og nasjonale variasjoner i forekomst av de viktigste orale lidelser og forhold.
3. Sammenligne forekomst av spesifikke orale lidelser og forhold i forskjellige populasjonsgrupper.

Forberedelse.

Deretter er det meget viktig å gjøre to ting:

1. definere gruppen el. gruppene som skal inkluderes i undersøkelsen, f.eks. etter alder, bosted, økonomi, utdanning, etc.
2. bestemme størrelsen på gruppen(e) og dermed mengden av data

Dette vil være avhengig av hvilken grad av nøyaktighet man ønsker. F.eks. gjør det liten forskjell for planlegging om DMF tenner i en populasjon fastsettes på nærmeste DMF tann eller 0,1 DMF tann, men det betyr en kolossal forskjell i størrelsen av materialet og i omkostningene.

Av denne grunn vil det ofte være nødvendig å foreta en pilotstudie - en modelundersøkelse i liten skala for å finne holdepunkter m.h.t. variasjoner og deres størrelse i forhold til gjennomsnittet i en gruppe. Jo større variasjonene er, jo større må antall undersøkte være. I mange tilfelle kan man også finne disse holdepunkter i

tidligere undersøkelser. En litteraturgjennomgåelse vil være av stor verdi.

Helt fra første stund bør man få istand samarbeid med statistiker slik at innsamlede data er relevant kvantitativt og kvalitativt, og i en slik form at det lett lar seg behandle. En timeplan for innsamling av data vil være til stor hjelp. Man unngår da spill av tid f.eks. ved å vente på pasienter. Vet man omtrent graden av sykdom man undersøker, kan en gjennomsnittlig tid for hver undersøkelse fastsettes, og man kan bygge opp en kjøreplan for hele undersøkelsen.

Kalibrering av personell er helt essensielt p.g.a.:

1. Kroniske lidelser som karies og periodontitt begynner som mikroskopiske lesjoner, og før de har nådd et relativt avansert stadium, kan de være omtrent umulige å oppdage, lett å overse eller oppdages inkonsekvent.
2. Fysiske og fysiske faktorer som tretthet, varierende interesse for arbeidet, vanskeligheter med å ta avgjørelser etc.

Målene for kalibrering er:

1. Å sikre lik forståelse og bruk av kriterier for de lidelser som registreres.
- 11 Å sikre konsekvent undersøkelse og minimalisere differansene mellom undersøkere. Det vil ofte være nødvendig å foreta duplikatundersøkelse på ca. 10% av data for å kontrollere at differansen mellom undersøkerne ikke er for stor.

ORGANISERING.

1. Det bør sørges for lokale kontakter slik at nødvendig informasjon når fram.
2. Hver undersøker må ha en assistent til nedskrivning og katalogisering av data.
3. Det nødvendige materiell må skaffes tilveie.
4. Undersøkessted må planlegges og arrangeres for maksimal effektivitet.

UNDERSØKELSESJOURNALER kan utformes etter det aktuelle behov. Det finnes dog en del standardiserte former bl.a. fra WHO.

Standardopplysninger er registreringsnummer, nasjonalitet, us. dato, navn, alder, kjønn, etc.

For å få basale opplysninger om orale lidelser, må vi dele disse inn i kategorier:

1. Sykdommer i den orale mucosa.
2. Karieslesjoner.
3. Periodontale sykdommer.
4. Dentofaciale anomalier.
5. Protetiske behov.

Hver av disse kategorier krever et bestemt sett kriterier. Disse er etterhvert internasjonalt standardisert. En rekke indexsystemer er utviklet for å beskrive graden av lesjonene-anomaliene, etc.

For protetiske behov eksisterer ingen generell akseptert index, men man kan klassifisere behov for hele proteser slik:

- (0) , ikke behov for plate(r)
- (1) , behov for plate(r)
- (2) , har plate(r)

Når man så har samlet sine data og behandlet disse statistisk, gjenstår selve rapporten eller resultatsamlingen.

Generelt bør en slik rapport inneholde:

1. Mål for undersøkelsen.
2. Midler og metoder.
 - a) Beskrivelse av region og populasjon.
 - b) Type(r) data som er innsamlet.
 - c) Innsamlingsmetodikken(e).
 - d) Utvelgelsesmetodikken(e).
 - e) Personell og fysiske arrangementer.
 - f) Statistisk(e) analysemetodikk(er).
 - g) Kostnadsanalyse.
 - h) Verdi og pålitelighet av resultater.
 - i) Praktiske applikasjonsmuligheter.

3. Resultatene.
4. Diskusjon.
5. Sammendrag og konklusjon.
6. Takk for hjelpen til ...
7. Referanser.
8. Annekser.

LITTERATURREFERANSER:

1. Oral Health Surveys Basic methods, WHO 1971, Geneva.
2. Knutson, JW Surveys and the evaluation of dental programa.

Psykiatri i almenmedisin

Hvorfor samler ikke et så sentralt emne primærlegene i større grad enn det som skjedde ved ovennevnte kurs fra 3. - 7. mars i år?

Kurset hadde deltagelsebegrensning på ca. 40, og 25 primærleger var til stede og fikk et meget utbytterikt kurs med praktiske hverdagslige problemer og nok av tid til å diskutere disse.

Kursleder var ass. overlege Bjørn Øgard, og med seg hadde han fått et helt team fra psykiatrisk avdeling ved Lovisenberg sykehus. Disse visste til fulle hvordan man kunne sette seg inn i almenpraktikerens psykiatriske problemer.

Vi ble vekket opp ettertrykkelig mandag morgen av Finn Carling som mente vi nu var kommet fra teknikkens tidsalder inn i behandlingens tidsalder. Aldri har så mange blitt behandlet så mye av så mange mente Carling, og så en fare i hvordan stadig flere yrkesgrupper snikende gikk over fra deres opprinnelige profesjoner til behandlerens. Han stilte spørsmål om hvorfor så mange vil bli behandlere, og mente at det muligens skyltes en slags følelse av allmakt som behandleren fikk, og at han derved kunne "skape" menneskene i sitt bilde. Legene må nå ikke bestandig hjelpe pasientene ut av vanskelighetene men prøve å få de gjennom vanskelighetene.

Et meget ømt punkt ble trykket på da han forestilte oss pasientens problem overfor teamet. Pasientene, og da kanskje spesielt fysisk og psykisk handikappede, føler at teamet bestemmer over de, og at ingen er helt sitt

ansvar bevisst i et teamarbeide. Klienten vil ikke ha svar fra et team, men fra et medmenneske med ansvar. Etter denne noe sjokkerende opplevelse ble vi overlatt til oss selv i grupper med en psykiater i hver, og kunne komme trekkende med alt hva vi hadde av problemer i vår praksis når det gjalt psykisk lidelse.

Jeg skal ikke gå nærmere inn på de andre innleiderne, men bare nevne enkelte stikkord. Den depressive pasient.

Symptomer som adferd.

Familieterapi.

Kriser.

Kriser i sosial sammenheng, og sist men ikke minst overl. Robak's engasjerende innledning om medikamentell behandling av psykiske lidelser. Personlig synes jeg dette er det kurset blant mange som jeg har fått best utbytte av, og jeg håper ikke det skal bli ledige plasser på et tilsvarende kurs ved en senere anledning.

Per Wium.



Erklæringer til militær lege

Legenes bedømmelse av militær tjenestedyktighet har inntil 1.1.75 vært basert på "Veiledning i bedømmelse av militær tjenestedyktighet" - den såkalte "P6" - av 1. juli 1958.

Denne P6 er nå omarbeidet, og nytt diagnosesystem i samsvarende med det internasjonale statistiske klassifikasjonssystem (2. norske utgave av 22.12.72) er innarbeidet.

Dette gjør bedømmelsen mer differensiert, og stiller samtidig større krav til den medisinske dokumentasjon både med hensyn til differensialdiagnoser og undersøkelsesnivå (spesial/spesialistundersøkelser). Dokumentasjonskravene kan likevel ikke sies å gå utover det en almenpraktiker i dag kan greie ved vanlig nøyaktig undersøkelsesteknikk og eventuelt en rimelig bruk av spesialisthjelp.

Min erfaring etter nå også å ha fått et innblikk i et gjennomsnitt av de erklæringer som sendes en militærlege, er ikke oppmuntrende. Vi gjør for dårlig jobb!

Men jeg er vel ikke alene om erfaringer som det å bli "overfalt" lørdag ettermiddag, utenom vakt, av en i distriktet ukjent ungdom som vil ha attest til militærlegen for astma som har plaget ham så fælt for noen år siden. Om vi avslår å skrive i slike tilfeller - og blir behørig utskjelt - er vi snille en annen gang og skriver etter diktat, f.eks. slik:
"NN har i noen år vært plaget med vondt i ryggen - spesielt når han sitter på huk. Sykemeldt i perioder fra sitt arbeid som bygningssnekker. Det er vel tvilsomt om han kan gjennomføre militær førstegangstjeneste."



Æ har så vondt i skolljtn

- Det jeg savner i attestene er
1. en nøyaktig beskrivelse av sykdommens art, varighet og alvorlighetsgrad,
 2. en nøyaktig beskrivelse av undersøkelser og funn, evt. spesialistundersøkelser,
 3. en nøyaktig angivelse av sykemeldings årsaker og varighet,
 4. en adekvat beskrivelse av hvordan vedkommende har fungert i sitt yrke, og en vurdering av tilstanden i den sammenheng.

En vurdering av personens tjenestedyktighet tilkommer ikke attestutstederen utover det som måtte fremkomme om

personens reaksjon på militære situasjoner sivilt (hard fysisk belastning, psykisk stress, tilpasning etc.)

Kunne vi (praktiserende leger) med andre ord få inn mer nøyaktighet i sykdomsbeskrivelsene og en beskrivelse og vurdering av funksjonen i yrkeslivet, ville det spare oss (militærlegene) for mye ekstra arbeid, mistro og krangel.

La oss forsøke å forbedre oss !!

P.t. Hysnes Fort, 15.2.75

Dag Brekke
distr.l./avd.l.

Legemiddelfirmaene mater legene

Det har etter hvert utviklet seg en sedvane i Norge som sier at hvor to eller flere leger er samlet, skal legemiddelfirmaene betale maten. Jeg henviser til de hundrevis av kurs, seminarer og møter som arrangeres i Norges land på lokalbasis, regionalbasis og på landsbasis. Legemiddelfirmaene blir alltid spurt, eller forespør alltid om legene trenger mat og drikke til begivenheten. Enkelte legemiddelfirmaer er uforskammet nok til å drive reklame for sine produkter under denne seansen. Men i alle tilfelle blir man ved inntagelsen av de gastronomiske utskielser hilset velkommen i meget profesjonelle former av en legemiddelrepresentant. I det hele tatt har legemid-

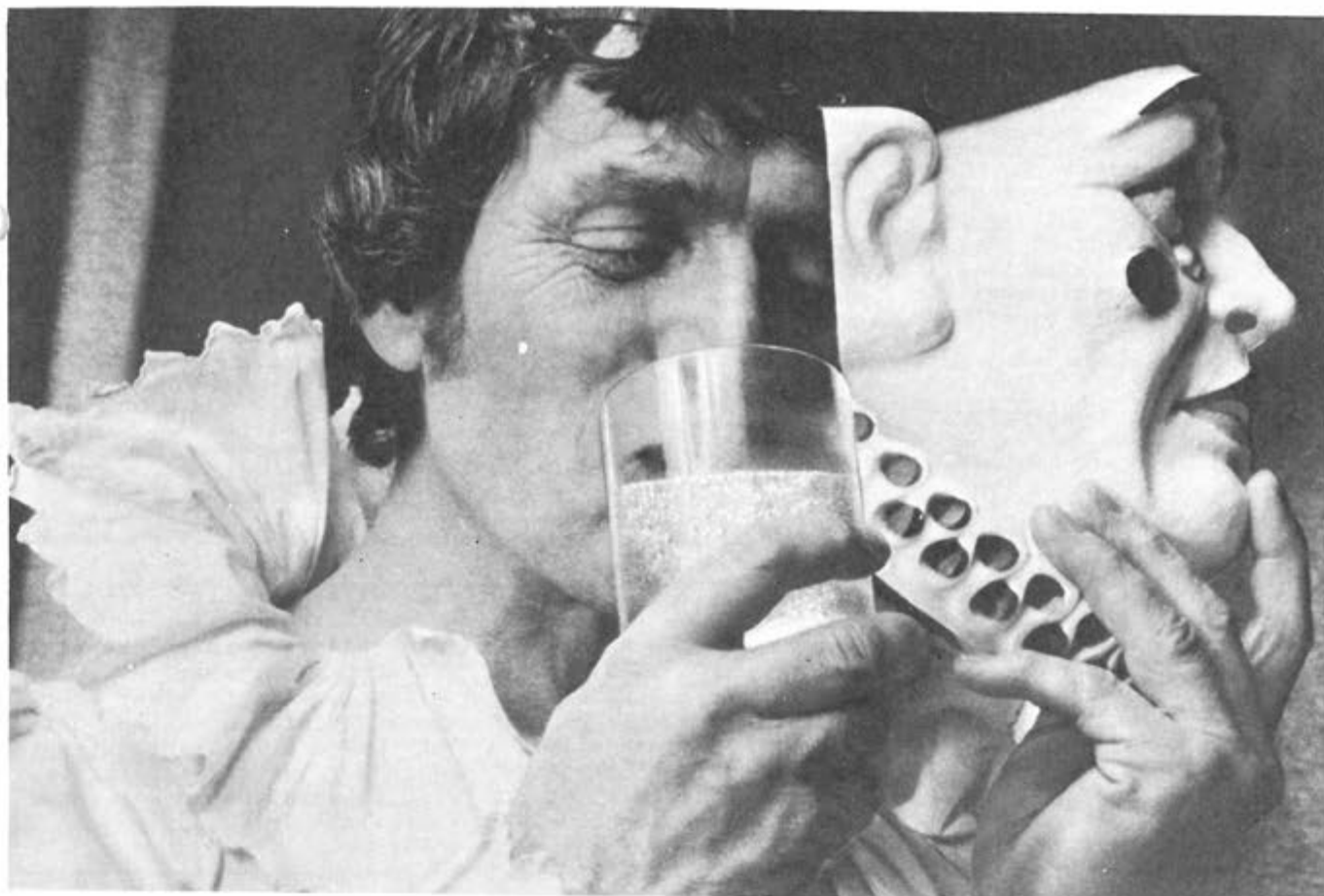
delfabrikantene utviklet en helt profesjonell måte å drive selskapelig virksomhet på, så kvaliteten er alltid på topp. Etter at det meste av maten er fortært, kryper en eller annen overlege opp fra stolen og det synes at dette var godt og takker for maten. Dette skjer før brennevinet strømmer inn, de fleste blir pene og berusede før de vakler hjem til sine "bedre halvdelar".

Jeg har ikke noe imot dette, men jeg synes komedien om legens knestående i bønn til legemiddelfirmaene om å få mat virker helt latterlig. Den norske legestand er den yrkesgruppe i landet som har best råd til å betale

maten sin selv. Det virker derfor helt paradoksalt at akkurat vi skal ligge på kne og be andre om å betale maten for oss. Dersom den norske og utenlandske legemiddelindustri har så mye penger å spandere på den norske legestand, synes jeg de skulle konsentrere seg mer om direkte nøkterne opplysninger om sine legemidler i form av en utvidelse av tjenesten med omreisende representanter, eventuelt med strengt faglige møter ute i regionene.

Man bør da kunne unnlate den overdådighet av mat og drikke som ofte er tilfelle på disse sammenkomster.

Red.



«KOKEBOKEN» har kommet!

«DEN OFFENTLIGE LEGE OG HANS ARBEID»

Statens Trykningskontor 1974

Utpostens redaksjon begynte med en ganske hard kritikk av offentlig helsevesen, og et av momentene var den dårlige opplysningen de sentrale helsemyndigheter hadde overfor distriktsleger. En av breddsidene var en oversikt for offentlige helsearbeidere utarbeidet av Kurs for offentlige leger for mange år siden som ennå ikke hadde sett dagens lys.

Denne boken har nå kommet og Helsedirektoratet, Legekontoret skal ha stor ros for at dette prisverdige tiltak endelig er rodd i land. Jeg har imidlertid en mistanke om at helsedirektør Torbjørn Mørk også har en del av æren for at dette skjedde.

Boken kan vel sammenlignes med den oversikt som er utgitt av Rikstrygdeverket angående lov om Folketrygd. Det er pr. i dag aktuell oversikt over det man trenger i offentlig helsevesen, og kanskje særlig med henblikk på distrikts-helsetjenesten. Vanskeligheten med disse bøkene er selvfølgelig at de er vanskelig å holde ajour, og jeg tror legekontoret må beflitte seg på å revidere boken ca hvert annet år hvis man skal ligge opp til det ønskelige.

Boken er praktisk, det er en indeks bak og en vel oversiktlig innholdsfortegnelse foran. Når man blar i boken kan man vel finne løsninger på de fleste problemer, og det er også rikelig oversikt over annet informasjonsmateriale. Bl.a. er "Teknisk Hygieniske Lover og Bestemmelser" av fylkeslege Hans H. Tjønn nevnt, og jeg vil understreke at disse samlede lovverkene ikke

overflødiggjør en slik bok som den foreliggende. Dette bl.a. for at oversikten i "Den offentlige lege og hans arbeide" kanskje er lettere å komme inn i. Et permsystem må man mer arbeide seg inn i over litt lengre tid.

Hele boken vidner om at det har vært praktiske distriktsleger som har laget en del av opplegget, og fylkeslege Arne Viktor Larsen skal ha stor ros for å ha fullført verket. En ting er imidlertid

oratet gjennom Meddelelsesbladet.

Boken er jo et oppslagsverk, og for å prøve hvordan den virker har jeg slått opp på anskaffelse av offentlig sakfrimerker, noe som boken gav grei opplysning om, og dessuten om medisinalberetningen. Det var her greit gjort rede for hva som skal sendes inn. Man kunne kanskje ønsket seg en litt mer oversiktlig disposisjon, men alt står under kapitlet.



litt irriterende. Det er alle henvisningene, og da spesielt til Meddelelsesblad for Helsedirektoratet. Denne publikasjonen er det ikke sikkert alle distriktslegene har ajour og utgivelsen av bladet har også vært meget mangelfull i det siste. Det står i boken at dette Meddelelsesblad for tiden er under omarbeidelse, og det er over 1 år siden jeg har hørt fra Helsedirekt-

Jeg håper alle helseråd i landet vil anskaffe seg boken dersom ikke helserådsordføreren allerede føler seg helt suveren i materien. Hvis de offentlige leger viser stor interesse for boken kan det vel hende at Helsedirektoratet derved føler seg forpliktet til å komme med en ny utgave om et par år igjen.

Per Wium.



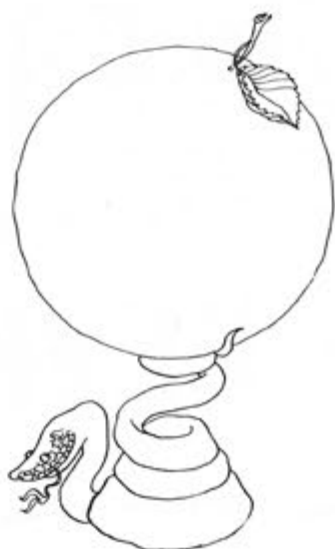
Hans H. Tjønn igjen

teknisk hygieniske lover og bestemmelser", blå serie, inneholder 4 bind som flittig brukes av helseråd landet rundt. Distriktslegen i Værøy har uttalt:

"Disse utmerkede skrifter finnes ikke her på kontoret, noe som burde være, da jeg finner at de er til uvurderlig hjelp i offentlig helsearbeid."

Nå ligger første røde bind på bordet i en ny serie om administrasjon. På samme måte som i blå serie er lover, forskrifter, fortolkningsrundskriv og bestemmelser samlet og ordnet slik at de er lett tilgjengelige. Avdeling 11 inneholder bestemmelser om det offentlige helsevesen, og følges av bestemmelser om legers rettigheter og plikter, andre yrkesgrupper innen helsesektoren, offentlige regulativer, helsearbeid blant barn og helsearbeid i skoler o.s.v. Forvaltningsloven og Offentlighetsloven med kommentarer. All den skrift som gjør regelverket lettere tilgjengelig, er prisverdig. Doktor Tjønns skrifter fortjener særskilt honnør for sin oversiktlige systematikk. Bindene blir til stadighet supplert ved at løsblad blir skiftet ut eller føyet til. Anskaffelse kan skje direkte hos Oluf Rasmussens Forlag, 3700 Skien.

H.S.





«DESSE REVISORANE?»

— om langvarige sykemeldinger

Mange trygdekantor aksepterer ikke sykemelding ut over én uke, alternativt fjorten dager eller én måned. Dette skaffer så vel lege som pasient unødige bry og irritasjon, og representerer, etter mitt skjønn, et reelt misbruk av trygdemidler som trygdekantorene selv må stå ansvarlige for.

Når en mann må vente i fem måneder for å få operert sin coxarthrose, blir han ikke mer arbeidsfør om han må møte hos legen hver fjortende dag for å få sykemelding (= for å få sine rettmessige sykepenger)!

I stedet for én konsultasjon tvinges denne pasienten til ti konsultasjoner med tilsvarende tidobling av utgiftene fra syketrygden.

Bak dette kravet fra trygdekantoret om ny sykemelding, står vanligvis et fryktet krav om dokumentasjon (regnskapsbilag) fra trygdekantorets revisor. Å komme på kant med dem, er meget alvorlig! Kjennskapet til moderne kopieringsteknikk synes ikke å kunne gi akseptabel hjelp alle steder.

Spørsmålet om lovligheten av et slikt bevisstløst fornyingskrav ble reist overfor underdirektør H.Theiste i Sosialdepartementet av deltagere ved "Kurs i offentlig helsearbeid for leger" på Bygdøy høsten 1974. Han svarer, etter å ha snakket med ledelsen i Rikstrygdeverket, at "det har vært forutsetningen at trygdekantorene skal bruke sunn fornuft og ikke plage pasient og lege unødige når det må

ansees på det rene at arbeidsuførheten blir langvarig." Og det henvises til rundskriv nr.230 S av 6.okt. 1967 fra RTV.

De kolleger som har slike problemer, bør be trygdekantoret skaffe seg en kopi av dette rundskriv.

Og, kjære kolleger, bør ikke de trygdekantor som ikke vil "bruke sunn fornuft" egentlig innklages for RTV for trygdemisbruk? - Er det å gå for langt? Er dette ukollegialt ettersom ordningen nå, især i de større by-

er, gir arbeid til endel "sykemeldingsleger"? Bør ikke en slik form for praksis saneres?

Det er åpenbart i dag altfor lett "å la seg sykemelde". Likesåvel som at vi bør motarbeide et revisorindusert sykemeldingspåtrykk fra trygdekantorene, bør vi også rydde opp i de forhold innen vår stand som muliggjør slik praksis.

Hysnes Fort/Stryn, 25.02.75

Dag Brekke

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 akt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



Dataproblemer . .

Forts. fra side 2.

inntekt. Pensjonsgivende inntekt over 100.000 på fast lønn av 90.000!

JAKOB kom til verden en vakker vårdag. 2.800 gram, 49 cm, velskapt. Jordmor skrev hinnerift, hun synes nok ikke morkaken var som den skulle.



JAKOB boltret seg over haugene, med bestefar og hest og andre dyr. Han var litt skremt da han måtte være med på helsestasjonen.



Han holdt seg sprek som hele resten av familien, tok sin tran og spiste gulerøtter. Moren hadde ikke særlig tro på medisiner, kanskje aller minst fluortabletter som en jo kan forgiftes av.



Jakob fikk fine karakterer i de fleste fag på skolen. Dårlige i matematikk, noe ujevn i oppførsel, - noe vanskelig å tøyle hans utfoldelse, stod det i kommentaren.



Han kom i flyvåpenet, og der fikk nr.32077 - 13.04.41 - J lite å gjøre. Han brukte tiden til diskusjoner, besøkte politiske møter fra det ekstreme høyre til det ekstreme venstre.



I denne tiden traff han også frøken NN som senere betrodde ham at hun hadde vært sammen med en som hadde meldt henne som smittekilde. Selv om dette ikke var noen intim venninne, gikk han til helserådet og lot seg undersøke, men fortalte at han nok ikke trengte behandling.



- "Vi har en litt ubehagelig lege her, en som kritiserer disse sykehjemmene hvor pasientene lever så kort".
- "Ja?"
- "Nr. 32077 - 13.04.41 - J."
- "Vel, du får se hva du kan bruke det til: Han hadde en mislykket fødsel, sprengete morkaka, psykisk avviker, motsatte seg behandling, løp nokså tøylesløst omkring som barn. Har nok evner, kan endog kalles begavet, men ustabil holdning. Kjønnssykdom. Narkotikakontakter. Mistenkelige høye inntekter i fastlønnstilling....."

og jakob var et menneske. Og det var 100 andre, eller når sant skal sies, 4 mill. andre. Og alle mer eller mindre bra folk. De levde i et samfunn som ikke produserte maksimalt, men nok til at alle klarte seg og var tilfredse.

Men i sin iver etter å gjøre samfunnet enda bedre, oppdaget ikke individene, før det var for sent, at de hadde gjort samfunnet sterkere enn mennesket, og at det ikke var noen vei tilbake. Den som gav seg til å forsvare individets rett overfor samfunnet, ble hurtig kvalt av overbevisende facts om samfunnsstyring, vekst og nasjonaløkonomi.

H. Siem



Flagyl®-en effektiv behandling

metronidazol

Av 659 pasienter ble 92,4% helbredet etter 1. behandling. Ved gjentatt behandling ble 100% helbredet¹⁾

Av 496 pasienter ble 98,3% helbredet etter 1. behandling.²⁾

1) Peterson et al. Am. J. Obstet. Gynec. 97, 472, 1966

2) Keighley, E.E., Brit. med. J. 1, 207, 1971

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

pharma rhodia
RHÔNE-POULENC

MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR - SANDVIKSVÆIEN 12, BOKS 10, 1322 HØVIK

N.F.L.A.3.75.1