

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 3

APRIL 1976

ÅRGANG 5



AV INNHOLDET

- Side 3 Torleiv Robberstad: Kontorleigeavtalar i eit brukbart alternativ**
- Side 4 Smånytt fra kursfronten**
- Side 6 Fylkeslegens uttalelse om stortingsmelding nr. 9 1975/76 om de sosiale tjenester**
- Side 8 Referat av prof. Sundbys foredrag: Helse- og sosialsentra: Prinsipper og realiteter**
- Side 10 Willy Mathisen: Enuresis**

Redaktører:
Tore Rud
Harald Siem
Per Wium
Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 78 237

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

UTPOSTEN

Redaksjonssekretærer
Reidun Solem
Liv Vold

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.

KOMMUNIKASJON MELLOM OLL'S STYRE OG MEDLEMMENE

En god kontakt med medlemme-
ne er vesentlig for arbeidet
i OLL's styre. Informasjon
begge veier er grunnlaget
for meningsfylt initiativ.
Styret har stor nytte av de
impulser som kommer fra med-
lemmene, og får stadig hen-
vendelser om sentrale spør-
smål.

Som kjent sendte OLL inntil
juni 1975 ut godkjente sty-
rereférat til medlemmene som
bilag til UTPOSTEN. Ordnin-
gen opphørte av økonomiske
grunner.

Styret ser det som en ulempe
at den direkte informasjon
til medlemmene falt bort, og
har inntrykk av at medlemmen-
savner møtereferatene.

Saken er nå oppe til ny vur-
dering i styret, og vil bli
tatt opp til drøfting på
medlemsmøtet som avholdes i
tilslutning til helsedirek-
tørens møte for de offentli-
ge leger (14. og 15.juni,
f.k.)

Den tidligere ordning kan
evt. gjenopptas mot innspa-
ring på andre felt. Et annet
alternativ som nå utredes,
er en egen spalte for OLL i
Tidsskriftet for den norske
lægeforening.

Som grunnlag for diskusjonen
om dette punkt på medlems-
møtet i juni, sender styret
ut referat fra styremøtene
den 6.januar og 22.februar
1976 som vedlegges dette
nummer av UTPOSTEN.

For OLL's styre
Anton Skogland
fung.form.



**Hva er det mannen sier?
Kommer det ingen flere motereferater**



KONTORLEIGEAVTALAR:

Eit brukbart alternativ

Den norske lægeforenings Økonomiutval, innstilling 6.3.73, avsnitt 07.01.2 handlar om utgifter og inntekter ved primærlegepraksis.

Dei undergruppene som direkte vedkjem kontorpraksisen, kan ein der dele opp i undergrupper:

| | | |
|----|---|--------------------|
| A: | Kontorleige, innreining, renter (over 12 år): | 36.167,- = 30,33 % |
| B: | Utstyr og inventar, renter (over 10 år): | 9.100,- = 7,63 % |
| C: | Kontor-forbruksvarer (inkl.tlf.,porto,papir): | 4.000,- = 3,35 % |
| D: | Medisinske forbruksvarer: | 10.000,- = 8,28 % |
| E: | Hjelpepersonell (løn og sosiale utgifter): | 60.000,- = 50,31 % |
| | Sum: | 119.267,- = 100 % |

I praksis-utgiftene (men ikkje del av kontorutgiftene) er bilutgifter, sjuke/avbrotsforsikring, og utgifter til etterutdanning, kr. 7500 i alt. "Andre utgifter" kr. 5.000 må fordelast på alle postar, og forandrar truleg ikkje den prosentvise fordelinga av underpostane ovanfor.

Normaltariffen baserer seg på utgiftsnivå ca. 41 % av inntektene, men det reelle gjennomsnittstalet er visstnok ca. 45 % (med variasjonar 25-60 %).

Ein offentleg lege har langt oftere enn ein allmennpraktiserande lege avbrot i kontortida, til uvente og upåreknelege tider. Dette er arbeid som ikkje blir betalt fra folketrygda eller annan instans, men som heller ikkje tilligg han naturleg etter distriktslegeinstrukturen. Dette tilseier at ein offentleg lege bør ha noko lempelagare kontorleigevilkår enn ein allmennpraktiserande. Den offentlege legen er

pliktig til å bruke dei legekontora kommunen har til han. Dersom desse kontora har høgare standard enn nødvendig, slik at legen får urimeleg høge driftsutgifter, må derfor kontorleiga reduserast til eit rimeleg nivå. I eindel Jær-kommunar har distriktslegane fått kontorleigeavtalar med kommunen, basert på prosent av trygdekontorets refusjon for kontorpraksis. Dette gjeld Time, Klepp, Sandnes og Hå. Her dekkjer kommunen alle utgifter til utstyr, reinhald, telefonar, straum, hjelpepersonell, kontormateriell (medrekna frimerker). I to av kommunane betalar legane medisinsk forbruksmateriell sjølv, i dei to andre dekkjer kommunen også dette. Kontorleiga er som nemnt, ein viss prosent av trygdekontorets refusjon for kontorpraksis. I dette grunnlaget er då ikkje medrekna: mellomlegg frå pasientane, attestar, sjukebesøk utanom kontortid, konsultasjonar heime hos legen om kvelden ("kjøkenbenpraksis"), skulelegearbeid, helsestasjonsarbeid. Refusjonen varierer frå 35 % (noko tronge og uhøvelege lokaler) til 45 % (nytt helsecenter).

Ei slik ordning gjev fordele både for kommunen og legane. Kommunen får meir offentleg arbeid ut av distriktslegen fordi han ikkje må bruke mesteparten av tida til å tene inn til ei høg kontorleige. Dersom den offentlege arbeidsmengda aukar, blir kontorleiga automatisk regulert tilsvarende ned. Turnuskandidaten går inn i same ordninga, og slik blir ein kvitt nesten alt grunnlag for økonomisk krangle mellom distriktslege og turnuskandidat. Ein slepp alt arbeidet med å fordele vask, varme, porto, papir,

telefonar og alt anna kontormateriell mellom offentleg del og praksis-del. Kommunen tek arbeidsgjevaransvaret for hjelpepersonellet, og det er bra for distriktslegen også, dersom han skulle bli arbeidsufør. Dessutan sikrar ein kontinuiteten dersom distriktslegane skulle skifte ofte (kva elles dersom distriktslegen skal ha permisjon $\frac{1}{2}$ -1 år?)

Med utgangspunkt i kontorleige 45%, fordeler utgiftsgruppene A-E ovanfor seg slik:

| | |
|------|---------|
| A: | 13,65 % |
| B: | 3,43 % |
| C: | 1,51 % |
| D: | 3,77 % |
| E: | 22,64 % |
| Sum: | 45 % |

Då kan me setje opp slike alternativer for kontorleiga:

1. Kommunen dekkjer alle kontorutgifter, medrekna hjelpepersonell og medisinsk forbruksmateriell: kontorleige 45% av refusjon for kontorpraksis.
2. Kommunen held lokaler inkludert lys, varme og vask, samt utstyr og inventar, distriktslegen held medisinsk forbruksmateriell samt hjelpepersonell: kontorleige 17%.
3. Kommunen held lokaler inkludert lys, vask og varme, distriktslegen held utstyr og inventar, medisinsk forbruksmateriell og personell: kontorleige 14%.

Denne ordningen fungerer dersom distriktslegen har minst 40-50% av arbeidstida si med kontorpraksis. Då må det naturlege vere at distriktslegen og annan lege har praksis frå same kontoret, etter timeplan. Eventuelt at distriktslegekontoret ikkje blir innreidd og

SMÅNYTT FRA KURSFRONTEN

Jeg kalte utflukten: Sopptur til Trondheim.
Det var Forening av almentpraktiserende leger i Sør-Trøndelag som innbød til soppkurs i dermatologi og gynækologi den 21. februar. Det var professor Johan A. Mæland som fortalte oss grunnleggende trekk ved emnet. Nødvendig, men ikke særlig nyttig.
Da han kom frem til den praktiske del, ble det straks



mer spennende.
Han anbefalte følgende fremgangsmåte for undersøkelse av dermatofytter:

- 1) Avskrap fra randsonen av utslett, også i den tilsynelatende friske delen av huden er det sopp. Fra negler tas avskrap fra undersiden av neglen. Skadet hår kan også undersøkes.
- 2) Avskrapet plasseres på objektglass, og man legger på noen dråper KOH 10-20%.



Hvor sterkt oppløsning er avhengig av hvilket materiale som skal undersøkes. Negler trenger f.eks. 20% oppløsning. Det hele inkuberes 1-2 timer på diskens, eller oppvarmes over flamme til ca. 70°C. (slik at det ryker av preparatet, men det må ikke koke). Undersøkes først med 20 x objektiv, deretter 40 x objektiv.

- 3) Ved forsendelse til laboratoriet legges avskrapet mellom 2 objektglass som tapes igjen.

Overlege Tomas Knoff tok for seg emnet soppsykdommer i gynækologien. 20-50% av friske kvinner har sopp i vagina kunne han fortelle. 1/3 av gravide har sopp i vagina uten noen subjektive symptomer. Av predisponerende faktorer nevnte han blant annet:

- Tøtsittende benklær.
- Kvinner med sittende arbeide.



- Økt fluor vaginalis.
- Urinincontinens.
- Dårlig hygiene.
- For god hygiene.
- P-pille.
- Diabetes.
- Bredspektrede antibiotika.

Behandlingen av sopp i vagina:

Vagitorier i skjeden og salve/krem i vulva anbefalte overl. Knoff.



Han mente man eventuelt kunne gi tabletter for å eliminere sopp fra gastro-intestinaltraktus, men dette var ikke alle enige i.

Overl. Hans Bjørn Svindland sa rett ut at når 50% av friske kvinner har sopp i tarmtraktus, synes det lite logisk å utrydde denne. Det så ut som dr. Kjell Haren, også fra Bergen var enig med Svindland. Dette har jo store konsekvenser, ikke minst økonomisk for de kvinner som er plaget av sopp i skjeden. Denne opplysning synes derfor meget viktig, og tildels i strid med det legemiddelfabrikanter anbefaler.

Overl. Knoff anbefalte videre lokal behandling med krem til mannen.

Behandlingstiden mente han burde være en uke initialt. En del kvinner vil da få residiv i tilslutning til neste menstruasjon. Man bør derfor gi en tilleggskur etter denne menstruasjonen. Videre ble det nevnt at man



kunne behandle også under menstruasjon, hvis blødningen ikke var for sterk.
Svangerskap er ingen kontraindikasjon for behandling, heller ikke per oral.
Medikamentene går nemlig ikke over i organismen generelt, men utøver en lokalbehandling i tarmen.

Andre ting av verdi:

Bruk 10% KOH til soppunder-
sökelse i fluor.
Undersøk mikroskopisk de
pasienter som kommer med
sviekløe i underlivet samt
de som har patologiske funn
ved vaginal inspeksjon.
Differentialdiagnostisk er
Trichomonas viktig.
Overl. Knoff anbefalte disse
undersøk med 1 dråpe methyl-
violett 1% sammen med 1
dråpe fluor vaginalis. Herved
får man frem hvite blodlegem-



er som tar farge. Trichomonas derimot tar ikke farge. Det er ikke alltid å stole på at Trichomonas beveger seg.

Overl. Hans Bjørn Svindland snakket om hudsopp.
Av viktige ting kan jeg nevne at nomenklaturen nå bør forenkles.
All hudsopp benevnes nå med Tinea + den kroppsdel hvor soppen finnes.
Hudsopp behandles 3-4 uker, og man må være forberedt på residiv.



Neglesopp:

Disse skal behandles i månedsvis med griseofulvin per os og lokal pensling med antimycoticum samt nedfiling av neglene.

Obs.: Ved neglesopp p.g.a. Candida virker ikke griseofulvin. Candida gir lite forandringer i neglene og ofte paronychi. Sjeldent eller aldri paronychi ved Trichophyton infeksjon.

Candida på huden:

Oftest mellom 3. og 4. finger. Pensles med Castellani og siden Canesten creme.
Samme behandling ved candida i munnvikene. (Perlèche).
Candida i munnen (Trøske) behandles med Fungizone sugetabletter.

Dr. Sten Erik Hessling fra
legesenteret på Hokksund



hadde undersøkt soppsykdommer i almen praksis.

Kurskomitéen skal ha all ære av at de innbød dr. Hessling. Her fikk vi et praktisk grep på tingene. Dette understrekker min oppfatning at almenpraktikere i størst mulig utstrekning bør undervises av almenpraktikere.

Han kunne fortelle oss at det er ikke så enkelt å påvise sopp i almenpraksis som det er på et spesiallaboratorium. Hvis vi kunne ta med oss professor Mæland's spesialpreparat, var det kanskje ikke så vanskelig, men det kunne vi jo ikke.

Dr. Hessling understrekket viktigheten av hudsykdommens klinik.

Når det gjalt KOH prøven hadde han erfaring for at jo mindre lutstyrke man brukte, desto penere ble preparatene. Som forbedring av prøven hadde de brukt vanlig fyllepennblekk (sort) i dråpe til 9 dråper KOH 10-20%. Preparatet ble plassert i fuktekammer (Petriskal med fuktig filterpapir) i 12-24 t. Soppen ville da bli blåfarget.

Forøvrig hadde han funnet ut at almenpraktikeren har vanske-



lig for å stole på seg selv når det gjelder KOH prøven, og hans gruppe hadde funnet frem til Nikkersons medium som praktisk talt selektivt for Candida.

Dette plasseres i varmeskap (37°C) i 1-2-3 døgn.

Vanligvis får man da oppvekst av kolonier etter 1 døgn hvis det er Candida.

De andre spesialistene var ikke fullt så begeistret for Nikkersons medium, men mente man heller burde sende prøve på Stuard's medium til nærmeste mikrobiologiske laboratorium.

Til gjennomføring av kurset hadde foreningen fått hjelp



Fylkeslegens uttalelse om Stortingsmelding nr. 9 1975/76 Om de sosiale tjenester

Det som først og fremst forbæuser en i denne meldingen, er at den går ut over sosialtjenesten og legger fram forslag til endring av deler av helsetjenesten.

Meldingen som helhet bygger for en stor del på hypoteser som synes å hvile på et spinkelt grunnlag, både når det gjelder forholdet til eksakt viden, tjenestens egenart og de prinsipper som Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen allerede har trukket opp som prinsipper.

Det er i meldingen benyttet begreper som "sosialtjeneste", "sosial- og helsetjeneste" og sosial-trygde- og helse-tjeneste" i en blanding uten åpenbar konsekvens.

Når det gjelder de administrative reformer, savner man en oversiktlig skisse og en klar begrunnelse som kunne vise at det man vil fram til vil by på fordeler. Dette er desto mer nødvendig fordi fordelene langt fra en åpenbare. Meldingen får derved inntrykk av overfladiskhet og/eller hastverksarbeide.

Det er riktig som fremhevet i meldingen at det er behov for å skaffe bedre innsikt i de forhold som skaper sosiale problemer osv. Forutsetningen for dette er også blant annet at sosialapparatet på kommunalplan styrkes både kvalitetsmessig og bemanningsmessig.

Det er lagt vekt på at "det forebyggende arbeid er bedre enn behandling". Dette er tatt fra medisinen og overført til sosialomsorgen. Man har i dag relativt lite grunnlag til å påstå at de sosiale uhedlige forhold i samme grad kan være gjenstand for forebyggende arbeid på sosialkontorplanet.

I alle fall har man ingen sikker formening om hvilke kostnader dette kan føre med seg i forhold til den forventede effekt. Selv om aksiomet er akseptabelt som en arbeidshypotese, er kunnskaper om dette ikke i stand til å sannsynliggjøre at det vil lede til praktisk gjennomførbare tiltak. Dette er for såvidt også påpekt i meldingen.

Under kapitel 3. 4.3. har man som middel for å styrke den kommunale sosialforvaltning forslag om samordning av sosial-helse- og trygde administrasjonen m.v. i kommunene. Det er galt å tro at sosialforvaltningen og/eller lokalsamfunnets sosial- og helsetjeneste blir styrket ved en slik samordning. En kvalitetsshevning kan bare skje ved at sosialforvaltningen blir styrket personellmessig, kvalitetsmessig og økonomisk slik at den utgjør en naturlig samarbeidspartner, f.eks. for helsesektoren. For øvrig synes det søkt å slå sammen 3 ulike funksjonelle enheter som i tillegg har forskjellig tilknytning til kommune, fylke og stat. Forslaget har i seg selv heller ingen virkning på klientbehandlingens kvalitet, men vil kunne skape uro blant fagpersonell som både i funksjon og arbeidsmetodikk er til dels svært forskjellige. Det antas imidlertid hensiktsmessig å slå sammen sosialstyret, barneverns- og edruskapsnemnda til en nemnd.

I kapitel 4.2. under punkt 5, står omhandlet den private pleie i kommunene. I den utstrekning det er tale om sykepleie, bør dette være helsetjenestens oppgave. At heimesjukepleien ble lagt under sosialkontorenes administrasjon bør ikke fastlåses. Sosialtjenesten har ikke og

vil neppe få kompetanse til å administrere medisinske virksomheter. Det er forbausende at sosialdepartementet synes å mene noe annet.

Under kapitel 7.4.2. er det foreslått at kommunene skal få statlig tilskudd til vel 900 nye stillinger og at dette er et minstetall. Dette bør vurderes i relasjon til andre oppgaver der Staten yter tilskudd. Således vil denne minstenorm for statlig støtte til sosialtjenesten overstige det som i dag ytes til distriktslegetjenesten. Det synes vanskelig å forstå at samfunnet har råd til en slik kvantitetsøkning tatt i betraktnsing de snau ressurser som benyttes til distrikts-helsetjenesten. Det kan antas at en cost/benefit analyse neppe ville kunne støtte en slik prioritering. Det er også forbausende at staten vil inn på nye refusjonsordninger når man sliter med å bli kvitt de man har (jmf. Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen). Det synes i strid med de nye toner i forvaltningen at Staten skal gi "tilskott til kommune" at søker om dispensasjoner skal avgjøres i "departementet". Dette må vel bety nye kapitalflytninger og sentraliserte avgjørelser. Departementet vil være naturlig ankeinstans i alle tilfelle, og fylkeslegen finner det naturlig at dispensasjoner kan gis av en statsetat på fylkesnivå. Så lenge fylket ikke skal være en "overkommune", er det utenkelig at fylkeskommunens administrasjon skal innvilge kommuner dispensasjon.

I følge kapitel 7.4.3. går det fram at man kan fravike kravene til sosionomutdanning for sosialarbeidere m.v. Med den nye maktposisjon

i såvel helse-, som sosialtjenesten er tiltenkt, vil vi kunne få den paradoxale situasjon at lavere faglig kompetanse skal få økende innflytelse på avgjørelsес prosessene.

Under kapitel 8.8.5. framgår det at finansieringen må "bidra til at kommunene veger den løsning av en oppgave som gir høyest nytteffekt i forhold til en gitt ressursramme". Det krever relativt omfattende kunnskaper i såvel epidemiologi, statistikk som økonomi i tillegg til fagutdannelse for å kunne lage noenlunde tilfredstilende analyser av denne art. Med så vanskelige målbare kriterier som sosialtjenesten nødvendigvis må arbeide med, er det et spørsmål om det i det hele tatt er mulig.

Forøvrig kan man bare slutte seg til at de forskjellige hjelpe tiltak har samme finansieringsordning slik at den til enhver tid riktige hjelp blir ytt og ikke den som koster lokalsamfunnet minst.

Når nå departementet foreslår at fylkeskommunen skal få ansvaret med at det finnes nok institusjoner (barnehjem, mødreghjem, ungdomshjem) må det bety at det aksepteres at slik utbygging må foregå i fellesskap for flere kommuner eller at hver kommune ikke kan påregnes å få institusjoner som dekker kommunens behov. Dette kan neppe være meningen, og kommunene bør derfor beholde ansvaret på denne sektor.

Kapitel 9 i meldingen forsrekker ved sin tilsynelatende mangel på forståelse av hvordan arbeidsformer og arbeidsforhold er. Det er ingen som i dag er i tvil om fordelen ved samarbeid mellom helse, sosial- og trygdepersonell. La imidlertid ikke et slikt samarbeidsønske være alibi for å fremme administrative endringer som er uten innvirkning på samarbeidet. Samarbeid må ta form på de faglige premisser gruppene står på. Samarbeid skal tjene klientens sak og må derfor være så elastisk som mulig. Regelverk vil aldri kunne sikre samarbeid og antas å være et dårlig egnet middel.

Det er imidlertid viktig å hindre unødvendige stengsler

for et slikt samarbeid. Således bør man i den utstrekning det er mulig la gruppene arbeide nær hverandre slik at daglig kontakt blir naturlig.

Meldingen går imot at hver etat skal ha sitt administrasjonsapparat i kommunene. Dette er en inkonsekvens, i det meldingen på den annen side går sterkt inn for å opprette et særlig organ for sosialtjenesten på fylkesplanet.

Det er videre i kapitel 9.6. 3 gjentatt at det må legges vekt på en rasjonell, hensiktsmessig ordning ut fra faglig administrative og organisatoriske synspunkter. Jeg kan med beste vilje ikke se at det er lagt vekt på dette i meldingen.

I kapitel 9.7.3 begynner meldingen å omfatte både sosial, helse- og trygdeskoter i kommunene og hevder at disse sektorer bør komme under felles politisk styring og planlegging. Det er uklart hva meldingen legger i politisk styring, og det er likeledes uklart hva som legges i uttrykket planlegging. Både styring og planlegging må få sterke begrensninger siden det synes utenkelig at dette skal kunne foregå uten ganske klare retningslinjer på nasjonal basis.

Den politiske styring kan ikke befatte seg med medisinske faglige spørsmål i klientarbeid. Videre kan planlegging i en kommune ikke gå på tvers av de prinsipper for medisinsk faglig hjelp som gjelder landet som helhet. Dette betyr ikke at det ikke bør være en folkevalgt nemnd som med fordel kunne ha sin "oppmerksomhet henvendt" på helse- og sosialarbeidet i kommunen, men man burde gi større klarhet i hva en slik nemnd skulle arbeide med og hvilke fullmakter den eventuelt skulle ha. Det står videre at organets arbeideområde vil måtte omfatte sosialstyrets, helserådets og trygdekontorstyrets nåværende arbeidsområder. Det er ikke lett å si hvilke arbeidsoppgaver som skulle egne seg til overføring fra helserådet til et folkevalgt helse- og sosialråd. Det er uforståelig at sosialdepartementet gjennom et slikt forslag viser så liten forståelse for og innsikt i helserådets arbeidsområde. Det foreslåes videre å fjerne begrepet "helserådet".

Nødvendigheten av dette er ikke begrundet. Man skal være klar over at helserådet er blitt et begrep i folket bevissthet. Helserådets frie stilling er en garanti for at hygieniske ulemper og helsefare kan bekjempes enten partene er privatpersoner, bedrifter eller offentlige etater.. Fagkunnskapen er sikret i dets nåværende sammensetning og den offentlige leges tilknytning til det offentlige legevesen er garanti om lik behandling i hele landet - i den utstrekning dette er mulig.

At "helse- og sosialstyret" skulle planlegge og styre helsemessige tiltak som lejetjenesten, skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, helsestasjonsvirksomheten, helsestørtjenesten, forebyggende helsearbeid o.s.v. i kommunen uten fagpersonell var knyttet til styret, anses for utenkelig. I den tid med knappe ressurser hvor man til stadighet påpeker at helsetjenesten må prioritere på et faglig grunnlag etter cost/benefit analyser eller prinsipper, skal man i kommunene tilsynelatende overlate alt hovedsaklig til folkevalgte uten faglig støtte å avgjøre forhold som har klare helseøkonomiske konsekvenser, dog uten at man kan si at forutsetningene til å vurdere dette på faglig prioritettingsgrunnlag er til stede. Meldingen er forøvrig temmelig uklar og med sine runde ord og vendinger står den i kontrast til de mer presise vurderinger som det samme departement har lagt fram når det gjelder den videre utvikling av helse-tjenesten i og utenfor institusjon.

Kap. 10.

På fylkesplan skal det bygges opp et eget sosialapparat som vil redusere den kontakten sosialpersonell tidligere hadde med helsetjenestens personell i fylkeslegeadministrasjonen. Man vil uvegerlig oppnå en dobbeltadministrasjon ved at det skal være egne fylkeskommunale og egne statlige organ som skal ivareta samme interesseområdet om enn funksjonene er noe forskjellige. I kapitel 10.5.5. gjentas det som er sagt i tidligere meldinger om helse-tjenesten at helsetjenesten

Referat av professor Per Sundbys foredrag for ofentlige leger og helsesøstre, i Stavanger 25. mars 1976. Referat av Torleiv Robberstad.

«HELSE- OG SOSIALSENTRA: PRINSIPPER OG REALITETER»

Tidlegare var han for integrering, på eit prinsipielt teoretisk grunnlag.

I primærlegetenesta finn ein viktigare sosiale faktorar hos 20-30% av pasientane. I sosialtenesta finn ein medisinske tilstandar iblanda hos 40-60% av klientane. Det er mange faglege argument for ei integrering av helse- og sosialtenesta.

Men i tillegg kjem ein holdnings- og vanedimensjon hos folk flest. Dette gjer at etter alle desse utgreiingar har berget fødd ei mus: St. meld. 9/75-76 blir helst som eitslag hevna fra sosialetaten mot helseetaten, uten et den veit eller kan beskrive kva dei snakkar om.

Det er ein enorm progresjonskappestrid begge vegar mellom helse og sosial, spesielt i administrative spørsmål. Det er skrive lite om det praktiske arbeidet på klientplan. Utgreiingane har ført meir til forvirring enn til avklaring, og stort sett har dei gått over hovudet på folk flest: ikkje er dei spurt og ikkje har dei forstått noko av det. Integrasjons-forsøket på Stovner-senteret i Oslo var på mange punkt ikkje i samsvar med det folk flest ville ha.

Det er stor skilnad i profesjons- "kulturhaldning" og profesjons- "stil" mellom lege og sosionom. Det er også spørsmål om etableringsgrad i samfunnet. Men det er spesielt ein grunnleggjande skilnad i formålet med tenestene, mellom helse og sosial.

Helse har relativt nøytrale hjelpeformål og -funksjonar. Folk kjem stort sett til helsestenesta av eit personleg følt behov: "her er det hjelp å få".

Samarbeid krev at alle partnerar har like god erfaring frå før. Elles blir det ein opplæringssituasjon. Dette er bra for personalet, men ikkje for pasientane.

Helsepersonell er lært opp i biologiske tankebanar, sosialpersonell i sosiologiske banar. Dette er 2 ulike vedkjenningar, og det kan vere svært verdfullt, men det gjer seg også praktisk gjeldande som samarbeidshindring.

Stovner HS-senter var eit eksperiment, fødd av bitter nød (noko måtte gjerast for Stovner, ein drabantby i vekst men utan legar). Integreringa blei oppheva etter 2-3 år, som mislukka. Det var mange lokale faktorar som kom inn i bildet: Eindel

av problema:

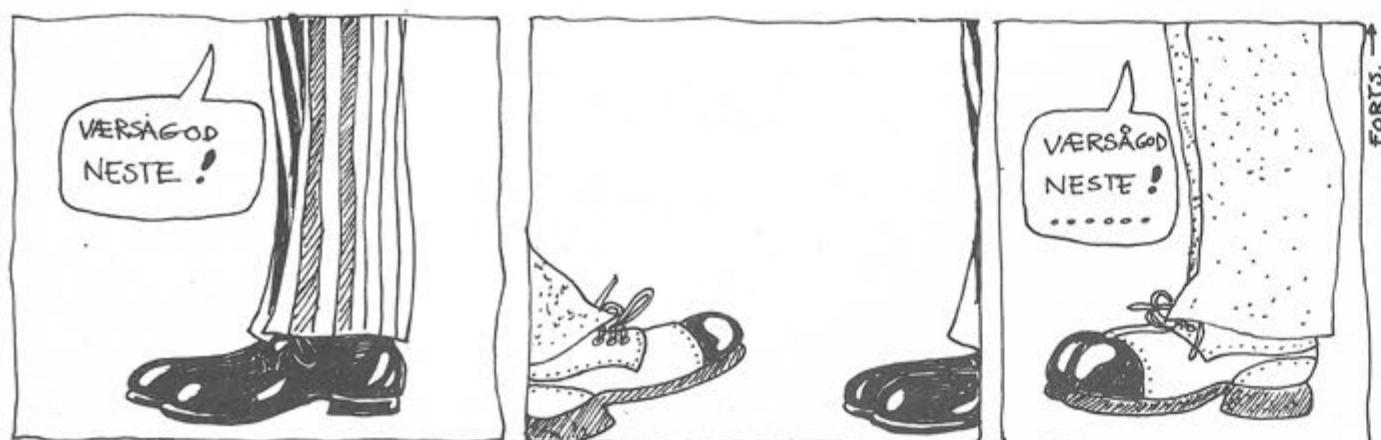
1) Helse og sosial var begge nedtyngde med sine rutinemessige ekspedisjonsoppdrag (piller vs. pengar). Desse var primære behov, og kroniske hindringar for integrering.

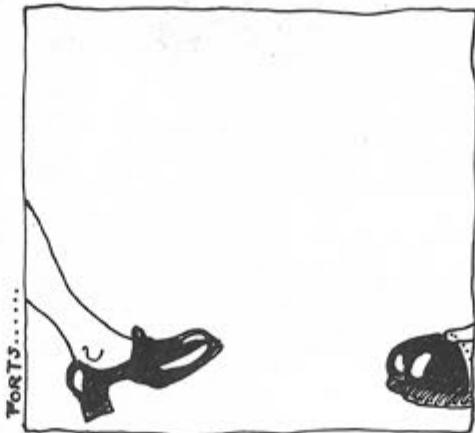
2) 30 personar med stor turnover i senteret. Når samarbeidspartnerane skifte like fort som klientane, var eit grunnvilkår for samarbeid borte.

3) Sosialseksjonen visste altfor lite om klientanes bakgrunn, fordi dei ikkje fekk tid til det.

4) Sosialseksjonens kontakflater mot trygdekontoret, arbeidskontor etc. var mykje større enn til hersedelen. 18% av sosialklientane hadde bruk for samarbeid sosialhelse, 15% førte til meir eller mindre djuptgripande samdrøftingar, som for 3% førte til konkrete tiltak.

4b) helseseksjonen registrerte sosiale problem hos 30% av pasientane. Hos 67% av pas. visste dei ikkje om pas. hadde sosiale problem. Dei søkte samarbeid med sosialseksjonen for 7% av pasientane, men hos andre instanser for 22% av pasientane (fysioterapi, div. spesialister, laboratorium).





Sosiale problem blei for dei
reste pasientane ikkje regi-
strert eller påakta av legane.

For å finne det grunnleggjande
formål med sosial, må me
først skrelle vekk ein del
overfladisk prat ("ein god
nok behandlar kan behandle
vekk alle problemer"). Sosial
har hjelpende og kontroll-
lerande formål. Sosial skal
fordеле goder til dei som
treng det, men under streng
kontroll. Og sosialstyret
tittar behandlarane i korta.
Så lenge sosial også har
kontrollfunksjon, bør dei
vere for seg sjølve. Før ei
ev. samordning av helse- og
sosialtenestene må sosial-
tenesta bli kvitt fordelings-
og kontrollfunksjonane, for
då får helse og sosial mykje
meir samanfallande formål.

Problem: helsebegrepet er
blitt ein fordelingsnøkkel
for fordeling av materielle
goder. Fordelingsfunksjonar
er vanskelege og farlege, der
står partane i prinsippet
mot kvarandre (jfr løns-
forhandlingar).

Dersom folketrygda kan bli
utvida og justert så den
dekkjer dei faktiske forhold,
då blir sosial kvitt fordelings-/kontrollfunksjonen.
Trygdestellet har mykje for-
delings-/kontrollfunksjon
frå før, dei tåler meir av
det.

Desse problema har St. meld.
9/75-76 ikkje teke opp, og
derfor blir framlegga der
bare dill. Den primære helse-
tenesta kan ikkje drivast med
altfor rigid byråkratisk
styring. Sosialetaten er

reint politisk mykje sterkare
enn helsestellet, derfor kan
sosial som ein liten etat
foreslå at ein mykje større
etat (helse) skal samordnast
med den.

Sosialsektoren må styrast så
lenge den har fordelings-/
kontrollfunksjonar og dessvært
utan skal drive moralpolitikk.
Og tanken med at eit helse-
og sosialstyre skal styre
helsetenestene, er truleg
ikke i samsvar med folke-
ynskjet.

Der er praktiske problem
for samordning helse - sosial:
ulike finansierings- og av-
lønningsordningar. Stovner
HS-senter var derfor så rigid
organisert at legane der
ikkje kunne ta sjukebesøk
(og med det blei 40% av all
service til barna kutta ut).
Altså: byråkratiske hindringar.

Befolkningen:
Legebehouvet blei dekt på så
mange ulike måtar, at inter-
greringstanken var døfødd:

- Barn hadde 25% av sine
konsultasjonar på HS-senteret,
resten hos legevakt eller
spesialistar.
- 25% av mennenes behov blei
dekt hos bedriftslege.
- Kronisk sjuke og handikappa:
svært mange hadde kontinuerleg
spesialistkontakt frå før.

Generelt: folk var sterkt mot
tanken om felles venterom for
helse og sosial.

Til sosialkontoret går ein
med reint konkrete hjelpe-
behov, særleg økonomi.

Sverige og Øst-Tyskland
baserer mykje av primærhelse-

tenesta på multispesialist-
sentra. Det var dette mykje
folk på Stovner trudde måtte
vere eit godt helsecenter.

Det er ikkje det formaliserte
samarbeidet som er det viktige
i eit helse- og sosialsenter.
Det er samarbeid frå sak til
sak (ad hoc) som er det
vesentlege og grunnleggjande.
Den store fordelen med Stov-
ner var at aktuelle problem
kunne ordnast mykje enklare
enn før, fordi dei ulike
institusjonane var i same
huset.

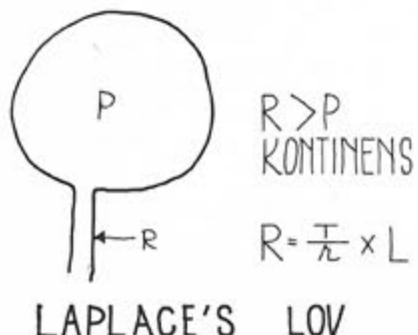
Diskusjonsinnlegg etterpå:
Sosialsjef Lending (Time
kommune) om samarbeidserfar-
ingar derfrå:

- 1) Dei hadde 10-12 pers. med
i tverrfagleg team, møte
1 x/månad. For mange folk,
møta flaut ut, og dei kjende
for lite til kvarandres
arbeidsrutiner.
- 2) No har dei distriktslege
+ helsesøster + sosialkontor
+ skulepsykolog i teamet.
Dette fungerer godt. Helse-
søster er nøkkelpersonen i
alt forebyggjande arbeid,
fordi ho har så store høve
til å oppdage problem-opp-
legg i tidleg stadium.
- 3) Trygdekontor + arbeids-
kontor + bedriftslegetenes-
ta har sitt eige gruppe-
samarbeid, vesentleg med
forebyggjande arbeid.
- 4) Alle har eit svært godt
uformelt samarbeid, fordi
eindel av etatane har
bygnings-fellesskap.
- 5) Det er viktig at dei
ulike etatane har kjennskap
til og tillit til kvarandre.

ENURESIS

Willy Mathisen,
Rikshospitalet

Enuresis betyr egentlig urin-
inkontinens. Skal man ha
mulighet for å forstå det
patologiske må man ha et visst
kjennskap til det normale,
den mekanisme som normalt
opprettholder kontinens.
Passiv kontinens er tilstede
så lenge det intravesikale
trykk er lavere enn den in-
traurethrale resistens.



Den intraurethrale resistens er betinget av tonus i urethras vegger, denne faktoren er tensjonen (T). Resistensen er omvendt proporsjonal med urethras radius som i normal tilstand er nær null. Videre er resistensen proporsjonal med urethras lengde. Hos kvinner fungerer hele urethra som den urethrale sphincter, hos mannen urethra posterior og membranacea. Bekkenbunnens muskulatur spiller også en viktig rolle ved opprettholdelsen av urinkontinens. Når miksjonen starter, slappes og senkes bekkenbunnens muskuler, levator ani-gruppen, og derved senkes blærebasis og blærehalsen åpnes samtidig som detrusor kontraheres.

Når blæren fylles og blæretrykket stiger over urethras hvileresistens, kan man normalt fortsatt opprettholde kontinens ved volontær kontraksjon av sphincter exter-

nus og av bekkenbunnens muskulatur. Når levator ani kontraheres, løftes blærebunnen og blærehalsen hvorved urethra settes på strekk, urethras lengde øker og derved også den intraurethrale resistens. Dette kalles aktiv kontinens. Den intraurethrale resistens ligger normalt mellom 20 - 30 mm Hg, men en volontær kontraksjon av bekkenbunnens muskulatur kan øke den intraurethrale resistens til omkring 50 mm Hg. Stiger det intravesikale trykk ytterligere, vil urinen avgå involontært.

Spedbarns blæretømning foregår rent reflektorisk. Når blæren fylles, vil strekkrezeptorene i blæreveggen sende impulser til blæresenteret i sacral-medulla.

Gjennom de motoriske baner går derpå stimulus til detrusor som kontraheres og blæren tømmes. I løpet av de første 3-4 år skjer det normalt en modning av de cortikospinale baner til blæresentret hvorved miksjonen kommer under sentral kontroll. Denne modningsprosess kan ikke påskyndes, men den kan muligens hemmes.

Når skal barn kunne holde seg tørre?

Enkelte barn kan bli tørre i 1 års alderen, et stort antall er tørre i 2-3 års alderen. Antall nattevætere i 4-5 års alderen angis noe forskjellig. I de skandinaviske land finnes ca 10%, i Storbritannia omtrent det samme, mens det for USA og Australia angis mellom 15-20%. Blant naturfolk i Afrika er det funnet ca 10% nattevætere.

Hvordan blir barn tørre?

Ved modning av nervesystemet vil barnet gradvis få volontær kontroll over blærefunksjonen. De spinale sentra

kommer under hemmende kontroll gjennom de cortikospinale baner som også under sovn sender hemmende impulser til blæresenteret. Samtidig øker blærevolumet fra spedbarneets lille blære på 150 ml til den utviklete blære med kapasitet over 300 ml. Først når blærekapasiteten er kommet over 300 ml, er den tilstrekkelig til å holde den urinmengde som dannes i løpet av natten og sengevæting kan unngås.

Denne gradvis modning av nervesystemet som fører til volontær kontroll av miksjonen utvikler seg uavhengig trening eller opplæring. Betydning av "pottetrening" har vært meget diskutert, den kan ikke fremskynde den sentrale modningsprosess.

Typer enuresis.

Barn som ikke er tørre ved 4-5 års alderen, vil vanligvis bli registrert som enurettere. Har barnet ikke i noen periode kunnet holde seg tørr, regnes tilstanden som primær enuresis. Hvis barnet i en periode har hatt nattlig kontroll over miksjonen, men senere fått tilbakefall, kalles tilstanden sekundær enuresis.

Enuresis nocturna er den hyppigste type, ca 80%, noe hyppigere hos gutter enn hos piker. I 15% finnes en kombinasjon e.nocturna og e.diurna, og bare i ca 5% e.diurna alene.

Antatte årsaker.

Man kan trygt si at enuresis er en av de hyppigst misoppfattede og mishandlete urologiske anomalier. Gjennom tidene har det vært fremsatt tallrike teorier og forklaringer på årsaken til enuresis, og behandlingstilbudene har variert fra den sorteste magi til inngridende psykiatriske



behandlingsmetoder som f.eks. hypnose. Forsøk på å bringe problemet ned på vårt nåværende erkjennelsesnivå har møtt massiv motstand fra mange hold.

At psykiske forstyrrelser skulle ligge til grunn for enuresis, er en hyppig fremsatt påstand. Kontrollerte undersøkelser over store materialer har definitivt motbevist slike formodninger. Hvis psykiske forstyrrelser skulle være en årsaksfaktor, ville man vel ha ventet at barnet vætet seg om dagen og ikke bare om natten.

Undersøkelser over嫂ndybden hos enuretikere har vist at den ikke er anderledes enn hos barn i kontrollgrupper. Nattevætingen kan finne sted på hvilket som helst tidsrom under嫂vnene.

EEC undersøkelser har heller ikke kunnet avsløre noen spesifikke forandringer hos enuretikere sammenlignet med barn i kontrollgrupper.

Organiske årsaker til enuresis kan forekomme, særlig ved sekundær enuresis. Hyppigst er det passasjehindringer i blærehals og urethra. Urinveisinfeksjon som årsak til enuresis kan også finnes, men enuresis forsvinner da ved adekvat behandling av urinveisinfeksjonen.

Enuresis har en tendens til å opptre i visse familier. Ofte har en eller begge foreldre hatt samme problem, og ikke sjeldent er flere søskener enuretikere.

Diagnosen.

Diagnosen enuresis må baseres på nøyaktig anamnese og klinisk undersøkelse. Urinundersøkelse er en selvfølge. Undersøkelse av genitale og urinrørets dimensjon er viktig. Vi gjør ofte både urografi og miksjons-cystografi.

En differensialdiagnose man bør huske, er ektopisk ureter som årsak til urinlekkasje hos piker. Denne type enuresis er karakteristisk ved at det er en jevn lekkasje døgnet rundt. En urografi og en undersøkelse av introitus vil som regel gi diagnosen.

Urodynamiske undersøkelser av blære og urethra kan gi verdifulle opplysninger.

Følgene av retardert modning av nervesystemet.

Spedbarnets reflektorisk styrte blære tømmer seg 10-20 ganger i døgnet og den rommer ca 150 ml. Hvis den sentrale hemning av blæresenteret ikke er etablert til normal tid, vil barnet beholde spedbarnets blæretømningsmønster. De hyppige detrusorkontraksjoner fører gradvis til en hypertrofi av blæreveggens muskulatur. Blærens volum vedblir å være lite og miksjonstrykket stiger.

Barnet får i våken tilstand ofte et urge-syndrom som kan gjøre det vanskelig å komme tidsnok til klosettet når vannlatningstrangen melder seg.

Dette er samme tilstand vi kjerner godt til hos prostatikere i første fase av prostatisme. Også hos slike individer er blærekapasiteten redusert og miksjonstrykket høyt og miksjonsfrekvensen øket døgnet rundt. Det er forøvrig samme mekanisme som gjør seg gjeldende den første tid ved alle typer passasjehindringer i urethra.

Selv om modningen av de hemmende baner til blæresenteret er avsluttet i 5 års alderen, vil den lille blærekapasiteten kunne persistere i lang tid. Det samme kan man se etter fjernelse av en passasjehindring i urethra, den lille blærekapasitet og høye miksjonstrykk kan vedvare lenge. Blærekapasitet i denne forbindelse betyr den funksjonelle blærekapasitet, altså den mengde vedkommende klarer å holde i blæren inntil maksimal vannlatningstrang melder seg. Det er ikke den væskemengde man kan presse inn i blæren ved hjelp av en sprøyte.

Behandling.

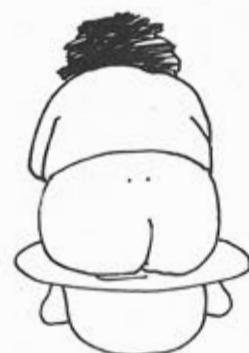
Behandlingen av enuresis bør neppe begynne før i 5 års alderen, på det tidspunkt man antar modningen av sentralnervesystemet er avsluttet. Behandlingens mål er å øke den lille blærekapasitet, og helbredelsen av enuresis går parallelt med denne økning. Målet er 300-400 ml blærevolum. Det er viktig å forklare både barn og foreldre hva målet med behandlingen er. Man må få barnet interessert i behandlingsopplegget. For å øke blærekapasiteten må blæren få rikelig tilførsel

av urin, følgelig må barnet drikke rikelig i dagens løp. Minst en gang pr. dag bør det forsøke, holde igjen urinen så lenge som mulig og ikke løpe til klosettet straks en liten vannlatningstrang melder seg. For å kunne følge bedringen, skal barnet en gang pr. uke skrive opp hvor meget det klarer å holde i blæren når det anstrenger seg maksimalt for å holde igjen urinen.

Som supplerende behandling gis et medikament som demper endel på blæreaktiviteten. Det beste middel til dette bruk er Librax. Dette preparat inneholder et psykosedativum samt en kraftig anticholinergisk komponent uten atropinets mydriatiske effekt. Doseringen er en tablet morgen, en middag og to før sengetid. Behandlingen må gjennomføres til barnet er tørr. Vi har ikke sett bivirkninger av denne dosering i de flere hundre tilfelle av enuresis vi har behandlet. Effekten av behandlingen kan vise seg etter kort tid, men i de fleste tilfelle må behandlingen fortsettes i måneder.

Får man pasientene til behandling i 16-17 års alderen eller senere, kan det være vanskelig å få økt blærekapasiteten. Hos pasienter over 20 år med enuresis har vi sett liten effekt av denne behandling, og hos slike pasienter har vi i endel tilfelle gjort blæreplastikk for å øke blærevolumet. Resultatet av en slik operasjon har vært tilfredstillende.

Mange av de pasienter vi har hatt, har tidligere anvendt alarmapparat uten permanent effekt. Hensikten med bruken av alarmapparat skulle være å innøve en betinget refleks slik at barnet etter en tid skulle våkne selv uten apparat. Dette er ingen kausal behandling, og det er høy frekvens av tilbakefall.



UTPOSTSTIPEND

FORMÅL:

- 1) Stimulere medisinske studenter til arbeide i distrikthelsetjenesten i utkantstrøk.
Stipendiet er ment som delvis kompensasjon for større reise- og oppholdsutgifter.
- 2) Gi distriktssleger i utkantstrøk avlastning i arbeidet.

HVEM KAN SØKE:

Studenter som har fått arbeide hos distriktssleger i utkantstrøk i minst 1 mnd. i 1976.

MIDLER:

Del av Utpostens overskudd pr. 1/1 1976.

STIPENDIETS STØRRELSE:

Kr. 1.500,-

Det blir utdelt inntil 8 stipend i 1976.

SØKNADSFRIST:
15. juni 1976.

SØKNAD SENDES:

Utposten, 6420 AUKRA.

Bekreftelse fra distriktssleger på at avtale om arbeid er inngått og tidspunkt for studentvikariatet må foreligge.

SØKNADEN AVGJØRES AV:

Distriktssleger Per Wium

Lærer Kåre Bjørn Huse

Sekretær Liv S. Vold

Distriktssleger Tore Rud

Sekretær Reidun Solem

Distriktssleger Harald Siem

(Utpostens redaksjon)



Stortingets Sosialkomite OSLO 1 Ad. Stortingsmelding nr. 9 (1975-76)

Det här vært uttrykt ønsker om kommentarer fra Grasrota i anledning ovenfornevnte stortingsmelding. Denne ble derfor drøftet i et møte IO/I-76 i Sulitjelma av distriktsslegerne i Sørfold og Fauske.

Vårt generelle inntrykk er at meldingen inneholder en rekke positive forslag som en bør arbeide videre med, så som og selvsagt det at det sosiale hjelpeapparatet bør utbygges videre på lokalplanet. Men det fremkom betydelig kritikk, og da hovedsaklig ved denne kapittel om hvor vi har vår største erfaring.

Den primære helsetjeneste har fått en meget stemoderlig behandling i meldingen. Meldingens omforming av helserådet til et hygieneutvalg vil bare skape forvirring i okalsamfunnet. Helserådet har, tross åpenbare mangler,

dog innarbeidet høy etablert funksjon og organisasjon. Vi ser derfor ingen grunn til å støtte meldingens teoretiske, spekulativt begrunnede forslag til endring.

Man vil i meldingen bryte det vel etablerte samarbeide mellom distriktssleger og helseøster. Vi mener at en administrativ plassering av helseøster under et helse/sosialstyre vil være en dårligere løsning.

Den privatpraktiserende lege utgjør også i mange kommuner en vesentlig del av det primære helsetilbud. En savner i meldingen forslag til samordning mellom denne gruppen leger og det offentlige helseapparatet.

Alles ønske er et bedre helse- og sosialtilbud i kommunene. Denne meldingen vil etter vår mening ikke bidra til dette. Det er ille å si det, men det synes for oss

som om det har vært intensionene om bedre "politisk styring" som har vært hovedtanke ved utformingen av kapittel 9, i steden for den faglige vurdering. Man bør ikke på grunnlag av en slik melding forsøke å presse igjennom en mengde for oss ubegrunnede, dårlig definerte og tydelig politisk motiverte tiltak. De planlagte organer tror vi ikke vil føre til mer "demokrati" i den lokale helse/sosialtjeneste, men heller til økt byråkratisering med følgende ineffektivisering.

Røsvik, 23. februar 1976

Atle Vorren, distr. lege i Fauske

Terje Blekastad, distr. lege i Fauske

Jonny Berg, distr. lege i Sørfold

Forts. fra side 7.

Fylkeslegens uttalelse om Stort.meld. nr. 9...

utenfor institusjon bør være fylkeskommunens ansvar på samme måte som sykehusene. Det synes overflødig å ta dette med i melding om de sosiale tjenester, især siden Stortinget allerede i 1973 (14. mai) sluttet seg til dette syn.

Helt umotivert kommer det plutselig fram at fylkeshelsesøster bør gå over til fylkeskommunen. Helsesøstrene i kommunene og distriktslegene er et funksjonelt team som fortsatt utfører de funksjoner som kanskje har hatt størst betydning for bedring av folkehelsen i vårt land. (Bedring av hygiene, vaksinasjoner, overvåking av sykdommer m.v.). Det vil være en meningsløshet at distriktslegenes overordnede og rådgiver skal være fylkeslegen mens helsesøstrenes rådgivere og overordnede skal være fylkeshelsesøster og at disse to rådgivere og kontrollinstanser skal sitte på hver sin adskilte administrasjon på fylkesplan.

Dette vil i seg selv motvirke en koordinering og dermed bidra til å vanskelig gjøre samarbeidet. Helsestasjonenes arbeid er et medisinsk faglig arbeid som bare kontrollmessig kan underlegges medisinske kvalifiserte instanser. Da fylkeslegen som statlig kontrollapparat må ha den fagkunnskap i sin administrasjon som helsesøster representerer, vil dette bare medføre opprettelse av nye stillinger uten at arbeidsområdet utvides. Den uklarhet som kommer fram i meldingen om avgrensingen mellom helse og sosialtjeneste vitner om mangl på innsikt. Tendensen synes å gå i retning av et oppsplittet og kostbart ad-

3 måneders B₁₂ vedlikeholds-terapi i én ampulle

Med Betolvex gjenopprettet normalt B₁₂.

For vedlikehold er det tilstrekkelig med 1 ml hver 3. måned.

Ventrikelresecente gis 1 ml 2-3 ganger i året.

Betolvex

cyanokobalamin-tannin-kompleks

Rasjonell B₁₂ terapi
DUMEX

ministrativt apparat som der til krever mer personell, personell som i dag er mangelvare. Dette kan ikke være en riktig utvikling.

Hvis Stortinget aksepterer en utvikling som skissert i denne stortingsmeldingen, vil en etter min mening svekke den offentlige helsetjenesten i landet. En helsetjeneste som andre land ser opp til og som har sikret en god "spredning" av høyt kvalifisert helsepersonell. Selv i de minste kommuner har det offentlige helsevesen klart å sikre en rimelig grad av trygghet for befolkningen.

Uten å forklare fordeler på faglig grunnlag, legger meldingen opp til endring i en distrikthelsetjeneste som med sine 300 års tradisjoner ikke bare har innarbeidet seg i befolkningens bevisster, men også har vært et funksjonelt nyttig instrument for å sikre befolkningen et likt tilbud uansett hvor i landet man har bodd.

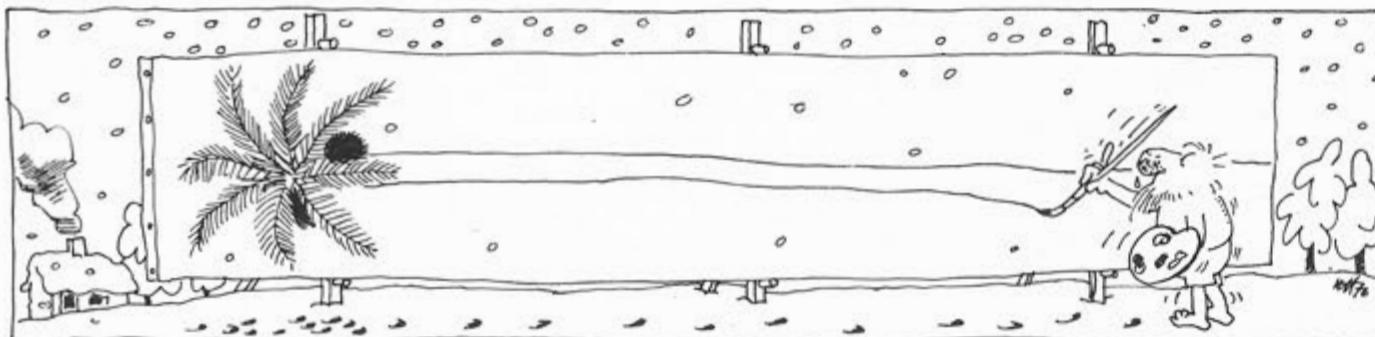
Grunnen til at det fortsatt er enkelte svakheter i det nåværende system, er mangl på kapital og personellressurser i distrikthelsetjenesten. Disse svakheter har betegnende nok ikke vært typiske for de minste utkantkommuner, men i like høy grad de såkalte presskommuner.

Det synes i det hele betegnende for de fremlagte planer og deres mangl på faglige hensyn - at det i en melding som i den grad vil påvirke den fremtidige helsetjeneste ikke finnes uttalelser fra helsedirektøren - vår fremste autoritet på det medisinske - administrative område.

Meldingen hadde vært vesentlig bedre hvis den hadde befattet seg med det som meldingens titel sier, nemlig de sosiale tjenester.

Møre og Romsdal fylkeslegeembete,
Molde 23.sept.1975

Arne Victor Larssen



Forts. fra side 5.

Smånytt fra kursfronten .

av firma Bayer. Det skinte hele tiden igjennom at Canesten er et meget godt antimycotisk middel, og det virket overbevisende.

Til tross for Bayer, er Utposten full av beundring for hva Forening av alment praktiserende leger i Sør-Trøndelag har satt igang, noe vi kommer tilbake til annet sted i dette nummer.

KURS FOR ALMENTPRAKТИSERENDE LEGER I MOLDE.

Ass. lege Thomas Åbyholm snakket om mannlig infertilitet.

Av de ting som kunne behandles:

Kryptorchisme:

90% har testisdescens ved fødselen.

Operasjonen skal skje fra 4-6 års alder.

Ductus deferens occlusjon:

Ca. 10% får barn etter operasjon med vasco-vasostomi.

Infeksjoner:

Prostatitt diagnostiseres ved patologisk prostataexpri- mat, patologisk palpasjonsfunn, subjektive symptomer, hvite blodlegemer i sæd.

Dette fører til nedsatt motilitet av spermiene og nedsatt sædmengde.

Behandlingen består i enten: Vibramycin 2 cps. daglig i 14 dager.

eller:

Trimetop/Sulfa 2 tabl. morgen og kveld i 14 dager, siden 1 tabl. 3 ganger daglig i 3 måneder.

I tillegg evt. prostata- massasje initialt.

Antiinflammatoriske midler. Hindre reinfeksjon ved behandling av infeksjoner hos partner.



Overlege Åke Brandberg
Klinisk bakteriolog fra Göteborg:

Hva bestemmer valget av bredspektret antibioticum?

Streptomycin forbeholdes tuberkulose, brucellose, pest.

Kloramfenicol:

Stor tilbakeholdenhets for tiden. Indisert ved Hemofilus-meningitt hvis penicillin ikke kan brukes.

Trimetop/Sulfa:
(Bactrim Eusaprim).

Salmonellosen Shigellosen. Mulig utvidet indikasjon etterhvert i Sverige.

Tetracycliner:

Tetracyclin og ikke minst Oxy-tetracyclin bør utgå. Doxycyclin (Vibramycin) er

overlegen og mye bedre og har mindre bivirkninger.

Ampicilliner:
Pentrexyl - Doktacillin - Pondocillin.

Brukes ved urinveisinfeksjoner og øvre luftveisinfeksjoner med Hemofilus.

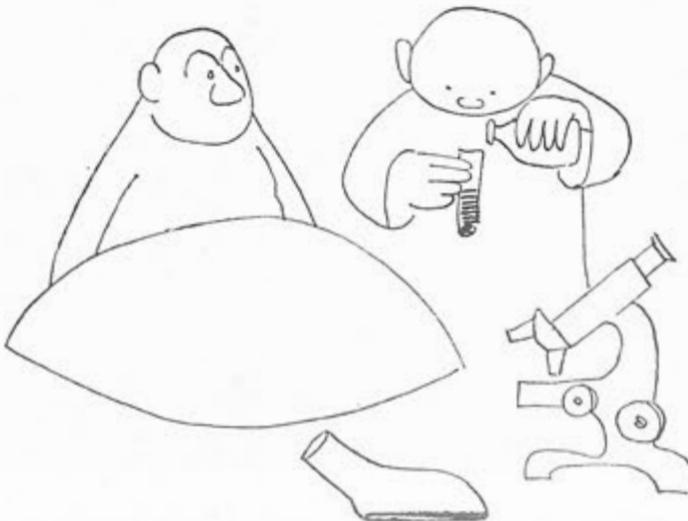
Nytt middel på trappene:
Amoxycillin (Imacillin) som er mye bedre enn de i dag tilgjengelige.

Uricult:

Eneste transportagarmetode som er brukbar.

Når man dypper, la det være igjen en sone på 1-2 cm som ikke kommer i kontakt med urin. Dette for lettere å kunne sammenligne ved avlesning.

Ikke lett etter asymptotisk bakteriuri bortsett fra hos gravide og hos diabetikere.



Forts. fra side 3.

Robberstad: Kontor....

utstyrt for å drive pasientpraksis.

Ein del distriktslegar har ikkje spesielt stort behov for å kjenne seg som 100 % sjølvstendig næringsdrivande, men kan godt tenkje seg å samarbeide med kommunen. Og ganske mange kommunar - fleire enn du trur - kan godt tenkje seg å samarbeide når dei skjønar vitsen med det. Då vil ein kontorleige-avtale etter prinsippa ovenfor kunne spare mykje arbeid og problem.



Akutt og profylaktisk behandling av migrene

Dose:

Akutt: 20 mg ved tegn til anfall, evnt. etterfulgt av 10 mg 2 timer senere.

Profylaktisk: 5 - 10 mg morgen og kveld.

Pakninger:

| Tabletter á 5 mg | Stikkpiller á 25 mg |
|------------------|---------------------|
| 25 stk. | 5 stk. |
| 100 stk. | 50 stk. |
| 250 stk. | 500 stk. |

BIVIRKNINGER: VED LAV DOSERING er bivirkningene oftest lette og forbigående. Dusphet, som regel av kort varighet, tørhet i munnen, mild odortspasjon, blodtryksfall og kramper har vært rapportert. Langvarig bruk kan føre til akutts og leukopeni sees sjeldent, men har vært rapportert.

VED BETYDELIG DOSE FØR INNØVELSE eller i løpet av de første dager av behandlingen, kan akutte dyskinesier oppføre. Disse bør senkes og eventuelt økes igjen med langsomt. **Antiparkinson-** medisiner er et godt alternativ til Stemetil i denne respektive tilfelle. **Parkinsons lignende bivirkninger** og akuttheit kan utvikles i løpet av de første måneders behandling. Symptomenne påvirkes lettret ved forsøk om å redusere dosen, og/eller gi tillegg av anti-parkinsonmedisiner, helst ikke unøye 2-3 måneder. Etter månedens eller to måneder kan tidsløse dyskinesier oppføre. De kan også dømme etter at forverrenes etter stoppningen av medisina-

menet som fremkalte dyskinesen. Ansiktstunge- og kjævemuskulaturen rammes oftest. De tidsløse dyskinesier kan være av mer eller mindre inverserbar art, og de påvirkes ikke, men om tidsløse dyskinesier oppfører, bør man over vise gradvis stoppningen av det aktuelle neuroleptikum. Bild-separering kan føre til debuterende eller forverrende av symptomen.

KONTRAINDIKASJONER:

FORSIKTIGHETSREGLER: Forsiktighet ved interaksjonsen mellom Stemetil og tolk som bittærer muskler. Kombinasjon med alkohol bør unngås. Hos eldre patienter forsiktighet ved høy dosering. Ved langvarig neurologisk behandling må ved likeholdsholdepunkt ikke være høyere enn strengt nødvendig. Man bør være observernt overfor høye symptomer på tidsløse dyskinesier, som tretthet,

tynning, smattning etc., spesielt hos kvinner over 50 år. Man bør unngå langvarig bruk av anti-parkinsonmedisiner som enkeltgjeng kan disponere for tidsløse dyskinesier, og tilsvarende behov for tidsløse dyskinesier. 2-3 måneder.

Anti-parkinsonmedisiner bør ikke brukes rutinemessig og profilaktisk, men kun når det foreligger behandlingskrevende ekstrapsamidale biverkninger. Stemetil kan fremkalte kramper, derfor bør man unngå å gi preparatet til barn. Ved behandling med festmaks-medisiner i høye doser gjennom lengre tid, kan risiko for cornes og lensfordunkning forstørre, og pasienten bør kontrolleres rutinemessig.

Interaksjoner: Som alle andre fenotiazin derivativer kan Stemetil gi interaksjoner med antidepressiva, anti-parkinson medisiner, analgetika, sedativa, beta-medin, ganglionblokkende medisiner, guanethidin og klöpiskid.

NSTL-OI-76-03

Stemetil®

proktorperazin



rhône-poulenc
pharma rhodia

MEDISINSK
INFORMASJONSKONTOR

SANDVIKSVEIEN 12, 1322 HØVIK