

Hva venter vi å finne ved vår helsekontroll?¹⁾

Av overlege *Arne Bruusgaard*, Oslo

Allerede for 20 år siden ble formålet for den norske bedriftslegeordning trukket opp: den skulle ta sikte på å verne om og fremme de ansattes helse fysisk, mentalt og sosialt, samt fremme hygienens på arbeidsplassene.

Disse formål skulle søkes oppnådd ved regelmessig legeundersøkelse og helseveiledning, og ved regelmessige inspeksjoner av de hygieniske arbeidsforhold.

Det er heller ingen tvil om at det med regelmessige undersøkelser ble tenkt på årlige undersøkelser etter et standard skjema og mange bedriftsleger, kanskje de fleste, fortsetter fremdeles med disse årlige undersøkelser.

Det er ingen tvil om at disse undersøkelser som i dag omfatter en kvart million mennesker, har vært av betydelig verdi, idet større samlestatistikker har gitt vesentlige bidrag til vårt kjennskap til viktige sider ved den arbeidende såkalte friske befolknings helseforhold, som tidligere var lite belyst. Jeg tenker på vektforhold, hemoglobinverdier i kjønns- og aldersgrupper, yrkesgrupper og etter geografiske forhold, senkningsverdiene i kjønns- og aldersgrupper, blodtrykk likeledes, videre undersøkelser over 15.000 menn og kvinner som viste at blodtrykket ikke som tidligere antatt stiger med vekten.

Disse årlige undersøkelser har således ikke på noen måte vært bortkastet, men mange har i de senere år spurt seg selv — og mange har stillet bedriftslegene følgende spørsmål: "Lønner det seg å undersøke friske mennesker én gang årlig med full undersøkelse, slik som bedriftslegeordningens opplegg tar sikte på?"

Prinsipielt kan en si at grunnlaget for det optimistiske opplegg som vi startet på for 20 år

siden var klart og riktig nok: ved regelmessige undersøkelser kan sykdommene oppspores på et tidlig stadium, ofte i sin prekliniske eller premorbide fase. For de aller fleste sykdommer spiller en slik tidlig diagnose og tidlig behandling en stor — ofte avgjørende — rolle for prognosen. Riktignok har en kjent dansk internist noe paradoksalt sagt at diagnosen cancer ventriculi ikke kan stilles sent nok, men stort sett gjelder hva jeg sa om betydningen av en tidlig diagnose.

Når jeg stillet spørsmålet om det lønner seg med årlige rutineundersøkelser av alle ansatte i en bedrift, tenker jeg ikke først og fremst på den økonomiske side, men vel så meget på den arbeidsmessige og ikke minst på den resultatmessige.

I den gamle kjente norske internist Laakes kliniske undersøkelsesmetodikk sto det at enhver klinisk undersøkelse skulle begynne med palpasjon av kraniet. Jeg tror ikke mange studenter fortsatte lenge med denne fremgangsmåte.

På Telegrafverkets bedriftslegekontor gjorde vi i de første år rutinemessige serologiske undersøkelser med Meiniches reaksjon, ca. 3000 pr. år. Ved første gangs undersøkelse av samtlige fant vi 12 positive prøver hvorav de 10 ble bekreftet som positive med WR. 6 av disse kjente til sin tidligere infeksjon, 4 fikk for første gang behandling etter vår undersøkelse. Disse undersøkelser hadde etter min mening åpenbart vært nyttige. Etter å ha utført 15.000 Meiniches prøver uten noen nye positive funn, innførte vi følgende rutine: prøver ble tatt hos alle nyansatte, hos kjente gravide, hos tidligere positive, samt i de tilfeller hvor vi fant det ønskelig av en eller annen grunn. Dette reduserte antall undersøkte prøver til ca. 200 pr. år eller 7% av det tidligere program. Det er foreløpig ikke funnet noe nytt tilfelle av positiv prøve etter flere års bruk

¹⁾ Foredrag vid nordiska industriläkarmötet i Falsterbo 23—25 maj 1963.

av dette program. 5 år etter at programmet ble innført, tok vi igjen prøver av samtlige uten å finne noen nye positive prøver. Sannsynligheten for at dette skulle skje må også sies å være liten i en by av Oslos størrelse, hvor det årlig meldes under 50 tilfeller av lues. På Telegrafverket kan en kanskje gjennomsnittlig vente én ny lues hvert tredje år. Sjansen for at den allerede er kjent for vedkommende, er antagelig mer enn fifty-fifty.

Hva gir så albuminundersøkelsen i urin? Ved 5.000 undersøkelser fantes noen få prosent med orthostatisk albuminuri i de to yngste aldersklasser. Senere foregikk en liten stigning av prosenten med albuminuri med alderen, særlig hos menn. Antall nye tilfeller med albumin i urinen er imidlertid bare tre pr. tusen undersøkelser pr. år i aldersklassen over 60 år. I de aller fleste tilfeller forekom dette hos folk med allerede kjent hypertoni og ikke i noe tilfelle ble alvorlige sykdommer avslørt ved denne prøve.

Også bruken selv av denne i og for seg meget enkle undersøkelsesmetode, må kunne rasjonaliseres og brukes mer selektivt.

Blodtrykkmålinger årlig hos 500 personer mellom 30 og 70 år ved undersøkelsens avslutning over en tiårs periode, ga ikke i noe tilfelle noen variasjon fra det ene år til det annet som førte til noe medisinsk tiltak. Over en tiårs periode fantes selvsagt endel med mer markert forandring i blodtrykket. 4% hadde over en tiårs periode en stigning i det systoliske blodtrykk på 40 mm eller mer, og 4 pro mille hadde en stigning på 70 mm. 2 pro mille hadde en stigning i det diastoliske blodtrykk på 30 mm.

Det er ikke tvil om at uventede større forandringer i blodtrykket fra det ene år til det annet, vil være meget sjeldne funn.

Nærmere undersøkelser over større materialer vil kunne gi oss enda bedre grunnlag for hos hvem og hvor ofte blodtrykket bør måles, men allerede i dag tror jeg man kan si at årlige blodtrykkmålinger hos alle betyr meget spill av tid og krefter. Slikt virker sløvende og lite stimulerende. Dynamikken i langtidsobservasjoner er derimot meget viktig og kan gi de mest verdi-

fulle opplysninger som grunnlag for eventuelle tiltak.

Undersøkelser for å avsløre diabetes viser at ca. $\frac{2}{3}$ av alle kjente tilfeller innen endel større bedrifter, er diagnostisert av bedriftslegene ved rutinekontroll. Her spiller tidligdiagnosen en betydelig prognostisk rolle, slik at et intensivt diagnostisk apparat er ønskelig, selv om sykdommen er relativt sjelden. Ved først og fremst å konsentrere kontrollen om dem med positiv familieanamnese, dem som er over 40 år og er overvektige og hvor andre kjente forhold er til stede som vites å peke ut de særlig diabetes-truede (tidlig katarakt, coronarinsuffisiens, hyp-pige hudinfeksjoner, visse obstetrisiske forhold etc.) kan sikkert meget arbeid spares mens resultatene vil bli omtrent de samme.

Ved de av det offentlige påbudte legeundersøkelser av barn og ungdom, fant vi i Norge hos de 500 første undersøkte at samtlige ble vurdert som medisinsk skikket for arbeidet, hvorav 85% for ethvert vanlig arbeid, mens 15% ble funnet skikket for det aktuelle arbeid de søkte. Disse siste var vesentlig i aldersklassene 14—16 år.

Slike undersøkelser skal også være årlige etter bestemmelsene. Hvor mange friske arbeidsdyktige barn og ungdom skal vi undersøke for å måtte fraråde én å ta et bestemt arbeid?

Flere spesialundersøkelser har vært gjort som ikke inngår i rutineundersøkelsene ved bedriftslegekontorene. Den norske oftalmolog professor Bertelsen i Bergen har ved en bedrift funnet at en kan vente ca. ett tilfelle av begynnende glaukom pr. 1000 menn over 40 år. Det er neppe uten verdi å være oppmerksom på dette forhold som dreier seg om en sykdom som er en av de hyppigste årsaker til blindhet i eldre årsklasser. Også her kan imidlertid meget spares om en f.eks. konsentrerer periodevis tonometri og andre spesialundersøkelser om folk med glaukom i familieanamnesen.

Ved bruk av rutinemessig bensidinkontroll på okkult blødning i feces hos alle over 40 år, fant vi gjennom et år på ca. 250 undersøkte personer to tilfeller av cancer, én cancer coli og én cancer

recti som ikke ga noen andre symptomer enn den positive bensidinprøve. Det ene tilfelle var inoperabelt, det annet ble operert og vedkommende lever i dag etter ca. 10 år. Senere har vi fortsatt i 10 år uten nye positive funn på i alt ca. 2500 utførte prøver. På grunn av mulighetene for tidlig-diagnose av en så viktig sykdom som cancer, fortsatte vi foreløpig med denne undersøkelse.

Kolesterolbestemmelser i serum hos alle menn over 40 år ble fulgt av visse råd om kostholdsforandringer. Disse råd ble gitt til *alle* de undersøkte den dag prøven ble tatt. Alle med over 300 mg⁰/o kolesterol ble undersøkt igjen etter et år. Den gjennomsnittlige verdi var gått ned fra 350 till 300 mg⁰/o uten at jeg har skal forsøke å gå inn på hva dette kan bety for deres fremtidige helse.

At antall infarkter er gått ned er et stimulerende moment som gjør at vi vil fortsette dette program, selv om materialet er for lite til å trekke noen vidtgående slutninger. Også her kan imidlertid sikkert mer selektive undersøkelsesmetoder tas i bruk når problemene er mer klarlagt.

En annen ting er at kolesterolundersøkelser bør gjøres også i yngre aldersklasser som en screening undersøkelse. Flere av de sykdommer som fører til invaliditet og død etter 40 års alderen, har sikkert sin begynnelse allerede i de yngre årsklasser.

Eksempler på hva som gjøres, ikke bør gjøres og bør gjøres kan forfleres. Tuberkulosen har jeg ikke nevnt, men jeg vil påpeke at vi på Telegrafverket i Oslo blant vel 3000 ansatte har bare ett behandlingstrengende tilfelle av tuberkulose, og nye tilfeller av tuberkulose dukker bare opp med flere års mellomrom. Dette må etter min mening få konsekvenser for hyppigheten av skjermbildeundersøkelser av en slik gruppe.

Tuberkuloselegene er selv i ferd med å gjennomføre en mer selektiv metode hvor det tas hensyn til bosted, alder, kjønn, tuberkulin og BCG status, opplysninger om tidligere TB og skjermbildefunn, men også sosiale forhold, andre

sykdommer og legemsbygning kan være av betydning i seleksjonen.

Sinnets sykdommer er heller ikke nevnt. Bedriftslegene har en enestående sjanse til å erkjenne nevroses og psykosers i sine tidligere manifestasjoner både hos dem som søker ansettelse og er ansatt. Både anamnese, symptomer, klager og adferd kan her gi viktige opplysninger, også fraværsmønstre. Det samme gjelder tilfeller av alkoholisme.

Jeg har med vilje heller ikke kommet inn på retningslinjene for den mer yrkesmedisinske kontroll av eksponerte grupper. Faktisk tror jeg at vi her kan lære meget av prinsippene for helsekontroll til stor nytte for vårt øvrige helseprogram. I den yrkesmedisinske kontroll kommer ofte de preventive aspekter meget klart frem i hele kontrollopplegget som har en klar målsetting — men selvsagt også noe enklere enn for det brede forebyggende kontrollarbeid.

Hva jeg villet peke på er følgende: vi må vite hva vi vil. Vi må vite hva vi må gjøre og hvor ofte for å oppnå dette. Vi må finne frem til en klarere målsetting enn vi hadde i Norge for 20 år siden.

Vi må vite hva vi ønsker å finne. Det vi må ta sikte på er først og fremst å forsøke å finne de vesentlige ting. Det testapparat vi skal bruke må være som en sil som er fin nok til å frafiltrere det som betyr noe. Å ville forsøke å holde tilbake alt ville sprengre enhver praktisk ramme. Som ofte ellers kan da det beste bli det godes fiende.

For å vurdere hva som er vesentlig tror jeg studiet av dødsårsaker, invaliditetsårsaker samt fraværårsaker i de relevante aldersgrupper kan gi oss verdifulle opplysninger.

For å komme frem til et bedre grunnlag for helsekontrollen, trenger vi fremdeles mere kunnskaper. Mange av de undersøkelser jeg har nevnt foran er nettopp lagt opp for å skaffe slik kunnskap. Dette har også vært grunnlaget for en pågående svensk undersøkelse over de ca. 500 rekrutter som hvert år kasseres etter de første måneders militærtjeneste. Problemstillingen er å undersøke hva som eventuelt har sviktet ved rekruttundersøkelsene som lot 500 mann passere

som våpenføre, mens de allikevel måtte kasseres senere. Bare på denne måten kan vi lære hvorledes vi skal gjøre det bedre i neste omgang.

Først og fremst trenger vi bedre kjennskap til de tidlige tegn og varsler om livstruende og invalidiserende sykdommer. Dette betyr ikke at mindre vesentlige ting nødvendigvis skal neglisjeres, men vi bør være klar over verdienes rangorden og innrette oss etter det. Vi må ikke skyte over målet, men finne et system som gir en helsekontroll avpasset til kjønns/aldersklasser og yrker og de forskjellige sykdommers incidence og prevalens i den aktuelle situasjon, kort sagt: vi må bruke moderne epidemiologiske metoder.

Første gangs undersøkelsene kan vanskelig være grundige nok og må innbefatte en detaljert anamnese. De senere undersøkelser og deres hyp-pighet, må være basert på en minimums standard som så eventuelt suppleres med mer selektive undersøkelsesmetoder avpasset til hvert enkelt tilfelle. I tillegg til selve undersøkelsen kommer så studiet av fraværsmønster og adferd for øvrig.

På denne måten vil også arbeidet for den enkelte lege bli mer stimulerende enn det å følge et standard skjema. Man må igjen begynne å tenke på hva som i det enkelte tilfelle er ønskelig eller nødvendig å gjøre, slik han også må gjøre ved konsultasjoner som det bør være rikelig adgang til ved bedriftslegekontorene.

Det er viktig at deltakelsen i undersøkelsen er mest mulig nær 100%. Den gruppe som ikke møter til undersøkelse, er vanligvis en helsemessig sett problemgruppe.

En større amerikansk helsekontroll-undersøkelse over 10 år ga som resultat at 40% av alle alvorlige sykdommer som ble påvist i undersøkelsesperioden, ble funnet ved førstegangs undersøkelse. 60% ble funnet ved den årlige rutinekontroll dvs. at bare $\frac{1}{7}$ så mange alvorlige tilfeller ble funnet pr. år som ved førstegangs undersøkelse. Dette bør bringe oss til ettertanke.

Studiet av fraværsmønster forteller meget om hva en kan vente av fravær i årene fremover, særlig når det gjelder de korte fravær. På den annen side: mange av de alvorlige, livstruende og invalidiserende sykdommer avsløres best,

også i sine prekliniske stadier, ved den fysiske undersøkelse og de diagnostiske prøver.

Jeg skal ikke forsøke å trekke opp noen detaljplaner for fremtiden. Den norske bedriftslegeforenings styre har nedsatt et utvalg som skal forsøke å gjøre dette. Enkelte bedriftsleger har allerede forsøkt en rasjonalisering av sin helsekontroll.

Er vi fortsatt våkne og villige til å endre vårt opplegg etter som erfaringer og ny viten skulle gjøre dette ønskelig, tror jeg vi også i fremtiden gjennom bedriftslegeordningen vil ha et apparat som vil vise seg å være av stor betydning i det forebyggende helsearbeid blant den voksne arbeidende befolkning, et forebyggende helsearbeid som sikkert mer og mer vil prege fremtidens medisinske tenkning og handlemåte.

I dette arbeid må vi hele tiden være klar over at det er levende mennesker vi har med å gjøre. Vi må unngå å komme i den situasjon som en god norsk bedriftslegekollega kom i da han etter noen års bedriftslegearbeid igjen tok tjeneste på et sykehus. Han skrev til meg følgende: "Men jeg blir også sjokkert over hvor lite moderne medisinerer vet om mennesker. Det blir tatt et utall av prøver som resulterer i en masse tall som til slutt utgjør pasienten som behandlings-gjenstand. En kvier seg simpelthen for å legge inn pasienter på sykehus når en vet hva de må gjennomgå for å få alle disse data for å utelukke alle de mest fjerntliggende differensialdiagnoser." Måtte vi unngå at noen sier noe liknende om bedriftslegene, både for de menneskers skyld hvis helse vi skal forsøke å fremme og bevare, men også for vår egen skyld.

Vi står overfor store oppgaver som burde være en kraftig utfordring til oss alle.

Hvis vi skal møte alle de behov som foreligger, må vi forsøke å se fremover og søke etter og forsøke nye metoder. Men allerede i dag bør vi kjenne våre ressurser og vite hvorledes de best kan brukes.

I dette arbeidet burde det allerede i dag være store muligheter for på nordisk grunnlag å samle og bearbeide den viten som kan hjelpe oss fremover.