

# TEMA - ETTERUTDANNELSEN

UTPOSTEN,  
v/ H.Siem,  
6420 Aukra

## UTPOSTEN

POSTGIRO  
nummer  
34.78.23

### KONTAKTBEHOVET ER STIKKORD

Kontaktbehovet med kolleger er nøkkelordet bak initiativet med "UTPOSTEN". Mange leger i primærtjenesten er avskåret fra eller har begrensede muligheter for kontakt med kolleger om faglige eller andre spørsmål av fellesinteresse. Selv hører vi til i et stykke utkants-Norge idet vår legepraksis er lagt til tre sykommuner i ytre Romsdal. Riktignok har vi delvis kompensert dette ved å opprette et faglig samarbeide med faste kontaktmøter, men likevel er det mange verdifulle erfaringer og meningsbrytninger som berører vår faglige situasjon vi ikke får ta del i. Vi vet også at andre leger i primærtjenesten sitter med den samme erfaring, sier de tre legene bak "UTPOSTEN", Harald Siem på Aukra, Per Wium i Midsund og Tor Rud i Sandøy.

-Vårt håp er at "UTPOSTEN" skal kunne dekke noe av dette behovet. Målsetningen for avisen er at den skal bli et intimt husorgan for de i den primære legetjenesten. Vi ønsker å fremme debatt om primærlegenes situasjon, å spre informasjon og erfaringer kolleger imellom. Mottoet for avisen er at ingen sak skal være for liten til å ta opp i dette organet. Dette gjelder både arbeide og fritid. Opplysninger om et lite og hendig instrument eller spørsmål om hjelp til å skaffe ferieytte har samme aktualitet for "UTPOSTEN" som en bredt anlagt faglig utredning eller debatt. Intimitet er nemlig av avgjørende betydning, idet "UTPOSTEN"s oppgave er å være et supplement til eksisterende tidsskrifter. Vi ønsker å dekke et nytt felt.

Skal initiativet lykkes krever dette imidlertid at primærlegene selv er med å prege avisen. Den leserrespons vi får i form av innlegg vil avgjøre avisens indre liv og dens berettigelse. Vi tror det skal lykkes. Derfor har vi for egne midler satset på å gi ut seks prøvenummer. Målsetningen er å gjøre den økonomisk uavhengig, kosmopolitisk og med hele landet som dekningsfelt. Politisk er utgangspunktet tre ikke-aktive med stemmer i Arbeiderpartiet, Venstre og Høyre. Geografisk har vi allerede skaffet kontakter en rekke steder i landet og vil bruke den lokale presse på de angjeldende steder til hjelp vedrørende reportasjer og aktuelle bilder.

Det eneste vi kan beklage er at dette første numret kommer i seneste laget. Omstendigheter vi ikke har vært herrer over har forsinket dette numret i over to måneder, idet det kom på avveie mellom redaksjonen og trykkeriet. De to påfølgende utgaver er derfor allerede klar og vil komme ut i løpet av kort tid. Vi håper på leserne.

Mange distriktsleger rundt i landet sliter mørke vinternetter med å finne ut hvor de skal bestille Offentlig sak-frimerker, hvordan de skal disponere medisinalbeholdningen, hvor og når de skal sende diverse meldinger osv. Før lyset slukkes i mørke natten høres det mangt et sukk: Enn om vi hadde en praktisk veileder eller håndbok når det gjelder alle

## VI VENTER

disse rutinesakene.

Til alle disse kan vi bringe det gledelige budskap at en slik veileder er underveis. Kurset i offentlig

helsearbeid 1969 utarbeidet et manuskript som venter på sin siste håndspåleggelse fra Helsedirektoratet før den kan trykkes og distribueres. For mange kan kanskje 2 års ventetid synes lang men de fleste er i stand til å vente. Noen har imidlertid begynt å bekymre seg for at veilederen ikke lenger skal være aktuell når den endelig blir trykt. Vi venter.

# «ALMENPRAKTIKER DNLF»

//// Prof. dr. med. Chr. F. Borchgrevinck ////

TITTELEN "ALMENPRAKTIKER DNLF" BLE MARKEDSFØRT AV LANDSMØTET PÅ VOSS I 1969. HITTIL HAR DET IKKE VÆRT DEN HELT STORE SUKSESS. CHRISTIAN F. BORCHGREVINK, PROFESSOR I ALMENMEDISIN I OSLO, HAR SKREVET EN STATUS PRÆSENS:

Legeforeningens landsstyre vedtok i 1969 enstemmig å foreslå en videre- og etterutdannelse av den almenpraktiserende lege. En slik enstemmighet på et område hvor det neppe foreligger generell enighet, er i grunnen ikke et godt tegn, snarere tvert imot.

Videreutdannelsen som består av 2 år i almenpraksis, 1 år på sykehus, og et grunnkurs på 5 måneder, skulle føre frem til tittelen Almenpraktiker Dnlf. Denne blir gitt for 5 år ad gangen, og retten til å benytte tittelen kan fornyes hvis almenpraktikeren har gjennomgått en etterutdannelse som består av 2 ukers kurs pr. år og sykehustjeneste, enten som 6 måneder i vanlig stilling eller som 3 måneder i spesielt opprettede stillinger, hvert 5. år.

På papiret virker alt greit. Virkeligheten er dessverre ikke så enkel. Grunnkurset har ikke blitt den suksess vi hadde håpet, med henholdsvis 9 deltakere i 1970 og 5 i 1971. Dette skyldes neppe bare det faglige innhold som iallfall siste høst må betegnes som meget tilfredsstillende. Sannsynligvis er kurset for langt, legene blir kurstrette, vikarproblemet har vi ikke løst, og det er ikke lett å være borte fra praksis i 3 1/2 måneder. Stipendiet på kr. 3.000,- pr. måned som hver deltaker fikk, er ganske sikkert for lite, fordi mange



vil ha løpende utgifter i sin praksis som kan være betydelig større enn selve stipendiet.

Hvis utdannelsen til Almenpraktiker Dnlf førte til høyere takster og høyere refusjon fra trygdekontorene eller en annen form for økonomisk fordel, ville det sikkert være lettere å trekke almenpraktikere til et slikt kurs. Vi arbeider for tiden med dette, men vet lite om hva vi kan oppnå. Jeg tror vi alvorlig bør overveie om ikke kurset radikalt bør omlegges til å omfatte f.eks. 7-8 kurs å 2 uker i løpet av

videreutdannelsen på 3-4 år. Man måtte kunne velge slike kurs fra et betydelig større tilbud i alle deler av landet. En slik desentralisering av det opprinnelige grunnkurs vil skape flere problemer, ikke minst av administrativ art. Kanskje bør man opprette betalte kurslederstillinger i hvert fylke eller i større områder? Om deltagerne i slike korte kurs bør få stipendier, har man heller ikke tatt standpunkt til.

Problemene med de spesielt opprettede sykehusstillinger blir neppe lettere å løse. I 1972 foregår en forsøksordning ved Sentralsykehuset i Trondheim. Men vi kan vel ikke se bort fra at reglene også på dette punkt kanskje må forandres. I så fall blir det ikke mye igjen av Vosse-vedtaket, men kanskje kan man komme frem til mer realistiske løsninger på landsmøtet i Kristiansand i 1973.

Noen spesialitet i almenpraksis i tradisjonell forstand er det foreløpig ingen planer om. Dette i motsetning til forholdene i Sverige og Finland som helt går inn for denne tanken. Danskene er mer skeptiske enn vi er. Men det ender nok med, hvis spesialitetsbegrepet i det hele tatt skal opprettholdes, at vi får felles regler i Norden. Og jeg skulle ta meget feil om ikke det ville bety en spesialitet i almenmedisin i ikke altfor fjern fremtid.

# ERFARINGER VED FAGLIG SAMARBEIDE I ROMSDAL

Av distriktslege Per Wium

Først litt geografi.

Kommunene Aukra, Midsund og Sandøy ligger ytterst i Romsdalsfjorden, og rekker fra øya Ona som det nordvestligste punkt og inn til Molde bys grense. Det ligger mye vann mellom øyene, men dette forseres med hurtiggående båter med tidsintervaller på fra ca. 1 time og ned til 15 minutter.

I tidsrommet 1969-1970 ble det plassert 3 relativt unge leger i de respektive kommuner. Jeg hadde tidligere hatt kontakt med distriktslege Siem og vi ble relativt tidlig enig om at her måtte noe gjøres for at vi ikke skulle ende opp som faglig innnevrede distriktsleger med kulpen og reseptblokk som de viktigste diagnostiske og terapeutiske hjelpemidler. Distriktslege Rud ble i fyr og flamme da han hørte om våre bestrebelsler på samarbeidsopplegg og kom med relativt tidlig.

Som det vil fremgå av de geografiske betraktelser i begynnelsen, byr det på visse vanskeligheter å komme sammen her ute, men med velvilje fra kommunens side og med velvilje fra skipperene på legeskyssebåtene, har det latt seg gjennomføre med relativt regelmessige møter en gang i uken siden vi kom igang.

På møtene som varer fra 1-2 timer har vi et relativt fast opplegg for hver gang, idet vi kommer frem til opplegget ved neste møte hver gang vi har sluttet en ukentlig sammenkomst.

For det meste har vi tatt opp tidsskriftartikler som vi har lest siden foregående uke. Det har vesentlig dreiet seg om emner av praktisk betydning for distriktslegetjenesten her ute, men vi har også av og til bevilget oss litt "fremtidsmusikk" i form av de siste landevinninger på medisinske område.

Når det gjelder praktisk diagnostikk og terapi, har vi



mye støttet oss til lydbånd og lysbilder i spesielle kurs som vi får tilsendt fra England, nærmere bestemt Medical Recording Service Foundation. Kursene har vist seg å være av litt varierende kvalitet og aktualitet, men stort sett har de vært nyttige og praktisk lett gjennomførbare som gjennomfrisking av "tapte skanser" i tillegg til det nye stoff som vi har kunnet tilegne oss. I dette tilbudet får vi tilsendt en lydbåndkassett av Philips system som vi avspiller på en meget rimelig kassettspiller, og sammen med pakken kommer de tilhørende lysbilder som går inn i et hvert vanlig lysbildeapparat.

Listen over temaer som kan bestilles gjennom dette firma er meget lang og variasjon skulle derfor ikke være noe vanskelig. På enkelte av båndene får man også sett sin diagnostikk på prøve i og med at det først på slutten av båndet blir gitt diagnosen til de aktuelle tilfeller som har blitt presentert. Opplegget har egnet seg ypperlig for oss tre som har sittet sammen i en gruppe, men det kan jo også med fordel brukes av enkeltleger hvis de skulle ha en ledig stund og lyst til etterutdannelse på kontoret eller i sin egen stue.

Etter konferanse med røntgenavd. på det lokale sykehus her, som vil si Molde, har vi fått anledning til å se

på de røntgenbildene som vi har rekvirert den siste uken. Dette har vært gjennomført ved at sykebilsjåføren får med en koffert med de aktuelle røntgenbilder fra røntgenavd. samtidig som han leverer inn en koffert med de røntgenbilder som vi har sett på på det siste møtet. Dette opplegget er anerkjent av distriktslege Tjøland i Frens, som så vidt vi vet har benyttet seg av det i lengre tid.

Vi har så langt det har latt seg gjøre prøvet å være med på kurs, og har hjulpet hverandre med vikariater slik at dette kunne la seg gjennomføre. Etter et kurs har det vært tatt opp erfaringer på våre ukentlige sammenkomster, og dette er vel kanskje noe av det som har gitt og kan gi mest når det gjelder den rent medisinske faglige etterutdanning.

I tillegg til det ovenfornevnte, diskuterer vi også spesielle problemkasus som oppstår i løpet av uken. Vi har dessuten legevaktsamarbeid i de tre kommunene, slik at vi på møtene har kunnet snakke om de pasienter som har vært behandlet i løpet av helgevaktene.

Bortsett fra de i strengeste forstand faglige diskusjonen, har vi også tatt opp praktiske spørsmål på legekontoret, behandlingsrutiner og rasjonalisering. I denne forbindelse har vi av og til tatt med kontorsøster og lab.søster på møtene noe jeg har hatt inntrykk av at de har sett meget stor pris på.

En gang hadde vi besøk av de interesserte leger ved Fylkessykehuset i Molde, og de som det viste seg var interessert, var turnuskandidater og de yngre leger.

Møtet viste seg å være meget nyttig både for sykehuslegene og for oss, men til tross for flere innbydelser har det ikke latt seg gjøre å få de over fjorden til øyene våre flere ganger.

# HELSEDIREKTORATETS KURS ER MEGET VERDIFULLT

Helsedirektoratet arrangerer årlig kurs for offentlige leger. Kurset er variert og vel 3 måneder langt. Anbefales for alle kolleger innen offentlig helsearbeid.

I over 20 år har Helsedirektoratet arrangert et 3 måneders kurs for leger i offentlig helsearbeid. Kurset er ment for leger som oppbærer lønn i kurstiden, og for kommende distriktsleger som kan søke stipend under kurset. Hovedvekten er lagt på helserådsarbeid og forebyggende helsearbeid, men krydret med kliniske fag.

I det følgende vil jeg omtale dette kurset ut fra mitt kjennskap fra 1971. Kurset begynte ultimo august og varte til ca. 10. desember. Det var 14 deltagere, distriktsleger fra hele landet, kanskje særlig utkantstrøk. Kurset har en kapasitet på 20, men denne ble altså ikke utnyttet. Enkelte leger som hadde ønsket å ta kurset, klarte ikke å skaffe vikar. Den midtre del av kurset var samordnet med grunnkurs for almenpraktiserende leger, hvilket ikke skapte noen vesentlige problemer.

På timeplanen stod diverse lover, forvaltningslov, sunnhetslov osv., og hygienisk arbeid. Man ble gjort kjent med Helsedirektoratet, det ble undervist i statistikk og epidemiologi, epidemiske sykdommer, skolelegevirksomhet, bedriftslegearbeid, næringsmiddelhygiene osv. Stort sett syntes timeplanen vel sammensatt, kvaliteten av fo-

relesningene varierte noe, alt etter foreleserens interesse for kurset og hans kunnskaper.

Inntil de senere år har man hatt en avsluttende eksamen etter slike grunnkurs. Dette er nå blitt erstattet med en hovedoppgave som kursdeltagerne sammen arbeider med. Oppgaven i 1971 var å forsøke mer detaljert å planlegge et perifert helse-senter, og arbeidet med denne oppgaven var ikke det minst lærerike under kurset.

Selve kurset ble holdt på Villa Grande på Bygdø, i nærmest ideelle forhold. Ved siden av det idylliske parkanlegget, gode parkeringsmuligheter og kafeteria, var vi omgitt av både jordmor-skole, helsesøsterskole og grunnskole i psykiatrisk sykepleie.

Ved siden av den ordinære undervisning fra kl. 9 til kl. 15, var det kveldsundervisning i psykiatri, og da sett ut i fra aktuelle kaser i almenmedisin, var det spørretime i øye-, øre-, nese-, halssykdommer, ortopediske lidelser og lignende fag.

Kurset gav deltagerne rikelig anledning til å utveksle erfaringer, verdsettes den kontakt som oppstår med de mer sentrale organer og serviceorganisasjoner innenfor kurativ og offentlig medisin, samt legeföreningen og offentlige legers landsforening.

Noen av deltagerne syntes å komme i økonomisk knapphet mot slutten av kurset, distriktslegelønnen

syntes ikke å kunne dekke alle utgifter. Dette skyldes vel både at man ikke fikk dekning til drift av sin praksis hjemme, og det store forbruket i hovedstaden.

Kurset gav deltagerne rikelig anledning til å utveksle erfaringer. Dessuten verdsettes den kontakt som oppstår med de mere sentrale organer og serviceorganisasjoner innenfor kurativ og offentlig medisin, samt legeföreningen og offentlige legers landsforening.

PRISOPPGAVE KR. 50,-.  
"VIDERE -OG ETTERUTDANNELSE"

På engelsk brukes uttrykket Post graduate training om all utdanning til leger etter avsluttet embedseksamen. På norsk har vi delt opp denne undervisningen i videre- og etterutdanning, formodentlig er videreutdanning det som bringer en lengre her i verden, og etterutdanning repetisjon av det man allerede vet? Det er imidlertid svært mange oppfatninger om hva som er videre- og etterutdanning, og vi har derfor utlyst en prisoppgave på kr. 50,- til den som kortfattet og logisk kan underbygge disse begrepene, eller eventuelt like kortfattet og logisk kan felle dem helt og erstatte dem med et bedre (kortere) uttrykk.

Red.

## ERFARINGER...

Det er ikke til å komme fra at distriktslegens kone er den som mange ganger føler seg mest isolert ute i utkantsstrøkene, men også her har våre ukentlige sammenkomster virket tildels positivt i og med at våre koner og tildels barna har kunnet være med, slik at også de har kommet i nærmere kontakt med hverandre. Når det gjelder våre koner har vel ordtaket om felles skjebne felles trøst gy-

ldighet i denne forbindelse, og jeg har hatt inntrykk av at ikke minst de har satt pris på å komme sammen av og til.

Da jeg nu skal avslutte det hele må jeg si at våre intensjoner var å komme frem til en løpende etterutdanning, orientering og kollegial kontakt uten at dette skulle ta altfor mye tid. Personlig mener jeg at vårt opplegg her ute har virket meget bra i så måte, ja så bra at jeg gjerne vil befordre ideen videre til andre kolleger

som kanskje føler de samme problemer som vi følte, men som ikke har fått igang noe konkret opplegg enda. Når det gjelder de økonomiske utlegg til reiser i forbindelse med disse ukentlige møter, er dette kanskje ikke noe stort problem for de fleste, men så vidt jeg har brakt i erfaring er det her også anledning til å søke den norske legeföreningens fond for videre- og etterutdanning om økonomisk støtte.

Per Wium

# KURS OM TEKNISKE HJELPEMIDLER I ALMENMEDISIN

I dagene 11.-13. november 70 innbød Norsk Ingeniørforening samt Almenpraktiserende legers Forening og Norsk Forening for Biomedisinsk Teknisk til kurs på Skeikampen Høyfjellshotell under ovenstående overskrift. Jeg skal her ikke gi noe fyldig referat av hva som foregikk på kurset, men konsentrere meg om enkelte ting som for meg synes å være mest interessant.

En av de første ut var legekonsulent Larsen fra Helsedirektoratet, og det var jo ikke til å unngå at han måtte utdype Stortingsmelding nr. 85 noe nærmere. Han mente at den noe skjeve geografiske personellfordelingen innen helsevesenet måtte forandres på, likeledes den ulike fordelingen av de økonomiske resurser mellom "institusjonsmedisin" og "primærmedisin". Han mente at utviklingen på dette området har for mye vært underlagt de frie krefters spill, og dette har ført til skjevhet som vi nu må prøve å rette på. I denne forbindelse mente han at Finnmark hadde 1 primærlege pr. 2465 innb., mens det tilsvarende tall i Oslo var 861. I tillegg kommer så at Kautokeino legedistrikt f.eks. er like stort som Østfold, Vestfold og Akershus fylke tilsammen. Når problemet er definert, er Stortingsmeldingen et forsøk på å rette på skjevhetene, men han advarte mot å tro at Stortingsmeldingen var noe lovutkast. Avgjørelsen tas ikke bare på grunnlag av denne Stortingsmeldingen. Samtidig kunne han heldigvis berolige tilhørerne med at det er ingen som innbiller seg at vi har leger nok til å gjennomføre en fast arbeidstid for leger med derav fast lønnsordning, heller ikke Helsedirektoratet innbiller seg dette. Når det gjelder gruppepraksis kontra legesenter, mente han at vi trengte begge deler, men at det ikke ville være attraktivt nok i de perifere strøk

til opprettelse av gruppepraksis, og at man der heller måtte ta sikte på helsesentra. Han mente videre at gruppepraksis for ensidig befatning seg kurativ medisin og ikke i ønsket utstrekning preventivmedisin og sosialmedisin. Tilslutt advarte han mot at reaksjonen på Stortingsmeldingen bare skulle bli et spørsmål om lønn uten at man forsøkte å avhjelpe den vanskelige situasjonen som helsevesenet i Norge befinner seg i.

Etter dette, etter min mening fornuftige ord fra Helsedirektoratet, satte vi oss godt til rette i stolene igjen for å høre på dr. Lars Waage fra Stavanger. Han fortalte om store planer med helsesenter i Stavanger by. Han brølte dernest av en sarge mot Stortingsmelding nr. 85 som han mente tok sikte på å få legene på fast lønn, og han mente at helsedirektøren hadde et ris bak speilet i form av beordringslov og etableringsrestriksjoner, men både brølet mot fast lønn og riset bak speilet ble noe svekket i og med Larsens forsikringer at dette ikke var tilfelle.

Arkitekt Arne Bang Larsen har vært med på planleggingen av noen gruppepraksiser, og kunne fortelle oss at de store legekontorers tid er forbi, arealet var før opptil 30 m<sup>2</sup> hvor alt som legen utførte foregikk. Det går nu mere i retning av oppdeling av gjøremålene slik at konsultasjonsrommene blir anslagsvis på 16 m<sup>2</sup>, og at man i tillegg har et undersøkelsesrom på 12 m<sup>2</sup>. Han nevnte at når det gjelder ventemer er arbeidsformen med timeavtale eller åpen praksis avgjørende. Hvis man hadde åpen praksis måtte man regne med en kapasitet på venterommet med ca. 40% av dagens pasientantall.

Fra Sverige hadde man hentet Olof Olsson som fortalte oss om engangsutstyr. Han trakk tankevekkende sammenligning-

er mellom hva det kostet å ha en sykesøster eller hjelpepleier i arbeidet med å vaske og sterilisere utstyret fremfor å bruke engangsutstyr. Han mente at en sykepleierske kostet legen ca. 30 øre pr. min. i lønn, og innkjøp av en steril engangssprøyte med kanyle utgjør da ca. 1 min. av lønnen til en sykesøster. Eksempelet virket overbevisende når det gjelder lønnsomheten av å bruke engangsutstyr på legekontor.

Noe av det mest tankevekkende ved kurset var kanskje overlege Marstrandens redegjørelse for journaler i legepraksis. Han hadde fått i oppdrag fra Den Norske Legeforening å komme med forslag til standardjournal for bruk i almenpraksis, og vi fikk på forhånd tilsendt et eksemplar om hvordan denne standardjournalen skulle se ut sammen med et manuskript. De fleste kjenner vel kanskje overlege Marstrandens system for røntgenarkiv, hvor bildene blir katalogisert etter pasientens fødselsår og dato, og dette har han nu applisert på den nye standard for journal til bruk i almenpraksis. Journalens format er A5 og dette møtte endel innvendinger blandt tilhørerne. Personlig har jeg nu i halvtannet år brukt A4 format, og journalene ordnet etter pas. navn, og jeg mener at dette er det beste alternativ i min situasjon i et lite distrikt på 2500 innbyggere. Tiltross for at overlege Marstrander innledningsvis nevner at forslaget er et resultat av en inngående analyse av de vekslende behov og forhold i de forskjellige former for almenpraksis, er jeg ikke helt overbevist om at han har beveget seg langt nok ut i periferien og kommet til distrikter med relativt få innbyggere. Det er klart at i de større praksisenheter med 10 kanskje 20 000 pasientkort vil A4

# HVORFOR JEG IKKE HAR TIMEBESTILLING?

Av distriktslege Tor Mørk

De positive sidene ved timebestilling blir fremholdt om igjen og om igjen. En lege som ikke innfører timebestilling, blir betraktet som sosial fordi man mener han verdsetter sin egen tid så mye mer enn pasientens tid. Distriktslege Tor Mørk fra Fron har ikke innført timebestilling.

Fordi jeg tror at det i mitt tilfelle ikke er noe å vinne på det, verken for pasientene eller meg.

Begrunne det, sier du. Vel, folk her i distriktet er vant til å gå til "doktera" den dagen og den timen de føler trang til det, de er litt bortskjemte, forstår du, da det her alltid har vært god legedekning og kort avstand til legen.

Det å kanskje måtte vente 1-2 dager eller mere, (har hørt enkelte operere med

venteliste på opptil en uke) ville bli møtt av en massiv motstand og mye ubehageligheter, er jeg redd for. Dessuten er det sjelden at ventetiden blir noe over en time, folk er flinke til å "spre seg over kontortiden", og ingen er avhengige av rutegående transport, da sådanne ikke finnes. Mange synes også å like et pusterom på venteværelset hvor de treffer kjente og får prate om vær, vind og avlinger og om sykdom. Kanskje en god form for psykoterapi for mange??

Og hva med all timebestillingen over telefonen da når kontor og privatnummer er det samme? Det ville bli telefoner fra 6 morgen til 12 midnatt. Jeg synes det er nok telefoner (les avbrytelser) i kontortiden likevel. 20-30 ekstra telefoner betyr ytterligere avbrytelser og bortkastet tid, da jeg ik-

ke regner med at kontorsøsters blide og hyggelige informasjon om 1-3 dagers ventetid ville føre til annet enn krav om å få snakke med meg personlig for å få klarlagt alvoret i den kroniske eksem eller den akutte lumbago.

For meg står det også som umulig (når en er alene som jeg er) å holde en timeplan når det innimellom kommer øye blikkelig hjelp og sykebesøk i kontortiden, og det ville føles mye mere stressende å skulle holde en timeplan som stadig sprekker, og det tror jeg gjelder både pasienten og legen. Jeg ergrer meg mere over en 10 minutter forsinket buss på en holdeplass enn om det tar 20 minutter før det tilfeldigvis skulle dukke opp en drosje når jeg skulle ha bruk for den!

Forstår du hvorfor jeg er noe betenkt ???-----

## KURS OM...

format bli for stort, men det er tross alt ganske mange distriktsleger og almenpraktiserende leger som ikke har behov for at så stort antall journaler, og jeg mener da at et system med A4 med letthet kunne innordnes til 5000 pasientjournaler. Hans system som skissert har vært prøvet for det meste på legehuset i Hokksund, og jeg betviler ikke at det der vil være det beste alternativ. Jeg synes i det hele tatt at overlege Marstrand's innlegg hadde et visst preg av "jeg alene vite". Han sier blandt annet at "erfaringen viser at lysten til å forandre på systemene er betydelig sterkere enn innsikten, og at dette fører til irrasjonelle løsninger", og han mener at "det er grunn til å advare mot at forandringer fo-

retas uten spesiell innsikt!" Jeg mener at overlege Marstrand's system fyller sin hensikt best i større arkiv, men at man, hvor det kreves færre journaler, f.eks. opp til 5000, med stor fordel kan benytte A4 format og at inndelingen kan være alfabetisk.

Det mest positive ved kurset var vel kanskje at man innen legekreterser endelig hadde funnet ut at andre yrkesgrupper kunne være interessert i samme problemer, og at man derfor hadde samarbeidet med Den norske Ingeniørforening og Norsk Forening for Biomedisinsk Teknikk.

Dette førte til at vi hadde flere legesekretærer, ingeniører og representanter for firmaer innen medisinsk utstyr.

Et annet positivt innslag var gruppediskusjonene som avstedkom flere friske innlegg. I det hele tatt kom det her frem endel ting som man kanskje kunne ha diskutert under de enkelte foredragene

Det hadde som vanlig under slike kurs på grunn av tidsnød blitt svært liten tid til diskusjoner etter de enkelte innlegg. Det hele virket som vanlig som et maraton løp, hvor det faglige utbyttet med alle sanser skjerpert ville vært ganske bra, men at man på grunn av tempoet av og til ikke klarte å holde konsentrasjonen skjerpet. En annen ting som også overrasket meg endel var at kurskomiteen var sammensatt av 2 toppspesialister fra Rikshospitalet, 1 siv.ing. og 1 fra Institutt for Almenmedisin, alle altså fra Oslo.

Jeg vil imidlertid takke disse for et vel opplagt og bra gjennomført kurs, men jeg synes at primerlegene nu etter hvert må begynne å bli selvhjulpne når det gjelder kurs om problemer som først og fremst angår de selv, uten at man, slik som det ofte er i dag, blir nødt til å ta i mot det som sykehusene kan gi dem av kursopplegg.

# NITTERKUREN: Hvorfor slik taushet?

NITTERKUREN HAR SÅ LANGT I FRA FÅTT SIN OFFISIELLE VELSIGNALSE INNEN NORSK MEDISIN. DISTRIKTSLEGE LEIF TORMOD HANSEN FRA MEHAMN MENER AT KUREN ER TIL STOR HJELP I TERMINALBEHANDLINGEN AV KREFTPASIENTER.

Hvem av de almenpraktiserende leger kjenner til "Nitter-kuren" ?? Det er vel ikke mange, skulle jeg tro, ettersom det er så stille i fagpressen om dette. Nitterkuren består av Fluorouracil, Primobolan Depot og store mengder vitaminer parenteralt. Så vidt jeg har forstått, får man regresjon eller forsinkelse av kreften p.gr.a. Fluorouracil, og man provoserer en anabol fase v. hj.a. Primobolan.

Uansett hva teorien er: Denne behandling hjelper i alle fall den håpløst syke kreftpasient, - og - for å tenke på seg selv: Den hjelper legen til å yte noe til denne stakkars gruppe av pasienter.

Jeg har i dag 3 slike pa-

sienter under behandling. Det har ennå ikke vært nødvendig å sette en eneste sprøyte sterke smertestillende! Den ene er et malignt melanom m/ryggmetastaser, behandlet fra juni f.å. Den andre er en ca. mamma c/metastas. til lever og columna m.m., behandlet fra september f.å. Den tredje er en ca. caput pancreatis, behandlet fra november f.å.

Subjektivt har alle pasienter angitt bedring. Til tider betydelig velvære. Vekten har gått opp eller vært konstant.

Objektivt: Pasienten "ser ikke ut som" en kreftpasient. Leveren er minket. Leverfunksjon normal. Pancreastumoren som før var tydelig palpabel og øm, kan nå ikke lenger lokaliseres. Pasienten med malignt melanom har en tid i høst vært i arbeid.

Iflg. overlege Nitter, Radiumhospitalet, skal behandlingen gi best resultat ved ventrikkeltumor.

En stor fordel: Pasienten kan bo hjemme, forutsatt at

han bor i nærheten av lege og man har en hjemmesykepleier til å sette de vanlige i.m.-sprøyter.

Enkel kontroll: Undersøkelse av røde, hvite og trombo med jevne mellomrom.

Ingen som har med denne behandling å gjøre, nærer vel illusjonen om å kunne nelørede kreften. Men det er et behandlingstilbud som i allfall ikke jeg har sett maken til før. Man er ikke lenger bare henvist til å komme med "giftsprøyten" som bare har en kortvarig smertestillende effekt, og som man vet før eller senere vil bidra til å sløve pasienten.

Overlege Nitter ved Radiumhospitalet har drevet med denne behandling i mange år. Det var via leserbrev i Arbeiderbladet at den ene av mine pasienter - og dermed også jeg - fikk vite om denne behandlingen. Det er underlige måter å få medisinsk informasjon på i dagens Norge!



Distriktslege T. Mørk har og sendt oss følgende notis: Herr redaktør! Sitter her med ditt brev foran meg og slås umiddelbart over hvor stor kommunikasjonssvikten mellom oss primærleger egentlig er. Det har avkrevet meg stor fan tasi og meget tålmodighet å tyde din håndskrift !! ....

Vi tar oss det ad notam. Udisiplinert og uleselig håndskrift er ikke bare en uforkammethet, men for leger et usikkerhetsmoment i utøvelsen av arbeidet. Det er ingen gyldig unnskyldning at så mange kolleger også skriver uleselig.

Red.



— Her, De må holde opp med å rope. Et eple hver dag holder kroppen i slag. Det går ut over min praksis!

— Det er et brev fra min forlovede som studerer medisin. Kan De lyde det?

# KURSKATALOGEN FOR 1972

De medisinske fakultet ved universitetene i Bergen og Oslo har også i år satt opp et program med oversikt over de kurs som tilbys leger i året 1972. Kurskatalogene gir relativt god informasjon om de enkelte kurs med et innledende avsnitt, med deretter påfølgende spesifikasjoner over temaer de enkelte kursdager. Kun et par kurs er ennå under utarbeidelse uten nærmere spesifikasjoner.

Det umiddelbare inntrykk ved en overfladisk gjennomgåelse av katalogene, gir inntrykk av et meget variert kurstilbud fra elektronmikroskopi til sosiallovgivning. Skal man forsøke å gruppere de enkelte kurs, og derved vurdere deres betydning for de forskjellige kategorier leger, finner man straks at dette ikke er så lett. En gruppe skiller seg imidlertid straks ut, og disse er også merket ved et eget tegn. Det gjelder de såkalte "forskerkurs". Disse har kun på få punkter direkte kontakt med den kliniske medisin, og er således heller ikke beregnet for leger som har sin arbeidsoppgave direkte ovenfor den enkelte

pasient. Når man ser bort fra disse, har jeg forsøkt å finne ut hva som kan ha interesse for en primærlege. Ved et forsøk på å dele inn i 3 kategorier, finner man nemlig:

1. Kurs i første omgang beregnet på primærleger eller til meget stor nytte for primærleger, uten at dette direkte er tilsiktet.

2. Kurs for leger under spesialistutdannelse, eller videreutdannelse for spesi-

alister, der innholdet i kurset og det øvrige opplegg kunne ha stor interesse for en primærlege.

3. Lukkede kurser med såpass spesielt innhold at kun primærleger med helt spesielle interesser kunne ha noe særlig utbytte av kurset, dersom de i det hele tatt fikk være med.

Av de kurs som blir arrangert av Universitetet i Bergen, gjør det seg gjeldende følgende forhold, vurdert ut fra det ovenfor nevnte skjema 4 kurs av gruppe 1, 3 kurs av gruppe 2, 5 kurs av gruppe 3, samt 5 kurs som må betegnes som "forskerkurs". Den prosentvise fordeling blir her ikke særlig gunstig, sett ut

fra en almenpraktikers synsvinkel.

Noe annerledes fortøner billedet seg når man går over til kurskatalogen fra Det Medisinske Fakultet i Oslo. Av 70 kurs, heriblandt et i reprise, finner jeg følgende fordeling: 18 i gruppe 1, 12 i gruppe 2 og 22 i den helt spesielle kategori. Av de to første grupper, i alt 30, finner man et lett og rikt utvalg av stoff for en almenpraktiker. For å nevne eksempler: "Yrkesmedisin og yrkeshygiene", "Prevensjonsveiledning og samlivsproblemer", "Abortus provocatus", samt serien kalt: "Terapeutiske fremskritt". Sistnevnte synes interessant og med et enkelt og greit opplegg. Videre finner man kurs i fysikalsk medisin, sosiallovgivning og psykologi i almenpraksis. Det planlagt kurs ved Sentralsykehuset i Tromsø er ikke i katalogen utarbeidet i detalj, men hovedpunktene virker jordnære og ikke altfor spesialist-pretensiose.

Alt under ett finnes tilbudet for 1972 å være rikt og variert, selv om ikke den prosentvise fordeling direkte gjenspeiler hva leger stort sett sysler med i dette land.

## KONTAKT MED FYLKESLEGEN

Selv om fylkeslegen verken er distriktslegens egentlig overordnede, og heller ikke arbeider med de samme oppgavene som en distriktslege, er han likevel i stadig kontakt med de fleste distriktsleger innen sitt fylke ex officio.

Mulighetene for at fylkeslegen eller fylkeslegekontoret skulle kunne tjene som bindeledd og kommunikasjonsledd for distriktslegene, kunne altså være til stede.

I enkelte steder av landet har fylkeslegen regelmessige møter med distriktsleger i sitt fylke, hvor de tar opp felles problemer og diskuterer løst og fast. Jeg er blitt fortalt at man delvis også har med helsesøster på slike møter.

Så meget som dette er rosverdig, er det beklagelig å måtte fastslå at mange andre distriktsleger kan fortelle at de har vært distriktslege i over tre år uten enten å treffe fylkeslegen eller å ha hatt mulighet til å ta opp aktuelle problemer fra sitt arbeid med ham. - Hvorvidt fylkeslegen har plikt til å holde kontakt eller oppsyn med distriktslegene, er noe uklart. I en gammel instruks til amtslegen er denne pålagt på reise gjennom de forskjellige distrikt en gang årlig og undersøke i helserådsprotokollen.

Det synes meget vesentlig at fylkeslege i alle fall tar kontakt med de nytilsatte distriktsleger. Hvis disse ikke har drevet praksis

tidligere, er de jo nødt til å kjøre hodet i veggen et par ganger med sin sykehusmedisin, og de må jo bli frustrert når de ser hvor kort de kommer med sin faglige utdannelse når det gjelder å ta seg av organisering av praksis, opplegg av offentlig helsearbeid. Det er lite å si på at slike kolleger trekker seg tilbake fra felten og inn bak sykehusets murer når de verken får veiledning eller anledning til å nøytralisere sine opplevelser.

Det ville være interessant å få en reaksjon fra fylkeslegene på dette punkt. Hvor langt har de opplevd at det i det hele tatt er noe problem, og i så fall hva har man kunnet gjøre for å bygge broer.



Navnet på denne avisen, Utposten, er på ingen måte ideelt. Vi ønsker å komme frem til et bedre. Forslag til navn på avisen imøtesees, og vi vil da eventuelt etter noen nummer forandre navnet.

Dette første nummer har tatt for seg utdannelsesmu-

ligheter for primærlegene. Disse er etter hvert blitt legio. Det arrangeres årlig grunnkurs for almenpraktikere, og kurs i offentlig helsearbeid. Mengden av informative skriv øker stadig. De mere praktiske sider av saken derimot, er lite diskutert. Leger i solo praksis

har ofte meget vanskelig for å kunne komme på lengre kurs, da det som regel er umulig å skaffe vikarer.

I neste nummer ønsker vi å ha som gjennomgangstema samarbeidsproblemer mellom primærleger, primærleger og sykehus, Helsedirektoratet, legeföreningen o.s.v.

## DIN MENING

Du har nå lest gjennom første nummer av "Utposten".

For at dette skal kunne gå videre, er vi avhengige av tre ting: penger, et lite bidrag i form av artikler og din kritikk.

Vi ber deg derfor om å tegne et abonnement på 50 kr. som innbetales til "Utposten", postgirokonto nr. 34.78.23 adr. 6420 Aukra, med tydelig navn og adresse på talongen.

Når det gjelder dine skriftlige bidrag, er alt velkommen. Vi vil i størst mulig utstrekning få alle bidrag inn i bladet, slik at det ikke i alt for stor grad blir avhengig av redaktørene. Skriv helst ikke alt for formelt.

Vi er også interessert i å vite generelt hvordan folk reagerer på et slikt blad, og vi ville være takknemlige om du fant tid til å krysse av nedenfor, og sende denne siste siden til "Utposten", 6420 Aukra.

### SPØRRESKJEMA:

Navn:

Adresse:

Antall år i primær legetjeneste:

1. Mener du det er for dårlig kommunikasjon mellom deg og andre primærleger?

Ja                      Nei

2. Mener du at bedre kontakt med andre primærleger vil hjelpe deg til å fremme dine synsmåter som primærlege overfor sykehusleger, Helsedirektoratet, legeföreningen osv.?

Ja                      Nei

3. Tror du en lokalavis på landsbasis kan fylle noe av kommunikasjonsbehovet?

Ja                      Nei

4. Hvor ofte ville du like å få et slikt blad?

Ukentlig                      Månedlig                      Kvartalsvis

5. Synes du denne her fremlagte form er egnet?

Ja                      Nei

Hvis ikke, andre forslag:

6. Er det emner som her ikke er omtalt som du mener bør inn i avisen:

7. Kunne du tenke deg å bidra med innlegg i avisen?

Ja                      Nei

8. Har du kanskje i dag stoff du kunne ha sendt inn?

Ja                      Nei

9. Ville du kunne bidra regelmessig med stoff eller fast spalte til avisen?

Ja                      Nei

10. Andre kommentarer:

TIL ANNONSER-----

TIL ANNONSER-----



TIL ANNONSER-----

Stud med Amos  
8/12/212 Studenteren Lving  
@ 610 Q.

