

## På Aukra...

På Aukra har vi viltvoksende påskeliljer som for en tid tilbake brøt gjennom snedekket, og nå er i ferd med å slå ut i blomst mellom visne strå fra i fjor. Det gir oss mye trøst å betrakte de vilde påskeliljene, det kompensere for ergrelsen ved utgivelsen av første nummer av Utposten.

Som alle våre spente lesere og fremtidige abonnenter nok har merket seg, ble utgivelsen av første nummer betydelig forsinket. Dette skyldes i første rekke tekniske problemer, vanskeligheter med å få satt overskrifter, typo-

grafforbundets interne regler osv. Det eksisterer imidlertid fortsatt et lite håp om at vi klarer å gi ut 4 nummer før sommerferien.

Mens første nummer tok for seg kurs og utdanning, oppfordrer dette nummeret til diskusjon omkring de forskjellige samarbeidsformer mellom leger. Vi vil igjen oppfordre leserne til å sende inn sine spontane ytringer og reaksjoner på de forskjellige meninger. Kun ved at mange uttaler seg, kan man tilnærmedesvis få rede på hva "almenpraktikeren" mener.

### Av innholdet:

Synspunkter på legevaktjenesten

Praktisk samarbeid

Institutt for allmenmedisin i Oslo

Melding om epidemiske og smittsomme sykdommer

## UTPOSTEN

Redaksjon:

Distrl. Tore Rud  
Harald Siem  
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra  
tlf. Aukra 17  
postgiro  
34 78 23

Abonnement

kr. 50 pr. år

Utkommer med  
ca 8 nr. pr. år

Trykk:

Lorentzen Bokindustri A/S

## Flatflesa fyr på Romsdalskysten



SKRIV SELV - SEND DET TIL UTPOSTEN

# INSTITUTT FOR ALLMENMEDISIN I OSLO

## Intervju med professor dr. med. Chr. F. Borchgrevink

Mange almenpraktikere har til nå hatt liten direkte kontakt med Instituttet for almenmedisin, men instituttets arbeid i fakultetet, særlig da med studentundervisning, er kommet godt i gang.

Primærlegene i Norge er meget dårlig organisert. Enten det er almenpraktiserende eller distriktsleger, er det dårlig innbyrdes kontakt, og vanskelig for å heve sin røst. Både Offentlig legers landsforening og Almenpraktiserende legers forening synes å være noe kneblet av å være underavdelinger av Legeforeningen. Vi hadde derfor håpet at Instituttet for almenmedisin som først ble opprettet i Oslo, men også nå kommer ved de andre fakultetene i Norge, skulle kunne tjene som et bindeledd mellom de enkelte almenmedisinerne.

-Hvor lenge har Instituttet vært i drift, og hvilken målsetting har det?

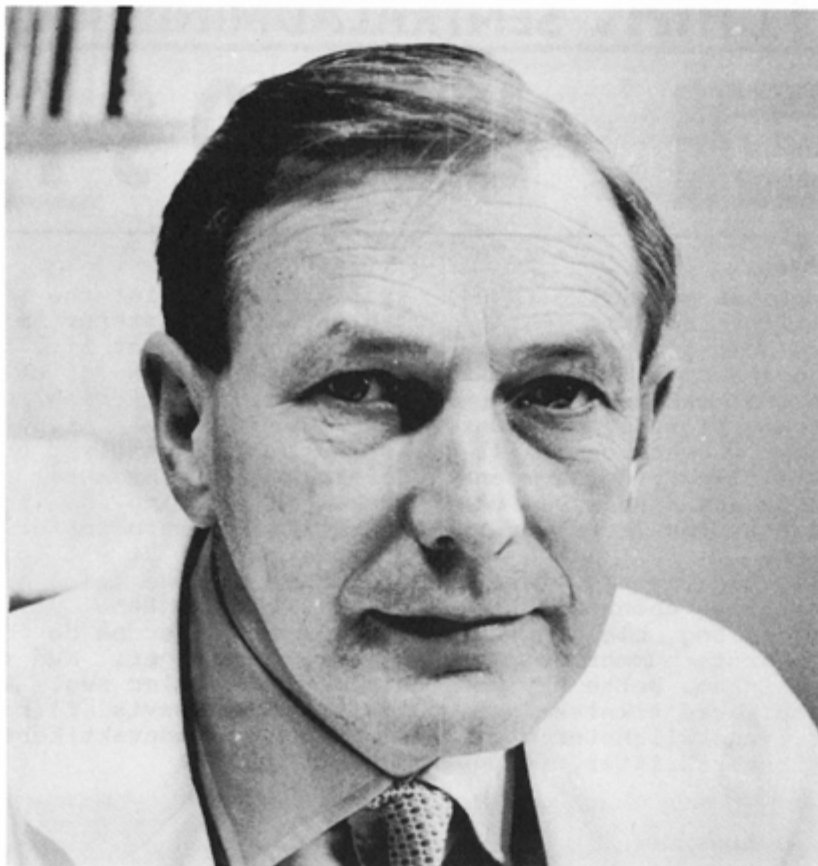
-Instituttet for almenmedisin åpnet i november 1968, undervisningen kom i gang våren 1969, og professor ble ansatt 1/6 1969. Målsettingen har vært relativt konkret:

- a) Starte en gruppepraksis som skulle være basis for den videre virksomhet.
- b) Studentundervisning på forskjellige trinn i studiet.
- c) Videre- og etterutdannelse av den praktiserende lege.
- d) Være rådgiver for Legeforeningen i spørsmål om almenpraksis.
- e) Forskning.

-Hvor mange er knyttet til Instituttet?

-For tiden er tre almenpraktikere i full dag, en turnuskandidat, en amanuens og en professor. Vi har to legesekretærer, to sykepleiere, hvorav en arbeider på laboratoriet, og to kontordamer.

I tillegg har vi fått et Institutt for fysikalsk behandling, foreløbig med to fysioterapeuter.



-Hvilke aktuelle oppgaver har dere drevet med hittil?

-Vi har etter evne prøvd å følge opp de punkter jeg har nevnt i målsettingen.

-Synes det egentlig nå etter de første års prøvekjøring at dere svarer opp til Instituttets målsetting?

-Dette er vel ikke jeg den rette til å svare på. Jeg synes noe har gått relativt bra. Det kollegiale forholdet i gruppepraksisen er godt, mens det nok mangler noe på kommunikasjonen til de andre grupper på Instituttet.

Noe av studentundervisningen er jeg fornøyd med, noe går mindre bra, delvis fordi vi selv ikke er flinke nok, delvis fordi studieordningen gjør undervisningen vanskelig.

Når det dreier seg om videre- og etterutdannelsen, synes jeg Instituttet har spilt en relativt aktiv rolle.

Forskning i almenpraksis burde nok ha hatt en betydelig høyere prioritet enn den har fått, og jeg er ikke på noen måte fornøyd med hva vi har klart å få til på dette området.

-Hvordan er det med kontakt utover til de forskjellige almenpraktiserende leger?

-Denne er nok ikke så god som man kunne ønske, fordi vi egentlig ikke har sett dette som en av våre hovedoppgaver. Man kan si at Instituttet er meget mer universitetsorientert, og at studentundervisning og videre- og etterutdannelse har opptatt oss mer enn kontakt med almenpraktikere generelt. Vi har følt at APLF og OLL kanskje er de rette instanser til å ta seg av denne kontakten. Men jeg kan godt tenke meg at almenpraktikere utover landet gjerne ville hatt bedre kontakt med oss. Vi prøver etter evne å delta i foredragsvirksomhet, og vi svarer selvsagt på alle henvendelser hit. Men som sagt, eget initiativ har vi bare i liten grad tatt.

-Hva har du gjort når det gjelder forskning i almenmedisin?

-Som sagt, har vi her litt dårlig samvittighet, men vi vil nå prøve å komme i gang med en registrering av almenpraktikere som er interessert i å være med

## Intervju med...

på prosjekter. Og deretter vil vi prøve å sette i gang visse undersøkelser. For tiden holder vi på med en undersøkelse over bruk av laboratoriet i praksis. En annen undersøkelse går ut på å belyse verdien ved å ta langt flere laboratorierprøver i almenpraksis. Videre er vi opptatt med problemer med EKG i almenpraksis. Vi holder også på med utprøving av enkelte medikamenter.

Det er helt klart at vi er interessert i å komme i kontakt med kolleger som kunne tenke seg å ta et initiativ på forskningsfronten, og vi vil gjerne hjelpe til så godt vi kan hvis noen tror de kan ha nytte av det.

-Hva er dine planer med Instituttet i tiden som kommer?

-Våre vesentligste planer går i retning av å forbedre undervisningen for de medisinske studentene i almenpraksis, komme inn i den pre-kliniske del av studiet. Fremfor alt vil vi sikre oss at almenpraksis blir et vesentlig fag når vi, om forhåpentlig ikke altfor lang tid, får en helt ny studieplan.

Ellers er det helt klart at forskningen må få en betydelig større prioritet enn den hittil har hatt.

— o o o —



sehr interessant, Sie sind also Mona Lisa!

## XIV. Nordiske embedslegemøte i Reykjavik 1971.

Det er blitt tradisjon at danske, finske, islandske, norske og svenske offentlige leger møtes annenhvert år til hyggelig samvær og en smule faglig diskusjon over 3-4 dager.

Møtene holdes i tur og orden i de nordiske land, og i 1971 hadde den relativt lille gruppe islandske embedsleger påtatt seg arrangementet.

Den 13. august 1971 ble således møtet innledet i Reykjavik, hvor det møtte 70 nordiske embedsleger - herav 20 fra Norge - og de aller fleste med "ledsager".

På møtet ble det innledet og diskutert over aktuelle emner som "omgivelseshygien" og "tendenser i helse-tjenesten utenfor sykehus". Diskusjonene var interessante, idet helsevesenet er noe forskjellig oppbygget i de nordiske land, noe som gav næring for mer uformell meningsutveksling under de festlige tilstelninger om kveldene. Det var lagt opp møteprogram for 2 dager - med spesielt program for damene - samt en dag sightseeing til kjente historiske steder og vakre, underlige vulkanske landskapsformasjoner.

En del av deltagerne forlenget oppholdet på sagaøya for å se mer av dette på så mange måter enestående landet som man ellers ikke så ofte har noe påskudd til å besøke.

Det hele var både interessant og fremfor alt hyggelig, og gav mersmak for fremtidige møter blant nordiske kolleger.

Neste møte holdes i Finland i 1973, og det ble fra finsk hold antydning at man skulle møtes på et meget eksotisk sted, og det ble lovet at det skulle bli "mycket, mycket trävlig".

Det ville være hyggelig om enda flere - særlig yngre distriktsleger - med dette ble oppmerksomme på disse møtene, og tar imot invitasjonen til Finland i 1973. Møtet vil bli annonsert gjennom Tidsskriftet og OLL.

Vel møtt i Finland sommeren 1973!

Tore Ytterdal, Namskogan

JAN WARNER, OSLO:

## SJAKK

Utposten vil bringe en liten sjakkspalte som en forhåpentlig behagelig avveksling fra det mer faglig pregede stoff. Den vil være beregnet på alle sjakkspillende kolleger rundt i landet, fra nybegynneren til mesteren. Den vil få en meget upretensjøs form. Vitenskapelig skolerte leger som akter å ta sin doktorgrad innen det te emnet henvises til andre kildeskrifter, men kolleger som pleier å utfordre presten og/eller likningssjefen til et parti eller tre en gang i måneden kan muligens plukke opp enkelte triks. Til de som ikke har våget å belaste intellektet med å lære spillereglene: Skaff en liten lærebok i sjakk og bruk et par timer til å pusle med brikke-ner! Det er det aller beste mentalhygieniske tips jeg kan gi en kollega (les: pasient)

Jeg vil her i spalten gi spredte glimt fra fortidens og nåtidens sjakkverden. Jeg vil i begynnelsen skjule litt til vår egen profesjon og lage en liten historisk kavalkade over sjakkspillende medisinere.

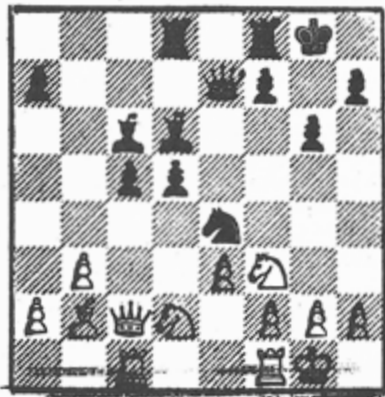
Dr. SIEGBERT TARRASCH (1862-1934) er en av de udødelige skikkelser fra sjakkhistorien. Han greidde aldri å bli verdensmester, men vant en lang rekke strålende turneringsseire omkring århundreskiftet. Han praktiserte medisin i Nürnberg og München og spesialiserte seg i den terapeutiske bruk av hypnose. Han satte alltid sin medisinske karriere i første rekke, men ble likevel en berømt sjakkpedagog, -kritiker og -forfatter.

Fra en av hans bøker, "Das Schachspiel", har jeg lyst til å sitere noen beåndede ord som kan passe som en slags programerklæring for denne spalten: "Sjakk er en form for intellektuell produktivitet; deri ligger dens spesielle sjarme. Intellektuell produktivitet er en av de største gleder - hvis ikke den

Sjakk forts.

største- i den menneskelige ekstsistens. Alle kan ikke skrive et skuespill, eller bygge en bro, eller ikke en gang lage en god vits. Men i sjakk kan alle, og må alle, være intellektuelt produktive og ta del i denne gleden. Jeg har alltid syntes synd på mennesker som ikke har lært kjærligheten å kjenne. Sjakk, som kjærlighet, som musikk, har makt til å gjøre mennesker lykkelige!

I stormesterturneringen 1914 spilte Tarrasch hvart mot Gunsberg og skulle gjøre sitt 17. trekk i følgende stilling:



17. ---, Se4 x d2 !!  
Tilsynelatende et nybegynnertrekk, å frivillig bytte bort denne kjempespringeren på e4.  
18. Sf3 xd2, d5-d4  
19. e3 x d4.

Brettet er klart til å "eksplodere":  
19. --- Ld6 x h2 ≠  
20. Kg1 x h2, De7-h4 +  
21. Kh2-g1 Lc6 x g2 !  
22. f2-f3

Slår hvit løperen følger 22.---, Dg4 + etterfulgt av Td5.

22. --- Tf8-e8  
23. Sd2-e4, Dh4-h1 +  
24. Kg1-f2, Lg2 x f1  
25. d4-d5

Et forsøk på motangrep, som ikke passerer embryonalstadiet.

25. ---, f7-f5  
26. Dc2-c3, Dh1-g2 +  
27. Kf2-e3, Te8 x e4 +  
28. f3 x e4, f5-f4 +

Tarrasch kunne ha fremtvunget matten ennå tidligere med Dg3 +, men som ekte sjakkestetiker komponerer han heller en ekte modellmatt på brettet.

29. Ke3 x f4, Td8-f8 +  
30. Kf5-e5, Dg2-h2 +  
31. Ke5-e6, Tf8-e8 +  
32. Ke6-d7, Lf1-b5 matt

Sluttstillingen fortjener et diagram:



#### PRAKTISKE ERFARINGER I SAMARBEID MED HELSEDIREKTORATET

I 1 år har jeg vært distriktslege på en øy på Mørkekysten. I 1 år har jeg samarbeidet med Helsedirektoratet. Dette året har Helsedirektoratet ikke samarbeidet med meg. For å undebygge denne påstanden, skal jeg nevne noen eksempler.

Det første jeg trengte for å begynne som distriktslege, var en bolig. Dette ble ordnet midlertidig, da det på forhånd ikke var noen distriktslegebolig. Etter en lang rekke diskusjoner frem og tilbake, hvor meget særegne lokalpolitiske forhold gjorde det usedvanlig vanskelig, kom vi endelig frem til et sted å plassere distriktslegeboligen. Denne diskusjonen varte vel et halvt år, og det endelige resultat kunne legges frem for Helsedirektoratet. Aprobasjon av de to distriktslegene i distriktet, av fylkeslegen, fylkesreguleringsarkitekten, kommunestyret og fylkesmannen fulgte med. Sistnevnte sendte saken over til Helsedirektoratet 14. mai 1971, og jeg regnet med at dette skulle være en grei sak for Helsedirektoratet å skrive under på. Først primo august klarte Helsedirektoratet å samle sin underskrift på papiret og sende saken i retur, og dette til tross for at undertegnede ringte Helsedirektoratet minst 4 ganger i samme periode for å purre på saken. Det ble altså 2 1/2 mnd. forsinkelse som jeg mener var unødvendig.

Dernest var jeg blitt helserådsordfører, og som sådan trengte jeg et helserådsarkiv som kunne nyttes som informasjonskilde for meg i saker hvor jeg ikke hadde erfaring. Dette var et helt nyopprettet distrikt, og intet fantes på forhånd.

Jeg ba Helsedirektoratet å sende meg de opplysninger og rundskriv som ville være nødvendig i et slikt tilfelle, og etter et par måneder fikk jeg tilsendt 2 dødsmeldingsprotokoller, "Helsedirektørens grønne medlemsblad", instruks for distriktsleger (som virket adskillig mer enn foreldet.) Kort sagt var det intet i denne Helsedirektoratpakken som kunne være meg til noe hjelp, bortsett fra Helsedirektørens grønne meddelelsesblad som i og for seg er bra, men vanskelig å bruke som oppslagsverk. Siden har jeg ringt til Helsedirektoratet for å få spesielle rundskriv som jeg vet finnes og som jeg har hatt bruk for. Dette har det i en viss utstrekning gått bra. Jeg henvendte meg selvfølgelig til fylkeslegen i samme anledning, og her fikk jeg tilsendt mange nyttige rundskriv, men dette skjedde først etter 3 gangers purring, og tok 1/2 år.

Kolleger er gode å ha, og dette har vært den beste hjelp. En kollega kunne fortelle at fylkeslegen Tjønn hadde samlet og utgitt mapper med informasjonsstoff angående helserådsarbeidet, og dette var det ingen i Helsedirektoratet eller på fylkeslegens kontor som gjorde meg oppmerksom på, tiltross for at dette var i grunnen det jeg spurte etter og trengte.

Og så skulle vi ha kontor. Til nu hadde det vært et dårlig utekontor som hadde vært i bruk, men kommunen lovet nytt kontor, og i den anledning tok jeg kontakt med Helsedirektoratet for å få en del opplysninger og retningslinjer om hvordan et slikt kontor skulle se ut. Dette var i mai-71. Fremdeles ikke fått svar.

Forts. s.5

BEMERKNING TIL ARTIKKEL AV DR. PER WIUM OM PRAKTISK ERFARING I SAMARBEID MED HELSEDIREKTORATET.

Alle er vel klar over at distriktslegene slåss mot byrokratiet. Ingen enkelt i Helsedirektoratet kan vel egentlig trekkes til ansvar for dette, men vi ville være takknemlige for et svar fra en representant for Helsedirektoratet om hvorfor det er blitt slik. Man spør seg selv i samme vending om det egentlig ikke alltid har vært på denne måten. Det ville være interessant å få litt eldre kollegers syn på dette, blir det stadig flere instanser sakene skal gjennom, og er det stadig flere forskrifter som man må føye seg etter for å kunne gjennomføre tiltak som i grunnen alle ville være enige om. Hvis det har skjedd en forandring, ville det videre være interessant med en diskusjon i "Utposten" om hva som er gjort og hva som kan gjøres for å få til en bedre tilpasning mellom legen og byrokratiet. Sannsynligvis er ikke de sentrale representanter for byrokratiet klar over hvordan retningslinjer og forskrifter kan virke hindrende for en som sitter med oppgaver i praksis.

Red.

### Praktiske erfaringer ...

Kommunal renovasjon skulle kommunen innføre, og planene var skyhøye. Forbrenningsanlegg, søppelkvern til 2 500 innbyggere. Jeg ville undersøke hvordan en kontrollert fylling ville kunne utføre oppgaven, og tok kontakt med Helsedirektoratet pr. brev for å få opplysninger om regler og direktiver for kontrollerte fyllinger. Intet svar. Tre rikstelefonsamtaler til Helsedirektoratet, hvor det tok ca. en halv time før jeg skulle ha kommet frem til den rette person. Det resulterte i svar at vedkommende dessverre ikke var tilstede. Etter et halvt års forsøk kom jeg frem til vedkommende, og hun beklaget forholdet, men lovet å prøve å sende det jeg spurte om så snart som mulig. Det har gått to måneder, og jeg har frem-

deles ikke hørt noe. I min fortvilelse spurte jeg om det ikke var andre institusjoner som kunne ha opplysninger om emnet, men dette visste man ikke om i Helsedirektoratet.

Så vidt jeg nu har forstått, er ikke Helsedirektoratet en hjelpeinstans for de offentlige leger. Det har tatt 1 år før jeg oppdaget dette, men jeg er vel kanskje særs tungnem. Et tilsynelatende godt tips har jeg fått fra en medarbeider i Helsedirektoratet, og det var at jeg skulle ringe for å få opplysninger istedenfor å skrive. Dette har jeg da i store utstrekninger gjort siden, og jeg skal komme tilbake til dette i en annen artikkel.

Per Wium



OG IGJEN EN PRAKTISK SAK HVOR SAMARBEID KUNNE VÆRE ØNSKELIG:

"Helserådet i ..... har besluttet å distribuere de gjeldende helseforskrifter som helt tilsvarer "Normer for kommunale helseforskrifter", til alle husstander. Det vil således bli behov for ca. 700 eks. på nynorsk av "Normer for kommunale helseforskrifter."

Helserådet ville være takknemlig hvis Helsedirektoratet kunne være behjelpelig med anskaffelse av sådanne."

Svar: "Helseforskrifter. Går tilbake til ..... : Helsedirektoratet beklager ikke å kunne være behjelpelig i denne sak, idet kommunen selv må besørge og bekoste trykking av kommunale helseforskrifter."

-Det er ingen tvil om at de lokale helseforskriftene bør være kjent i alle hus. Kanskje halvparten av Norges kommuner har vedtatt at "Normer for kommunale helseforskrifter med ytterst små forandringer skal gjelde for dem. Dette blir en dyr trykksak i et opplegg på 500 som kanskje er aktuelt i en liten kommune, men kan bli rimelig for Helserådet hvis det kommer opp i et opplag på 20-30 000.

Da Helsedirektoratet ikke vil ta på seg å besørge og bekoste trykking av kommunale helseforskrifter, oppfordrer "Utposten" alle som eventuelt var interessert i å få et større antall av "Normer for kommunale helseforskrifter" trykket, til å melde fra om det ønskede antall til "Utposten", adr. 6420 Aukra.

Hvis tilstrekkelig mange viser seg interessert, vil "Utposten" kunne besørge og bekoste trykking, og distribuere helseforskriftene til selvkost.



# SYNSPUNKTER PÅ LEGEVAKTSTJENESTEN

Dr. Svein Hindal,  
Steinkjer

Store deler av den norske befolkning har stadig eller periodevis en sterkt sviktende service når det gjelder mulighetene for å få tak i lege ved sykdomstilfelle som krever såkalt øyeblikkelig hjelp.

Jeg vil i denne artikkelen se på en del forhold som opplagt spiller inn når det gjelder organiseringen av legevakter, både i byer og tettbygde strøk, og i mere grisgrendte strøk. Videre fremkastes en del forslag som tar sikte på forbedringer av eksisterende svakheter.

Når man vurderer det sakskompleks legevaktstjenesten representerer, kan man ta som prinsipielt utgangspunkt at hensynet til pasientene er det vesentlige. Målet blir da å etablere ordninger som i maksimal grad tilgodeser deres primære ønsker og behov. På den annen side kan man konsentrere oppmerksomheten om legenes situasjon. Da kan den enkleste løsning bli at man ikke har noen legevaktsordning. I praksis må man selvfølgelig forsøke å forene en betryggende service med en akseptabel ordning også for de medvirkende legene. I tillegg kommer inn for eksempel økonomiske og tekniske faktorer, kommunikasjoner m.m.

Skal man bedømme situasjonen ut fra en smule personlig erfaring og rapportering i våre messemidia, har jeg inntrykk av at det ofte er lettere for folk i avsidesliggende og grisgrendte strøk å få nødvendig legehjelp, enn hva tilfellet er i mange norske byer og tettsteder. Og det til tross for at den eneste lege har kontinuerlig vakt i mange distrikter.

Formålet for publikum og for den primære helsetjeneste må selvsagt være å få tilfredsstillende legevaktsservice over alt hele døgnet året rundt. Man må få denne tjenesten så god at det ikke oppstår unødvendige dødsfall eller unngåelige komplikasjoner. En del sosialmedisinske og psykiatriske oppgaver vil også naturlig komme inn under denne service,

men krav om sykebesøk av bekvemmelighetshensyn for pasienten eller pårørende faller like selvsagt utenfor rammen for den service som skal ytes.

Hensynet til de leger som skal delta i legevaktstjenesten må nøye vurderes. Jeg mener at man må tilstrebe å få ordninger som ikke baseres på kontinuerlig vakt ved en enslig distriktslege. Vårt land er mangeartet fra naturens side, og tilsvarende er avstander og kommunikasjoner meget vekslende. Noen steder må det nok fortsatt være enleddistrikter uten forsvarlig mulighet for vakt samarbeid i helgene, men det bør være et meget lite antall i og med de stadig bedre kommunikasjoner til sjøs, på lang og i lufta, samt ved bedre telekommunikasjoner. I Sør-Norge skulle det ikke lenger være grunn til å godta vaktordninger basert på kontinuerlig vakt, i alle fall ikke uten vakt samarbeid i helgene.

Det er innlysende at legevaktstjenesten ikke kan sees isolert fra den primære helsetjeneste forøvrig. Blant annet antall leger i et område, deres arbeidspress, avstander i distriktet og til sykehus, og kommunikasjonsmessige forhold vil være avgjørende for den mest hensiktsmessige ordning.

I "Regler for legevaktsordninger og samordning av legers ferier", vedtatt av Lægeforeningens landsstyre i 1967, er det blant annet fastslått hvilke leger som skal delta i vaktordninger. Det heter blant annet: "I den utstrekning hensyn til alder, spesialitet, o.l. gjør det rimelig, forutsettes legene å delta i de kollegiale vaktordninger." Selv med de presiseringer som er medtatt i vedtaket, er de regler som Lægeforeningen har, meget vage. Det bekreftes også av den haltende praksis som man ser mange steder. Jeg mener at de fleste leger som arbeider utenfor institusjon bør delta i legevaktsordningen i distriktet. Det gjelder også praktiserende spesialister og de fleste som har administrativt arbeid,

slik som for eksempel ass. fylkesleger. De fleste militærleger kan også godt delta i den sivile legevaktsordning når det er behov for det. - Mange ganger bør en legevakt organiseres med en primær vakt og en sekundær vakt, (f.eks. i større byer).

På de fleste større steder som har en organisert legevakt, er det oftest ingen vakthavende om dagen, bortsett fra på søn- og helligdager. Det er et betydelig problem mange ganger, fordi det kan være nesten umulig for publikum å få lege ut i sykebesøk, når det er behov for det. - (Behovet må selvsagt vurderes av legen.) Langt enklere er det jo vanligvis når pasienten kan transporteres til legekontoret. - Men det er et spørsmål om man ikke for eks. i våre større byer bør ha organisert legevakt også på dagtid vanlige hverdager. Da kunne man jo også unngå mange av de sykebesøk av nokså tvilsom nødvendighet som legevaktlegene må ta om kvelden.

Et annet viktig moment i denne sammenheng er at de fleste større steder vil vakthavende lege i en del tilfelle ikke ha noe kontor til rådighet i forbindelse med vakta. Det gjelder for eksempel oftest når det er en underordnet sykehuslege eller en militærlege som er vakthavende. I tillegg vil jo kontorets adresse variere også om det er en av de praktiserende leger på stedet som har vakt. Nå vil jo problemet være av mer teoretisk art dersom det er et vanlig sykehus på stedet, eller dersom det er fast organisert offentlig legevakt. Men slike legevakter har vi jo bare i våre største byer.

På en del steder ville jeg tro at et fast kontor for vakthavende lege ville løse problemet. Det kunne for eksempel kombineres med den offentlige leges kontor eller helserådets lokaler. Med et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag kunne man da ha en sykepleier, eventuelt en annen hjelp stasjonert på dette kontor. Vedkommende kunne da ta imot småskader og eventuelt behandle en del av dem. Hun kunne også ta imot alle beskjeder om behov for hjelp, og prioritere disse, samt dirigere bilen eller

## Synspunkter på .....

båten med legen, når det er nødvendig. I enkelte tilfelle kunne en slik kvalifisert person også formidle pasienter direkte til hospital, når det ikke er grunn til å vente på at vakthavende lege kommer tilbake innen rimelig tid.

Jeg vil tro at det neppe er aktuelt å etablere fast legevaktsskontor med vakthavende søster ved siden av legen, uten at det er en befolkning på minst ca. 12-15000 mennesker. Bare når det er svært store avstander i vaktområdet bør det komme på tale.

I Indre Namdal i Nord-Trøndelag er det, sannsynligvis som et av de første områdene i landet, satt i gang arbeid med en slik "vaktssentral" for flere legedistrikter. Planen ventes realisert i løpet av 1972, den er vedtatt i kommunale organer i de 5 aktuelle kommuner. Det blir legene i Grong, Namsskogan, Lierne og Snåsa legedistrikter som skal veksle om å ta helgevaktene i dette vide området med ca. 10000 innbyggere. Vakthavende lege må bo på et spesielt vaktkontor i Grong. Her skal det samtidig være en medhjelper til stede. På grunn av de betydelige avstandene, opptil ca. 14 mil en vei fra Grong til de fjerneste stedene i Røyrvik og Sørli, må man nok i stor grad ta sikte å få mange av pasientene fraktet ned til vaktkontoret. For de som skal hospitaliseres spiller det liten rolle, da de må kjøre gjennom dette stedet for å komme til nærmeste sykehus. --Hittil har det vært 3 leger som har hatt samtidig helgevakt i dette området.

Det krever atskillig nytenkning, initiativ og omstilling, så vel hos mange leger, som hos publikum å få den nødvendige omorganisering av legevaktstjenesten der det er påkrevet. Mange ansvarlige på sykehus må trolig også delta i prosessen. Men ikke minst vil det kreve en annen innstilling og interesse for problemene hos våre helsemyndigheter, sentralt, regionalt og kommunalt, samt hos en del andre instanser. Lægeforeningen må nok også revurdere en del av sine kjepphester dersom man skal få til en påkrevet re-

form.

Den relative overvekt i tilgangen på personell og bevilgninger på interesse og omsorg som institusjonene i vårt helsevesen har oppnådd i forhold til helsetjenesten utenfor anstalt, har også satt sine spor i legevaktsservicen. --Man skulle jo tro at det er like viktig å redde et menneskeliv utenfor sykehus som på det nevrokirurgiske operasjonsbord. Og det fremtidige liv for pasienten ville kanskje bli vel så rikt om innsatsen var gjort i veikanten kort tid etter trafikkulykken. Det har ikke minst mange sykehusleger innsett.

Så lenge de fleste distriktsleger og en stor del av de privatpraktiserende leger rundt omkring har båret byrdene på sine skuldre, har ikke alltid fylkesleger og kommunalpolitikere bekymret seg så meget for de eksisterende svakheter.

Det er nå på tide at det offentlige i høyere grad ser sitt ansvar også for denne del av helsetjenesten. Ikke minst mange fylkesleger og offentlige leger i de store kommuner må delta i arbeidet med de nødvendige reformer. Det må selvsagt skje i samarbeid med legene i distriktet, og gjerne den lokale legeforening.

I landdistriktene er noe av det viktigste at fylkene eller eventuelt en mindre region inndeles i passende vaktdistrikter, da særlig med tanke på organisert helgevakt. Det er erfaringsmessig ofte små muligheter for en enslig distriktslege å få organisert et godt vakt samarbeid, uten at dette er vurdert i sammenheng for et stort område. De større byene må også sektoriseres rent geografisk i vaktdistrikter. Det offentlige må være villig til å delta i de økonomiske løft som er påkrevet, for eksempel til kontor, og nødvendig utstyr, radiotelefoner, hjelpepersonell og eventuelle andre utgifter. Forutsetningen må da selvsagt være at vakthavende lege ikke får utbetalt netto honorarer fra trygdekontoret.

Etter hvert som det forhåpentligvis blir bygd ut en rekke offentlige helsesentra vil trolig mange av de eksisterende problemer ved legevaktsservice bli redusert, På alle hold må man nå gjøre sitt beste for å forbedre og optimalisere det medisinske tilbud til pasienter som trenger øyeblikkelig legehjelp. Vi har alle som deltar i primærhelsetjenesten et medansvar for at så skjer.



- Jeg skriver 60 ord i minuttet, men all viskingen gjør at det tar minst fem ganger så lang tid!

## HONNØR TIL HANS H. TJØNN

Hans H. Tjønn som er fylkeslege, har på Oluf Rasmussens forlag i Skien utgitt 4 samlinger med teknisk-hygieniske lover og bestemmelser. Bindene heter: Sunnhetsloven, Næringsmiddeloven, Diverse lover og Miljø og Naturvern. Samlingen inneholder lover og forskrifter eller utdrag av disse som er aktuelle for dem som har ansvaret for teknisk-hygienisk overvåkning.

For f.eks. distriktslegene er det et uvurderlig samlingsarbeid som Hans H. Tjønn har utført. Det er almindelig kjent at det lovverket som vårt offentlige helsevesen bygger på, gir få praktiske retningslinjer for det daglige arbeid. Noen samlet instruks eller veiledning for helserådenes detaljearbeid, foreligger ikke. Noe informasjonsorgan som kan gi praktisk veiledning, eksisterer heller ikke. Helseinspektøret ser vel sin departementale oppgave viktigere enn en eventuell rådgiverfunksjon. Vi retter derfor vår varmeste takk til fylkeslege Hans H. Tjønn.

**SKRIV SELV I**

## MELDING AV EPIDEMISKE OG ANDRE SMITTSOMME SYKDOMMER - EN PARODI

I de første dager av hver måned sitter alle almenpraktiserende norske leger med sitt lille skjema A-1, og de offentlige legene med sitt litt større skjema B-1, og gjetter. Og melder. Noen ganske få fører så noenlunde nøyaktige opptegetninger over hvor mange akutte luftveisinfeksjoner de har behandlet, hvor mange meslinger og scabies de har sett den siste måneden. En statistiker skal ha sagt at hvis bare tilstrekkelig mange er med på å gjette eller velge, spiller det liten rolle om de har greie på hva de velger eller ei. Det er dette demokratiet bygger på. Det er vel også dette månedsmeldingene fra Helsedirektøren bygger på. Når det gjelder disse listene, er det ikke bare spørsmål om tallverdien er riktig, men det hersker også betydelig usikkerhet om forskjellen på aseptisk-meningitisk syndrom (etiologi ukjent - polio suspect) og aseptisk meningitisk syndrom (etiologi ukjent). Hvor går grensen til meningitis serebrospinalis epidemica?

Hva er egentlig gastroenteritis maligna infantum?

Hvem regner influensa med til akutte luftveisinfeksjoner, og hvem gjør det ikke. En pneumoni er vel en akutt luftveisinfeksjon som regel, og meldes vel da som akutt luftveisinfeksjon. De kruppøse pneumonier, eller de man tror er kruppøse, skal de skilles ut fra akutte luftveisinfeksjoner, eller er de tatt med under både akutte luftveisinfeksjoner og pneumonia cerouposa.

Jeg tror for det første at dette skjema kan gjøres mere entydig ved en revisjon, og at svært mange norske leger ville være takknemlige for å få en nøyaktig presisering av hva som menes med de forskjellige diagnosene. - Vi ville da kanskje ta skjema mere høytidelig og fylle det mere samvittighetsfullt ut.

## NÅR SKAL VI FÅ EN DIAGNOSELISTE FOR ALMENPRAKSIS?

Behovet for en diagnoseliste for almenpraksis er åpenbart. Man har inntrykk av at stadig flere leger i almenpraksis, kanskje særlig legene innenfor gruppepraksis?, ønsker å reflektere litt over sine behandlingsmåter og sitt pasientmateriale. Noen har også startet follow-up-undersøkelser.

Våre sentrale helsemyndigheter burde være interessert i en felles diagnoseliste for bedre å kunne disponere økonomisk og utdanningsmessig for å gjøre oss i stand til å møte de behov som eksisterer eller vokser frem i almenpraksis.

Den svenske sosialstyrelsen har i 1970 utgitt en provisorisk "diagnoskod for öppen vård" som er et praktisk utdrag av diagnoser av 8. revisjon av den internasjonale statistiske klassifikasjon godkjent av VHO i 1966. Det er forøvrig denne som er gitt ut fra Statistisk Sentralbyrås håndbøker som nr. 24.

Det er jo meget vanlig i almenpraksis at man ikke tillegger et symptom så stor tyngde at en videre forfølgelse frem til eksakt diagnose blir rettferdiggjort. Man blir med andre ord stående med symptomdiagnoser. Slik som utslett, febris causa ignota, tachycardi eller precordiale smerter. Den svenske diagnoselisten har nettopp tatt hensyn til dette, og oversiktlig satt opp hvor man kan rubrisere de forskjellige symptomdiagnosene under de forskjellige hovedkapitlene.

En meget nyttig bok som heter "Research in general practice", skrevet av Eimerl + Laidlaw, E & S Livingstone, 2. ED, 1969, gir mange gode råd vedr. forskning i almenpraksis. Den tar bl.a. for seg forskjellige måter å registrere og oppbevare data på. Beskriver en rekke av Storbritannias fremskritt i forskning i almenpraksis som f.eks. register over forskningsprosjekter over interesserte i forskningsrådgivertjeneste og forskningsråd. Den anbefales til kolleger. Boken er vel allerede utbredt i Norge til en viss grad, og har som appendix 1.

en diagnoseliste som stammer fra International Classification of Disease and Causes of Death som er relatert til RCGP, nr. fra 1 til 500. Jeg ville ikke foreslå denne brukt i almenpraksis, da vi jo allerede har en annen standard som ligger til grunn for sykehusenes diagnoselister.

I parentes bemerket, eksisterer det noen standard i Norge når det gjelder diagnosene på sykehus?

## PRAKTISK GJENNOMFØRING AV DIAGNOSEKLASSIFISERING PÅ AUKRA

Et utall av systemer, hullkort og EDB-opplegg har vært foreslått for å katalogisere de forskjellige diagnoser man kommer frem til både på sykehus og i almenpraksis. Vi mener på Aukra å ha kommet frem til et relativt lite tidkrevende system for å få rubrisert de forskjellige pasientgrupper.

Legeregning II av RTV-standard kan man få på NCR-papir, slik at hver regning blir skrevet ut i 3. eks. Første side gir man da til pasienten som kvittering for mellomlegg. Hos oss tjener den samtidig som skyssbevis til trygdekontoen. Medisin solgt til pasienten, blir også påført her, og tjener da til å lette regnskapsførselen over solgt medisin.

Side 2 blir påført diagnose og diagnosenummer, og plassert direkte i et diagnosearkiv.

Side 3 blir trygdekontoens egentlige regning.

Merarbeid med å få pasientmateriale sortert, består altså bare i å bruke sin evt. diagnoseliste og påføre nummeret ved siden av diagnosen på kortet. Evt. kan man også markere med stor eller liten A om det er en førstegangsdiagnose eller en tidligere kjent diagnose hos pasienten. Kortene plasseres så i en skuff etter nummer. Man kan ved årets slutt telle opp de forskjellige bunter, eller ta for seg et diagnosenummer man skulle interessere seg for, og finne frem til journalene for å gjøre en mer spesiell undersøkelse.

Vi er takknemlige for kritikk og kommentar av systemet.



## EN AUTENTISK TELEFONSAMTALE

Man sveiver på en meget lite automatisk sveiv og hører en vennlig damestemme som sier: "Sentralen." Jeg skulle få Helsedirektoratet i Oslo," sier jeg, "det er nr. 417900." Det går en halv time, da ringer telefonen og jeg får Oslo med en vennlig damestemme som sier: "Regjeringskvartalet!" "Jeg skal få Helsedirektoratet", sier jeg. "Hvem da?" "Helsedirektoratet". "Ja, hvem i Helsedirektoratet?" Litt overrasket over hennes spørsmål, stammer jeg frem at jeg skal få avdelingen for søppel. "Et øyeblikk", sier den vennlige damestemmen, "det er hygienekontoret". Det går 5 sek. og damen på den lokale sentralen bryter inn og spør: "Er De ferdig her?" "Jeg beklager at jeg ikke er ferdig ennå. Etter ytterligere sekunder hører jeg igjen en vennlig damestemme som kaller seg "etasjeavdelingen" eller noe sånt. Jeg spør om hygieneavdelingen til Helsedirektoratet ligger under hennes domene, og dette svarer hun bekreftende på. Mitt problem blir fremlagt med spørsmål om å få tilsendt de rundskriv og regler, samt lover som gjelder for offentlig renovasjon med spesielt henblikk på kontrollerte fyllinger. Hun spør hvilke rundskriv jeg skal ha, men da jeg ikke kan disse tallene utenat, sier hun at jeg skal settes over til Statens trykksakekspedisjon. "Et øyeblikk!" sier en vennlig damestemme igjen, "jeg skal sette Dem over, jeg." Etter ca. 5 min. kommer det en herrestemme som forteller at han heter "Statens trykksakekspedisjon". Han lurar på hva jeg vil og jeg legger frem hele mitt ærend igjen. Han spør



hvilke rundskriv det dreier seg om, og da jeg fremdeles ikke husker numrene på disse, gir han opp. Men han gjør på den måten som jeg etter hvert har blitt kjent med at de gjør det i departementene, de sier: "Et øyeblikk, jeg skal sette Dem over jeg". Og så blir jeg satt over igjen, å bli satt over tar flere minutter. Jeg får den koselige stemmen fra etasjeavdelingen eller noe sånt igjen, og hun sier: "Et øyeblikk, jeg skal sette Dem over jeg." Litt fortvilet og forvirret, samt endel engstelig, lurar jeg nå på hvem jeg skal settes over til, og hun svarer vennlig at det er en konsulent jeg skal settes over til. Så går det noen sekunder igjen, den vennlige damestemmen dukker opp på nytt og sier: "Dessverre, han er ute og spiser, han, men jeg skal sette Dem over til en annen". Etter ca. 5 min. får jeg en annen. Jeg prøver igjen så godt som mulig å fremføre mitt ærend, men fremleggelsen blir vel kanskje nu noe vaklende og usikker etter at jeg har vært gjennom Regjeringskvartalets "sette over" maskineri i nesten en halv time. Vedkommende er imidlertid meget hyggelig sånn som alle de andre. Han forstår sikkert mine problemer, men han skjønner ikke riktig hvordan han skal kunne hjelpe meg. De har nemlig så veldig mye å gjøre og han vet ikke om det er noe slikt som jeg ber om som finnes i det hele tatt. Men nå våkner det noe i meg igjen. Jeg begynner å bli trett, tiltross for alle de hyggelige menneskene. Trettheten svekker mine hemninger, og min ellers så gode oppdragelse blir skjøvet litt i bakgrunnen,



der jeg litt brysk forteller ham at jeg vil snakke med overlegen. Han sier like vennlig at jeg skal bare vente et øyeblikk så skal han sette meg over. Akkurat da holder det på å sprekke for meg men jeg tar meg krampaktig sammen og klarer å beholde telefonen i høyre hånd. Et tidsintervall på ca. 10 min. gikk, og jeg som ellers ikke pleier å røke, tok en sigarett og innhalerte kraftig. Den hyggelige konsulenten kom igjen og fortalte at overlegen dessverre ikke var tilstede, for vedkommende holdt foredrag et eller annet sted. I mitt stille sinn tenkte jeg at kanskje hun holder foredrag om søppel, men at jeg på grunn av at jeg sitter her på denne øya ikke har anledning til å høre på. Mine hemninger forlot meg litt igjen, og jeg fortalte bryskt at jeg ville ha samtale med overlegen når hun kom tilbake igjen. Det skulle jeg få lovet den hyggelige konsulenten, og så la jeg pent på røret. Hele samtalen tok vel nesten en halv time, og jeg ventet en halv time før jeg fikk kontakt med Oslo, så det tok meg altså en time uten noe resultat. Det gikk 2 måneder, og overlegen ringte ikke til meg. Dere er kanskje spente på hvordan saken endte, men saken har ikke endt enda. Jeg ringte til overlegen igjen, og hun var veldig hyggelig og fortalte hvor vanskelig de hadde det på grunn av at de var blitt så veldig populære blant naturvernforkjempere. Jeg forklarte henne at hun var like populær hos meg i begynnelsen, men at populariteten etter hvert hadde begynt å synke og at den ikke ville begynne å stige igjen før jeg fikk tilsendt det som jeg hadde forklart for hennes kontor 5 - 6 ganger, og dette lovet hun at hun skulle gjøre. Det har gått 2 måneder, og jeg har ikke hørt noe enda. Jeg skulle ønske at dette ikke var sant, men det er det.

Per Wium

## Per Wlum: KONTAKT PRIMÆRLEGE - SYKEHUS

Hvor mange ganger i løpet av en uke skjer ikke følgende:

En pasient som på forhånd har tilslutt seg en time hos legen, kommer med stor forventning inn på kontorét. Men eller hun ble utskrevet fra sykehuset for en uke siden, og hadde fått beskjed om å henvende seg til distriktslegen for å få greie på hva som hadde skjedd ved siste innleggelse. Etter en uke skulle papirene ha kommet tilbake etter sykehuslegens utsagn, men dessverre, hans arkivmappe er helt tom for opplysninger angående siste sykehusinnleggelse, og det er bare å beklage at vedkommende igjen må ta kontakt for å få svar på hva som har skjedd på sykehuset. Det hele virker selvfølgelig irriterende på primærlegen, men den som igrunnen skulle vært irritert, var pasienten. Hvilke ekstrabyrder man legger på pasientene i disse tilfellene, er kanskje vanskelige å få oversikt over når man sitter på et sykehus. Ute i distriktene med dårlig kommunikasjoner over lange avstander, blir problemene imidlertid nokså store, spesielt for pasientene.

Hva er det så som gjør at skriftlige meddelelser fra sykehusene til primærlegene tar så lang tid, og hva kan vi gjøre for å rette på forholdene. Har ikke pasientene på dette området krav på en litt bedre service enn den som generelt blir ydet over det ganske land i dag?

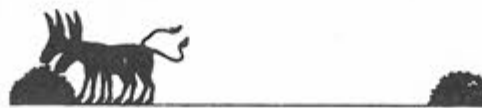
Jeg har selv sittet som "epikriseskriver" og kjent problemene med å sette seg inn i pasientens journal etter at vedkommende befinner seg

mange mil unna. Man føler det på mange måter som et gratis overtidsarbeide man må påta seg på grunn av at primærlegen krever et svar, og reglene foralnger at journalen nå en gang skal inneholde en epikrise.

Av og til føler man seg kanskje også litt irritert over at innleggende lege kun sendte pasienten uten et eneste ord, og at han derfor ikke fortjener noe særlig epikrise tilbake. Og alt dette går altså utover pasienten som vel ikke er skyld i at han selv ble syk.

Jeg vil gå litt nærmere inn på de enkelte punkter ved utskrivelsesprosessen fra sykehuset, da jeg tror det er i første rekke dette som kan bedres på, og det er her de største ulempene for pasientene som regel oppstår. Men før jeg begynner på dette, må jeg i sannhetens navn understreke at det selvfølgelig er uhyre stor forskjell fra avdeling til avdeling, fra sykehus til sykehus, og også fra lege til lege når det gjelder disse ankepunkter.

Men først tidsfaktoren. Vi kunne nevne en rekke grelle eksempler på hvor lang tid det tar fra pasienten blir utskrevet til behandlende primærlege har epikrisen i hånden. Jeg skal nøye meg med ett eksempel. En ass. overlege hadde journaler liggende i hauger på sitt kontor, journaler på pasienter som var utskrevet for 3-4 måneder siden, og dette var en hemske, ikke bare for pasientene, men også for selve sykehusets hele kartoteksystem. De måtte gå på denne legens kontor for å finne de journalene som ikke fantes i det sentrale karto-



Til ettertanke...

tek. Dette eksemplet er selvfølgelig noe av det mest utrerte, og det hadde vel ikke vært så farlig om en lege i Norge oppførte seg slik, men vanskeligheten er at en alt for stor prosent av den norske legestand tenker litt for lite på at epikrise skal skrives på en for primærlegen tilfredstillende måte og sendes ham innen pasienten igjen møter opp på primærlegens kontor.

Så over til informasjonen av pasientene før de blir utskrevet. Til å begynne med tenkte jeg at det var tungnemme pasienter som var årsaken til at de knapt nok visste hva som var gjort med de på sykehuset under en innleggelse. Men etter hvert har jeg måttet innse at det i en vesentlig og kanskje alt for høy grad skyldes manglende evne til informasjon fra sykehuslegens side. Jeg synes pasienten må kunne forlange i en viss utstrekning å få forklart hva som blir gjort med de, hvorfor det blir gjort og hva man finner ut etter hvert, dette med mindre helt spesielle hensyn tilsier at pasienten ikke bør få vite det. Jeg synes i alle fall det bør kunne innvilges en liten samtale med pasienten før han blir så og si "spyttet" ut av maskineriet igjen, med håndbagasjen i hånden og hundre ubesvarte spørsmål på lepene. Et spørsmål om å få tale med en lege blir ofte av søster avfeiet med at de har ikke tid, og da spesielt kanskje på kirurgiske avdelinger blir det i alle fall henvist til innleggende lege som vil få oversendt alle papirer.

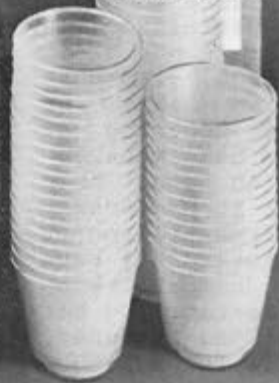
Men så kommer de til innleggende lege med stort håp og store forventninger, og la oss nå si at innleggende lege tilfeldigvis har fått epikrisen, men i en del tilfelle hjelper dette meget lite når man skal opplyse pasienten. Han eller hun er meget lite interessert i 65 normale laboratorieprøver. Vedkommende er interessert i hva som var sykdommen, hvordan den skal behandles, eventuelt hvordan han eller hun skal forhindre at dette gjentar seg.

Forts. neste side

# Migrene, svimmelhet, kvalme og brekninger psykiske og nevrotiske lidelser



Proklorperazinum  
M.h.t. bivirkninger,  
sørsiktighetsregler  
og kontraindikasjoner  
se Felleskatalogen 72.



**rhodia**

Pharma Rhodia,  
Sandviksveien 12, 1322 Høvik.  
Telefon 537803 og 533543



## Kontakt . . .

Primærlegen er i første omgang interessert i en diagnose, begrunnelsen for denne både ved hjelp av patologiske laboratorievedier, men også, og dette er meget viktig, det kliniske bildet i løpet av sykehusoppholdet. Slik epikrisene i dag ofte blir skrevet, består de av laboratoriearket og tilslutt kommer en konklusjon hvor det ofte bare sies hvilke medisiner vedkommende skal ha, uten noen som helst om dosering og videre behandlingsopplegg. Spesialavdelingene på sykehusene har blant annet lett for å glemme at almenpraktikeren ikke er spesialist på dosering av preparater som han kanskje bruker bare en gang hele sitt liv, slik at han ønsker en detaljert fremstilling av hvordan preparatet skal brukes og hvordan han skal kontrollere pasienten. Og her må det, så vidt jeg skjønner, opplysning til for sykehuslegene, da man ikke kan vente at spesialistene skal vite hva som er skjeldne og hva som er hyppige sykdommer i en almenpraksis.

Til sist et lite punkt som er en bagatell, men som irriterer pasientene meget, nemlig at de må løpe til innleggende lege før å få sykmelding umiddelbart etter at de er kommet hjem fra sykehuset. Det blir som regel gjort på sykehuset, i alt for mange eksempler blir pasienten henvist til behandlende lege perifert for å få skrevet ut sykemelding.

Og hvordan skal man så kunne yte en bedre service overfor pasientene. Jeg mener at det hele i de fleste tilfeller kunne ordnes meget enkelt, ved at pasienten før utskrivelsen fikk anledning til å snakke med vedkommende lege på avdelingen som har hatt med behandlingen. Under denne konsultasjonen burde det samtidig eller umiddelbart etterpå bli skrevet epikrise pasienten burde få anledning til å stille de spørsmål han hadde lyst til å få svar på, og han burde få med seg en sykemelding. Når det gjelder hva den almenpraktiserende lege trenger av informasjon i epikrisen, ville det være lurt for sykehuslegen å tenke seg tilbake til den tiden han hadde primær legetjeneste. Jeg er klar over at denne primære legetjenesten for enkelte sykehusleger er meget tynn, spesielt kanskje for overordnede leger i dag, og dette får man da også merke i og med at enkelte leger er komplett ukjent med forholdene som råder ute i distriktene.

Disse problemer har vel bestått så lenge det har vært samarbeide mellom sentrale og perifere leger. Jeg regner ikke med å kunne bedre kommunikasjonen særlig ved en artikkel som denne, men jeg mener at stadig innprentning av hvor viktig dette samarbeidet er, vil kunne gi en meget bedre service overfor de pasienter som kommer inn i systemet.