UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER

NUMMER 2 FEBR./MARS 1974 ÅRGANG 3

AV INNHOLDET:

● Nittersaken side 2 ● Turnuskontrakt side 4 ● Kurs for offentlige leger side 6

● En prat om legevakt side 8 ● Tidsskriftets kasettutgave side 11

UTPOSTEN

Redaksjon:
Distrl. Tore Rud
Harald Siem
Per Wium
Tegninger og lay-out:
Kåre Huse

Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 34 78 23

Abonnement:
kr. 50 pr. år
Studenter kr. 25,— pr. år.

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Trykk:
ST-TRYKK A/S Orkla-Trykk A/S,
7300 ORKANGER

Behandling av kreftpasienter

UTPOSTENS STANDPUNKT I EN OPPHETET OFFENTLIG AVISDEBATT.

Etter at man begynte å interessere seg for ass.overlege Nitters behandling av kreftpasienter i den kulørte presse, senere i UTPOSTEN, har debatten nå kommet frem til Tidsskrift for Den norske legeforening og dagspressen. Titlene kan være av en slik art at selv rutinerte UTPOSTEN-lesere sperrer øynene opp.

Grunnen til at denne kollegiale tvist ikke har kunnet foregå verken innenfor Radiumhospitalets murer eller Det norske legetidsskrifts permer, er vel at det er prinsippielle motsetninger som støter i hop, og at det nok har vært for liten meningsutveksling hittil.

Det norske Radiumhospital står for leger i inn- og utland som et vitenskapelig sett høyst respektert sykehus. Enhetlig diagnostikk og enhetlig etterkontroll er nødvendig for at statistikkene skal være verdifulle. Hvis man har hele landet som nedslagsfelt og gir pasientene definert behandling, det være seg bestråling, operative inngrep eller cytostatika, men helst uten innblanding av for mange andre substanser, blir den vitenskapelige verdi av Radiumhospitalets arbeid meget høy.

Det kan imidlertid tenkes at disse vitenskapelige mål delvis har utkonkurrert andre mål som kanskje samfunnet og pasientene ville prioritere høyere. Vår intelligente leser har allerede kommet på stikkord som sentralisering og cure/care problematikk.

Cytostatika er stoffer som den almenpraktiserende lege stort sett ikke har laqt fingrene borti. Ass.overlege Nitter har etter et tilnærmet standardisert skjema sprøytet Fluoro-Uracil til diverse pasienter som er utskrevet fra sykehus som nærmest oppgitte krefttilfeller uten at behandlende lege har kunnet gi noen vesentlige direktiver om etterbehand - ling. I tillegg til cytostatika er det gitt store doser vitaminer, anabole steroider, sporelementer og andre ernæringstilskudd. Denne intense roborerende behandling i tillegg til Fluoro-Uracil kombinert med den hyppige kontakt pasienten får med sin lege eller helseperso - nell forøvrig, har neppe vært en rasjonell behandling primært, men det foreligger nå utsagn fra flere leger som bestemt mener at deres pasienter har hatt god nytte av dette.

Dr. Lorentz Nitter har sys - tematisk holdt fast på denne behandling, og kuren har fått navnet Nitter-kuren etter ham. Han har aldri antydet at det skal være noen vidunderkur, og så vidt vi vet, heller aldri motsatt seg at andre skal etterprøve hans resultater.

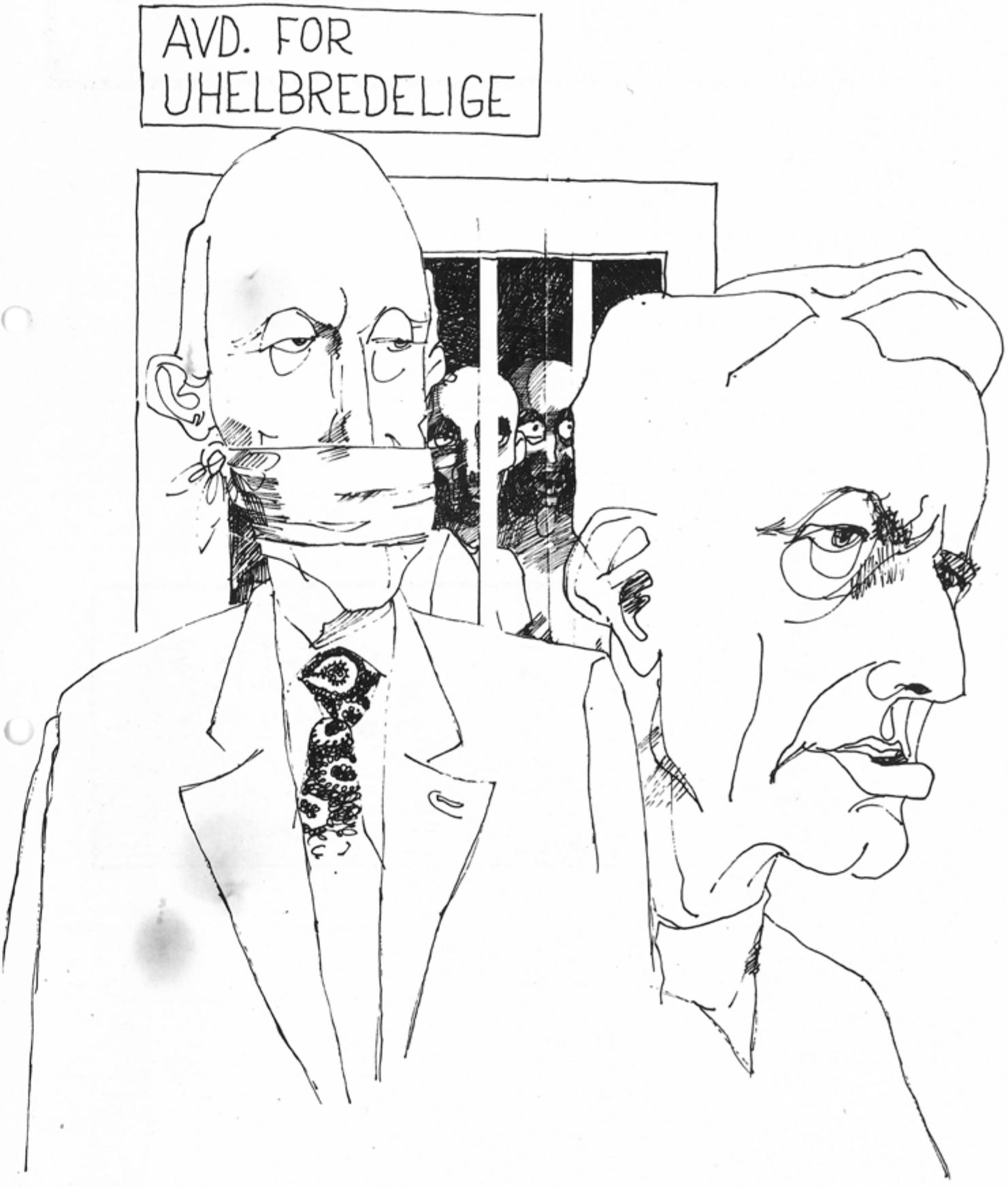
Vanlig praksis er jo at både nære og fjerne kolleger kaster seg over en meddelelse om heldige følger av en behandling innen medisinen i håp om å etterprøve resultatene. Det skulle være enkelt på Radiumhospitalet å etterprøve Nitter-kuren på de såkalte oppgitte pasienter. Nitter-kurens suksess skulle også være et bevis på en lenge savnet omsorg, og våre kreftspesialister burde føle det som en utfordring å engasjere seg også i denne del av kreftpasientens lidelse, f.eks. ved utarbeidelse av mer differensiert farmakologisk behandling.

UTPOSTEN har ikke grunnlag for å gå god for selve Nitter-kuren, men ønsker å kritisere skolemedisinens måte å behandle dr. Nitter og hans arbeide på. Vi aner at personlige forhold kan ha spilt en rolle, men er også redd for at konsentrasjonen av anerkjente spesialister lett skyver andre ut av lyset på en uanstendig måte fordi deres verdinormer ikke passer i mønsteret.

At UTPOSTEN således har medvirket til at Nitter-kuren endelig kom frem i lyset ved gjennom Leiv Tormod Hansens innlegg å spørre: "Hvorfor slik taushet?" - og ved at dr. Nitter redegjør for hva og hvordan, samt noen av sine pasienter, det anser vi som et bevis på bladets berettigelse. Hvorfor tidsskriftet for den norske legeforening og det medisinske kollegium ikke har maktet å sette hans arbeid i sin rette sammenheng (hva nå enn dette måtte vise seg å bli), er et spørsmål som vel aldri får sin klare redegjørelse.

Nittersaken har tre sider:

1. Medisinsk vitenskapelig
2. Medisinsk humanistisk
3. Personlig


AVD. FOR
UHELBREDELIGE

Turnustjeneste i distrikt

SPREKKER AVTALEN NÅ IGJEN? ARBEIDSGIVERAVGIFTEN GJØR DET VANSKELIG Å FINNE AKSEPTABEL KONTRAKT.

I vel 20 år har man krevet et halvt års tjeneste i distrikt før de medisinske kandidater fikk sin lisens som norsk lege. Denne del av turnustjenesten var ment som siste ledd i utdannelsen, og distriktslegen påtok seg ansvaret for denne utdannelsen, til dels med glede, da de samtidig fikk en betydelig avlastning for vaktbyrde og en kollega ved siden av seg.

Etter den første avtalen mellom turnuskandidat og distriktslege, beholdt turnuskandidaten 30% av sin lønn. Etter hvert økte nok pasientpresset, kanskje særlig fordi syketrygden gjorde det mulig for alle å søke lege, og turnuskandidatens arbeidsinnsats ble belønnet med 50%-kontrakten. Denne ble gjort gjeldende fra 1. juli 1966.

Økning av de sosiale utgifter og den store variasjon i arbeidsforholdene hos de forskjellige distriktsleger, gjorde at kontrakten i 1972 ble sagt opp, og OLL's styre fikk i oppdrag av OLL's medlemsmøte å utarbeide utkast til ny kontrakt hvor man ønsket at arbeidsgiverrollen skal fritas distriktslegen, og at det økonomiske oppgjør mellom distriktslege og turnuskandidat skal baseres på prosentvis deling av fellesutgifter ved drift av praksis. Ved kontaktmøte mellom OLL og Helsedirektøren den 16. juni 1972 ble muligheten for å anse turnuskandidaten som selvstendig næringsdrivende, altså kompanjong i praksis, diskutert, og Helsedirektoratet skulle drøfte denne saken videre.

Fra 15. juli 1973 ble ny normalkontrakt for turnuskandidater som amanuenser hos distriktsleger, gjort gjeldende. Kontrakten hadde med et punkt 9B:"Hvis turnuskandidaten anerkjennes som selvstendig næringsdrivende i relasjon til folketrygdens avgiftsbestemmelser, betaler turnuskandidaten avgift i samsvar med dette." Kontrakten ble altså gjort gjeldende før dette spørsmål var avklaret, hvilket har ført til adskillige vanskeligheter. Da det nå synes som om skattedirektøren ikke vil anerkjenne turnuskandidaten som selvstendig næringsdrivende, må OLL i første omgang bøye seg for dette, og arbeidsgiveravgiften sannsynligvis betales.

Imidlertid har styret i OLL villet se på hele turnusordningen på nytt. Man innser at man som offentlig lege og arbeidsgiver har strukket seg svært langt for å få gode kollegiale arbeidsforhold i distrikt. De fleste turnuskandidater som kommer til distrikt, har drevet korridorpraksis og legevaktkjøring tidligere, og også poliklinikkvirksomhet på sykehus. Dette er legevirksomhet med svært små utgifter, og mange turnuskandidater har stilt seg uforstående overfor de store utgifter det er med å drive praksis. Dette har ført til litt anspente forhold mellom distriktslege og turnuskandidater, særlig mot slutten av turnustjenesten når kandidaten er blitt varm i trøya. Distriktslegen har jo fridd til turnuskandidatene som kompanjonger, men selv om turnuskandidater ofte har kortere arbeidstid og høyere inntekter enn distriktslegene selv, har det vært antydet fra deres side at de blir økonomisk utnyttet av distriktslegene.

Distriktslegene har etter hvert innsett at en turnuskandidat aldri kan bli kompanjong. Ønsket om å kalle ham kompanjong var først og fremst motivert av hensyn til arbeidsgiveravgift. Turnuskandidaten er for kort tid i distriktet til å ta noe reelt medansvar for distriktslegepraksis. Ansvar for bolig, regnskap, utstyr,

hjelpepersonell osv. hviler jo alltid på distriktslegen, og oppgjørsordninger som tar hensyn til prisstigning, økning i sosiale utgifter, enn si innarbeidet praksis og velordnet arkiv kan vanskelig omsettes i tall. Problempasienter blir alltid hengende ved distriktslegene, ørebetendelse og flis i fingeren går til turnuskandidaten.

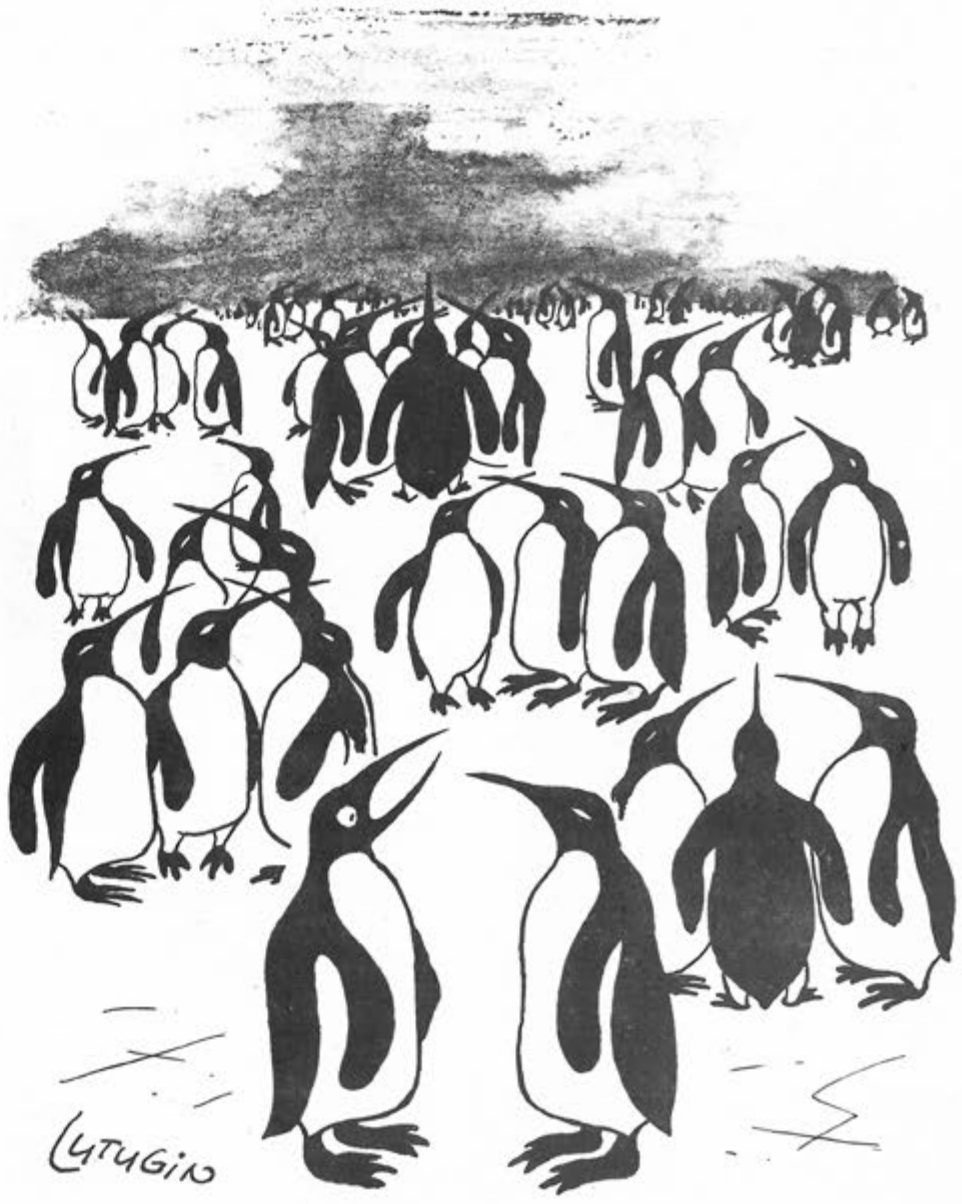
Turnuskandidatene fører med seg andre ulemper for distriktslegen enn bare strid om det økonomiske oppgjøret. For det første har distriktslegene ingen innflytelse på hvem som kommer til sitt distrikt, og det er ikke alltid personer man umiddelbart harmonerer med. Dessuten har distriktslegen ansvar for å tilrettelegge boligforhold, og her varierer jo kravene og ønskene sterkt fra turnuskandidat til turnuskandidat. De fleste distriktsleger har prøvd å rette seg etter de normer som gjelder for turnusbolig ved sykehus, men noe krav er formelt ikke gjort gjeldende for turnusboliger i distrikt.
Turnuskandidatene ser på de forskjellige distriktslegers fordeler og ulemper. Hos noen tjener man mye, hos andre får man en bedre faglig supervisjon, hos andre får man mindre å gjøre, hos andre bor man bedre til en billigere penge. Manglende krav til bolig, husleie, hjelpepersonell, utstyr, kontor o. l. er årsak til stadig meklingsarbeid i Legeforeningens underavdelinger, YLF og OLL.

Turnusordningen består alt i alt i en belastning på distriktslegene som de har påtatt seg på grunn av en fortvilet legedekning. Distriktslegene vil langt foretrekke å knytte til seg faste kompanjonger, og mange ønsker nå å gi fra seg ansvaret for turnuskandidater. Man ser dertil at problemet blir vesentlig vanskeligere etter som flere kandidater blir uteksaminert, og forskjellen på vår- og høstkull gjør ikke saken lettere.

Man har luftet muligheten av å komme frem til en fastlønnsordning for turnuskandidater. Dette vil føre med seg en lang rekke nye problemer, som honorering av ekstraarbeid, vakttjeneste, men frem for alt hvem som skal stå som arbeidsgiver.

Helsedirektoratet stiller seg negativ til tanken på at det offentlige skal stå som arbeidsgiver, og ønsker ikke å utvide sitt ansvar ved gjennomførelsen av turnustjenesten i distrikt. Helsedirektoratets oppgave er kun å godkjenne turnusstedet og gi lisens etter utført 6 måneders turnustjeneste. Hvor vidt turnustjenesten foregår etter en kontrakt, og hvor vidt turnuskandidatene får sin utdannelse hos distriktsleger umiddelbart etter turnustjeneste på sykehus, vedgår egentlig ikke Helsedirektoratet, selv om de hittil har vært behjelpelig med å fordele turnusplasser.

Styret i OLL ser problemene tårne seg opp i fremtiden, og vil gjerne ha saken best mulig luftet før medlemsmøtet ultimo mai 1974. Hele ordningen med turnustjeneste i distrikt står og faller med at distriktslegene frivillig påtar seg å holde turnuskandidat, og etter all den misnøye som distriktslegene når har gitt uttrykk for med den nåværende ordning, synes det nødvendig å diskutere seg frem til et nytt opplegg for turnustjenesten i distrikt.



Jeg opplyste bare at her var fint skiterreng i uberørt natur, få pasienter, frisk luft og særdeles interessante sykdomstilfeller.

FINN NILSSON:

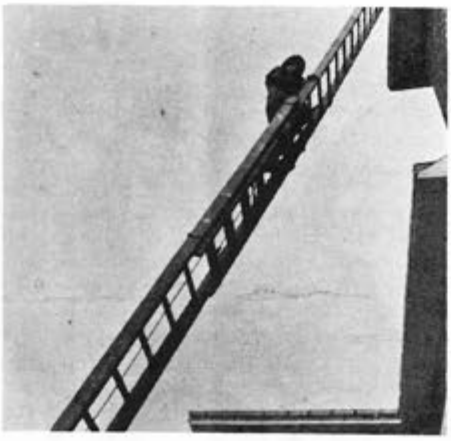
Undervisning for læger i den primære helsetjeneste:

Videre- og etterutdannelse

KURS FOR OFFENTLIGE LEGER ER SENDT I STØPESKJEEN. HELSEDIREKTORATET HAR OPPNEVNT EN KOMMITÉ MED MEDISINALRÅDEN SOM FORMANN. DE SKAL SE PÅ KURSET SPESIELT, MEN OGSÅ PÅ VIDEREUTDANNELSE AV OFFENTLIGE LEGER GENERELT. OFFENTLIGE LEGERS LANDSFORENING HAR HATT EN KOMMITÉ I ARBEID I 3/4 ÅR. DA MEDLEMMENE I OLL 'S KOMMITÉ ER OPPNEVNT I HELSEDIREKTORATETS KOMMITÉ, ER DET UTARBEIDET ET NOTAT TIL VIDERE BEARBEIDELSE I DENNE KOMMITEEN. DR. FINN NILSSON DELTOK I KURS FOR OFFENTLIGE LEGER I 1973, OG HAR UTARBEIDET "FORSLAG TIL FORANDRING AV UNDERVISNINGSOPPLEGGET FOR VIDERE- OG ETTERUTDANNELSE AV LEGER INNEN DEN PRIMÆRE HELSETJENESTE." HER FØLGER ET EKSTRAKT :

Mine erfaringer fra kurs i offentlig helsearbeid for leger høsten -73 har fått meg til å komme med noen refleksjoner på undervisningsopplegget for denne kategori leger. Refleksjonene utkrystalliserte seg til slutt i et konkret forslag til forandring i det nåværende opplegg. Forslaget er oversendt de instanser som arbeider med disse spørsmål, men for at flere kan være med i den viktige prosess som skal føre fram til et bedre opplegg, vil jeg forsøke å presentere de viktigste punktene.

Det nåværende undervisningsopplegg gjør det umulig for en distriktslege i kombinert stilling å delta i både kurset for offentlige leger og i Grunnkurset. Dette medfører at legen i tilfelle må ta bryet med å skaffe vikar, reise fra sin praksis i to perioder for å kvalifisere seg innen begge hovedfelter av sitt yrke. Det synes derfor viktig at en slik vanskelighet ryddes av veien, og derfor foreslås at kursene deles opp i tre delaspekter, og disse tre skal igjen følge etter hverandre tidsmessig innenfor samme "semester". Man foreslår at den som vil, skal kunne ta alle tre kurs sammenhengende, mens den som gjerne vil dele det opp, kan ta disse over to eller tre perioder.



Hver periode blir ikke lenger enn at man relativt lett kan reise fra sin praksis for dette.

Kursinndeling.

Kurs 1. Administrativt offentlig legearbeid.

Dette kurs forutsettes å omfatte de emner som interesserer den offentlige lege, og målet er å ytterligere kvalifisere ham for sitt yrke som distriktslege og helserådsformann.
Varighet ca. 4 uker, 22 timer forelesning etc.pr. uke.

Kurs 2. Profylaktisk/preventiv medisin.

Dette vil bli et kurs som vil tilfredsstille både distriktsleger og almenpraktikere. Man vil forsøke å bringe forståelse for profylaksens betydning, metoder for profylaktisk virksomhet etc. Varighet ca. 6-7 uker.

Kurs 3. Kurativ medisin.

Dette kurs vil følge stort sett kjente prinsipper. Oppmerksomheten festet til legen som behandler av sykdom. Varighet 5 uker, 25 timer pr. uke.

Kurs 1+2 vil erstatte det nåværende kurs i offentlig helsearbeid.
Kurs 2+3 vil erstatte det nåværende grunnkurset.
Som menvt i innledningen, bør kursene følge etter hverandre tidsmessig, slik at en lege som kan skaffe vikar, kan gjøre alle kurs unna på et semester. Total undervisningstid vil bli ca. 15 uker, dvs. ca. 3½ måned.

Undervisningsopplegg.

Opplegget for kurativ medisin går uendret fra tidligere. Når det gjelder de to andre kurs, tenker man seg i en større grad enn tidligere at man skal gis muligheter til selvstudium. Timetallet med kateterforelesninger skal begrenses til 4 pr.dag. Ved kursopplegget skal stimuleres til eget arbeid i form av gruppearbeid, og i enkelte tilfeller enkeltinnsats.

Lover og forskrifter bør i større grad enn tidligere appliseres på de praktiske forhold, og man tenker seg et opplegg der kursdeltagerne i grupper på 2-4 går gjennom de enkelte lover og siden legger sitt syn på hva som er viktig, fram for resten av kullet. Tilstede ved gjennomgåelsen bør være en lovkyndig som korrigerende instans.

Kursledelse.

Det foreslåtte opplegg baserer seg på at kurset skal kunne adapteres til skiftende forhold og skiftende behov i større grad enn tidligere. Man har derfor foreslått at det opprettes en stilling som kursleder underlagt delvis Lægeforeningen og delvis Helsedirektoratet, og hvis oppgave er å legge opp og lede kurs. I tillegg til det skisserte kursopplegg vil en slik mann kunne engasjeres også i andre former for kursvirksomhet. Vedkommende bør være lege med erfaring fra offentlig og kurativt arbeid.

Det er i stigende grad klart at kurs i videre- og etterutdannelsen skal meritere ved tilsettinger. Man har fått dette fastslått ved rundskriv etc. Dersom man skal ha rimelig tyngde bak et kurs med meriterende betydning, må man ha rimelig sikkerhet for at kursdeltagerne virkelig har vært tilstede under hele kurset, og at de derved har tilegnet seg det som var meningen at de skulle. Dette problem rører oss inn i et problemkompleks som utløser sterke emosjoner og heftig debatt: Skal man ha eksamen eller ikke. Dersom man ikke skal ha eksamen, på hvilken måte skal man da evalueres? Dersom man har en eller annen form for kursprøve, særoppgave, obligatorisk frammøte etc., synes det relativt klart at det er lettere å få godkjent et kurs' meriterende betydning.

Erfaringene fra det kurs undertegnede var tilstede på, og som derfor omfatter både grunnkurset og kurset for offentlige leger (all den tid 8 uker er felles), taler for at enkelte aspekter ikke bør være av betydning når kurset tillegges betydning ved tilsettinger, godkjenning etc., og det er også hevet over tvil at fremmøteprosenten enkelte ganger var faretruende lav. Vel vitende om at de siste avsnitt av dette oppsett innebærer at jeg har stukket hånden inn i et vepsebol, synes jeg likevel at disse aspekter bør med; Den manglende oppslutning, og periodevis lite inspirerende kursopplegg er nettopp de faktorer som har gjort at jeg har laget mitt "forslag til forandring av undervisningsopplegget for videre- og etterutdannelse av leger innen den primære helsetjeneste". Dersom noen er interessert, kan det komplette forslag fåes fra undertegnede.

Helsedirektøren har 10. desember 1973 besluttet at det skal nedsettes en arbeidsgruppe som får til oppgave:

Å utarbeide planer for en omlegging av kurs i offentlig helsearbeid for leger.
- Med til vurdering av kursinnholdet må gruppen også ta standpunkt til eventuelle nye emneområder der det bør gis undervisning i, (eks.vis administrasjon) vurdere i hvilken grad kurset kan samarbeides med kurs for almenpraktiserende leger og evt. fellesundervisning med helsesøsterskolen i enkelte emner, og vurdere i hvilken grad kurset bør danne basis for kurs ved Nordiska hälsovårdshøgskolan.
Behovet for eventuelle suppleringskurs/oppfriskningskurs bør også tas med i gruppens vurderinger.

Arbeidsgruppen vil få følgende sammensetning:

Medisinalråd Jon Bjørnson, formann,
fylkeslege J.V. Fyse,
legekonsulent Tore D.Christiansen,
Fra OLL:
Ass.fylkeslege Egil Willumsen,
distriktslege Harald Siem,
Fra DNL:
Avd.sjef Harald Holand.

En prat om legers plikt til å yte legehjelp

ER DISTRIKTSLEGENE PÅLAGT ET UTVIDET ANSVAR FOR Å YTE BEFOLKNINGEN LEGEHJELP? ETTER HELSEDIREKTORATETS TOLKNING AV "INSTRUKS FOR DISTRIKTSLEGER" SYNES DETTE Å VÆRE TILFELLE. ER DET KLOKT Å PÅLEGGE DISTRIKTSLEGENE ET SLIKT EKSTRAANSVAR SETT UT FRA STATISTIKKENE OVER DISTRIKTSLEGENES ARBEIDSTID ?

"Meddelelsesblad for Helsedirektoratet" skal inn i en ny form som det allerede ble bebudet ved begynnelsen av året 1973. I sin nye form håper Helsedirektoratet at de ytre etater vil være med på å skape en bedre to-veis-kommunikasjon i "det grønne blad". Meddelelsesbladet vil legge betydelig vekt på bidrag utenfra - innlegg, meningsytringer og kommentarer fra leserne, videre også såkalt personaliastoff av interesse for etatene.

Denne forandring hilses med glede.

Imidlertid er man noe usikker på om Helsedirektoratet i denne nedskjeringens tid har overskudd til å realisere sine planer. Derfor vil UTPOSTEN i dette nr. ta opp til drøftelse et emne som har gått igjen i de to siste "grønne", nemlig legers plikt til å yte legehjelp.

UTPOSTEN: "Lov av 26.7.12 om utførelsen av de offentlige legeforeninger" sier:"Stadsleger og distriktsleger skal være forpliktet til at yde legehjelp til befolkningen i sine distrikter mot passende godtgjørelse, og i den utstrekning deres offentlige forretning tillater. Forutsatt at det er sørget for at befolkningen på annen forsvarlig måte blir ydet legehjelp, kan fylkeslegen for enkelte dager frita stadslege eller distriktslege for denne plikt. I distrikter hvor det er mange offentlige legeforretninger, og hvor forholdene forøvrig ligger til rette for det, kan departementet bestemme at stadslegen eller distriktslegen skal være fritatt for denne plikt." - Hvordan skal dette forståes?

DISTRIKTSLEGE H. SIEM: Jeg har alltid oppfattet det slik som om at paragrafen åpner en adgang til å avvise pasienter til fordel for det offentlige helsearbeid. Men her åpnes adgang til å yte legehjelp i den utstrekning de offentlige forretninger tillater. Jeg grøsser ved tanken på at legene skal være forpliktet til å tilfredsstille befolkningens totale behov og ønsker om helseservice.

DISTRIKTSLEGE P. WIUM: Jeg tror at lovskaperne var redd for at distriktslegene helt skulle nekte å drive praksis, og derfor kom setningen om at stadsleger og distriktsleger skal være forpliktet til å yte legehjelp..... Det offentlige helsearbeid synes å sette en begrensning for den praksis som legen kan drive.

UTPOSTEN: I Meddelelsesbladet av november 1973 anføres det at " i distrikter der den offentlige lege er distriktets eneste lege, må man gå så langt som å si at begrensingen stort sett ikke innebærer noen realitet".

FYLKESLEGE O. ZAKARIASSEN: Ja, jeg kan også se uhyggelige perspektiver for distriktslegene ved en slik formulering. Særlig når man vet at en distriktslege kan bli konstituert i opp til flere distrikt ad gangen, i utkantstrøk ofte som eneste lege. Det kan føre til svært vanskelige forhold for legen hvis innbyggerne skulle lese ovenforstående. I rolige tider, dvs. uten spesielle epidemier eller store skader, vil man i en befolkning på 1000 innbyggere ha ett akutt sykdomstilfelle i døgnet som kan være alvorlig, mens kanskje fem som åpenbart ikke er alvorlige, men hvor pasienten kan stille krav om å bli tilsett av lege. Som kjent, søker nordmenn gjennomsnittlig lege utenfor institusjon to ganger i året.

DISTRIKTSLEGE P. WIUM: Legeloven av 29.4.27 er relativt klar på dette punkt. I § 7 heter det: "Enhver lege plikter på anmodning uopphold-delig å yte den legehjelp han evner personlig eller ved stedfortreder, når han etter de foranliggende opplysninger eller sitt kjennskap til et sykdomstilfelle må anta, at legehjelp er påtrengende nødvendig i anledning barnsnød, svære ulykkestilfelle, forblødninger, forgiftninger, eller andre sykdomstilstander etter Kongens nærmere bestemmelse."

FYLKESLEGE O. ZAKARIASSEN: Kongen har ikke nærmere bestemt andre sykdomsgrupper. Men det er klart at en lege i alle fall moralsk er forpliktet til å yte legehjelp til en som etter hans skjønn åpenbart har et påtrengende behov for legehjelp.

DISTRIKTSLEGE H. SIEM: Dette er nettopp noe av kjernen ved problemet. Grunnen til at lovverket ikke er ytterligere differensiert, kommer vel av at legene stort sett har kunnet yte nødvendig legehjelp etter sin egen vurdering. Det ville imidlertid være meget farlig å la befolkningen få inntrykk av at distriktslegen sitter på en 24 timers vakt, forpliktet til å yte den, etter pasientens vurdering, nødvendige legehjelp.

DISTRIKTSLEGE P. WIUM: Lovgivningen kan tolkes som en beskyttelse av befolkningen mot dovne leger. I alle fall i utkantstrøk synes det motsatte å være nødvendig. Vi kjenner kolleger, og har vel også ofte følt det selv, hvordan befolkningen driver rovdrift på den eneste tilgjengelige lege som fører til direkte utmattelse og aggressiv selvbeskyttelse hos legen. Dette går samti-

dig utover helserådsarbeidet og andre viktige oppgaver distriktslegen har. For ikke å snakke om distriktslegefamiliens helse.

DISTRIKTSLEGE H. SIEM: Er legen syk eller overanstrengt bortfaller plikten til å yte legehjelp etter legeloven. Det synes imidlertid lite etisk å koble ut telefonen, enn si gjemme seg bort, selv om en er overarbeidet, av hensyn til det ene alvorlige tilfellet. Av hensyn til de alvorlig syke er man med andre ord alltid tilgjengelig, men må da også selv om man er overarbeidet, argumentere med alle de mindre alvorlige tilfeller som ønsker legehjelp her og nå.

DISTRIKTSLEGE P. WIUM: Akkurat. De som utferdiger lovene på dette punkt, må være pinlig klar over hvilke situasjoner mange distriktsleger står oppe i hver dag, med betydelig arbeidsbelastning gjennom dagen og et anselig program foran seg på kvelden kl. 10. Når da en telefon ringer og en stemme forteller at gamle far eller mor på 90 år igjen er blitt svimmel, ender det ofte med at pasienten "forlanger" sykebesøk med en gang. Vanligvis vil jo legen prøve å dra på det, og nevner kanskje at det ikke blir tid til sykebesøk i løpet av det første døgn, hvoretter beskyldninger og trusler begynner å hagle nedover med fylkesmann, helsedirektør, helsedirektorat, sivil rettssak, eller endog grovere trusler. I slike tilfelle nytter det neppe å fortelle hvor mye helserådsarbeid som er ugjort, heller ikke at det finns andre pasienter som er alvorligere syke, men det har vært en god støtte å kunne henvise til Legeloven som begrenser plikten til utrykning.

UTPOSTEN: Vi er kjent med at mange almenpraktiserende leger henviser ansvaret for å holde legevakt til den offentlige lege.

FYLKESLEGE O. ZAKARIASSEN: Det er riktig at loven om de offentlige legeforretninger som sier at stads- og distriktsleger skal være forpliktet til å yte legehjelp, har vært tolket slik. I denne loven heter det videre: "Forutsatt at det er sørget for at befolkningen på annen forsvarlig måte blir ytet legehjelp, kan fylkeslegen på enkelte dager frita stadslege og distriktslege for denne plikt." - Imidlertid ser det nå ut som om de almenpraktiserende leger deltar i legevaktarbeidet i samme monn som de offentlige.

Etter legeforeningens kollegiale vedtekter plikter jo de almenpraktiserende leger å delta i lokal legevaktordning.

Man kan kanskje si at den offentlige lege har et spesielt ansvar for at legevaktordningen fungerer.

DISTRIKTSLEGE H. SIEM: Jeg vil gjerne ta fatt i setningen "yde legehjelp til befolkningen i sine distrikter mot passende godtgjørelse.." Hva er passende godtgjørelse. På grunn av den gode sykeforsikring som eksisterer, er det en helt ubetydelig utgift for pasientene å tilkalle lege, og det har vel etter hvert ført til et økt bruk av legetjenester. Men det kan diskuteres om Legeforeningens takster egentlig er noen passende godtgjørelse for den legehjelp som ytes utover 60 arbeidstimer i uken. Godtgjørelsen burde ikke gis i penger, men i fritid.

Det skal i denne sammenheng påpekes at man vanligvis med hvilende vakt regner 4 passive vakttimer som 1 arbeidstime. Aktiv arbeidsinnsats kommer i tillegg. Distriktslegen får en 42½ timers arbeidsuke ved å oppholde seg i sitt distrikt under hvilende passiv vakt når han er alene.

DISTRIKTSLEGE P. WIUM: Dette utgjør vel også et hovedproblem hvis man ønsker å sett distriktslegen som er alene i sitt distrikt, på fast lønn?

DISTRIKTSLEGE H. SIEM: Det kan vel tenkes at fast lønn og regulert arbeidstid kunne stimulere flere til å slå seg ned i praksis utenfor sykehusene, og man ville vel derved kunne oppnå å flytte korridorpraksis ut til en organisert primær helsetjeneste.

UTPOSTEN: - Diskusjonen synes å fjerne seg fra emnet. I en sum kan det vel sies at det synes å være enighet om at departementets tolkninger av Legeloven og Lov om de offentlige legeforretninger samt sistnevnte lov i seg selv, lett kan bringe distriktslegen opp i en uutholdbar situasjon.

Tverrfaglig seminar om helse- og sosialsenter

Offentlige Legers Landsforening har planlagt å avvikle et tverrfaglig seminar om helse- og sosialsenterproblematikk på Røros 9.—11. mai 1974.

Hensikten er å samle erfaringer fra de forskjellige forsøk på å realisere et bedre samarbeid i den primære helse- og sosialtjeneste, og dermed få avgrenset og utdypet et slikt senters verdi og muligheter.

I tillegg til foredrag og diskusjoner ønsker man å nedsette arbeidsgrupper under seminaret som utarbeider redegjørelser for bl. a. planlegging, planleggingsansvar, utforming, finansiering, drift og samarbeidsproblemer.

Det er meningen å samle informasjonen fra et slikt seminar i en publikasjon etter seminarets slutt.

Offentlige Legers Landsforening vil med dette gjøre seminaret kjent for på et tidlig stadium å komme i kontakt med interesserte.

Detaljert program vil bli gjort kjent i Tidsskrift for Den Norske Legeforening 20. mars 1974.

Kommentarer og eventuell forhåndspåmelding kan skje ved henvendelse til distriktslege Harald Siem, adr. 6420 Aukra.

Fredrik Mellbye Svein Tjaaland Harald Holand Harald Siem

PER WIUM:

Tidsskriftets kassettutgave

ER UTBYTTET AV EN SLIK KASSETTUTGAVE VERD INNSATSEN ?

I 1973 har Tidsskrift for Den Norske Lægeforening sendt ut fire prøvekassetter hvor det har vært tatt opp de ting fra Tidsskriftet som har mest relevans for den almenpraktiserende lege.
En meget god tanke er at man skal kunne ha dette midlet i bilen for avspilling under kjøring, dessuten i båten og ellers hvor man måtte ha tid til å bruke en båndspiller.

Jeg har vært med på prøveprosjektet i 1973 med ialt 4 kassetter og må si at jeg har vært meget skuffet over resultatet. Denne skuffelse har jeg til stadighet gitt uttrykk for,men det ser ikke ut som den har slått helt igjennom når jeg leser med hvilken begeistring redaksjonen i Tidsskriftet lanserer sin nye tanke. Så vidt jeg skjønner regner man ikke innkjøringsperioden for avsluttet enda, og det er vel kanskje enda håp, men det jeg har mottatt hittil er ikke verdt hverken innsatsen fra redaksjonen eller prisen som er antydet for denne service.

Den viktigste grunnen til misæren er selvfølgelig at Tidsskrift for Den Norske Lægeforening ikke er beregnet på almenpraktiserende leger. Det å koke suppe på spiker har vært forsøkt før, og Tidsskriftets redaksjon har ihvertfall ikke vært heldigere enn de som har prøvd dette før dem. Å ta ut stoff til en slik kassettutgave er selvfølgelig vanskelig. Hvem som har vært med på dette vet jeg ikke, men jeg synes det er merkverdig at det kun en sjelden gang har vært orientert om artikler fra terapispalten. Dette er vel den delen av Tidsskriftet som almenpraktiserende leger leser mest i tillegg til ledige stillinger. Ifarten kan jeg bare huske en artikkel fra ovennevnte spalte, nemlig om avføringsmidler i 4. prøvekassett. Det utdraget som har vært gitt av artiklene, har sjelden gitt meg en forståelse av stoffet slik som jeg kunne trenge det i almenpraksis, og jeg tror en bedre løsning for meg hadde vært å "skumlese" gjennom artiklene for å få med det som jeg i min situasjon best trengte.
Det er vel spørsmål om herrene Harlem og Johannesen kan klare denne oppgaven, nemlig å få med det som er mest essensielt for almenpraktikeren, uten å knytte almenpraktikeren nærmere til sin redaksjon.

Jeg har sett på hele kassettprosjektet som en ren reklame for at man skal lese Tidsskrift for Den Norske Lægeforening. Redaksjonen har da heller ikke kunnet unnvære, nesten ved enhver anledning, å understreke at"vedkommende artikkel er lesverdig" eller sogar "meget lesverdig"
Jeg er klar over at redaksjonen i Tidsskriftet er meget fornøyd med Tidsskrift for Den Norske Lægeforening slik det er i dag, og jeg skjønner godt at de anbefaler at vi leser artiklene der.
Men hvis intensjonen er å lage en kassettutgave som opplyser de almenpraktiserende leger, så får man gjøre det og ikke stadig henvise til Tidsskriftet.

Til sammenligning har jeg stadig fått tilsendt kassetter fra Medical Recording Service Foundation i England. Dette er et kassettbånd og lysbildesystem opplagt etter forskjellige temaer, slik at legen kan velge nær sagt hvilket tema han vil sette seg inn i. Han får derved en avgrenset men relativt bred innføring i emnet

Jeg er klar over at hele systemet er lagt opp på en helt annen måte, men det man får ut av et slikt system tidsmessig i forhold til det jeg har"sett" av Tidsskriftets kassettutgave, er for meg som dag og natt. Jeg har derfor tidligere foreslått for redaksjonen å å yte service overfor medlemmene ved oversettelse, eventuelt distribusjon av ovennevnte institusjons kassettservice, dersom man ikke kan produsere noe bedre enn det som har vært produsert i 1973.
Kassettutgaven fikk jo en utmerket reklame gjennom distr.l. Moe's fjernsynsprogramm, men alle er jo ikke til de grader interessert i nye elektrotekniske hjelpemidler som dr. Moe.
Etter inntrykket fra redaksjonen i Den Norske Lægeforening og fra fjernsynsprogrammet med dr. Moe, får man inntrykk av at dette tiltaket er 100% positivt, og en meget god etterutdannelse for den almenpraktiserende lege.
Jeg synes derfor det er nødvendig å komme med denne kritikk om enn redaksjonen i Tidsskriftet synes den har vært noe surmavet. Jeg gjør også oppmerksom på at prosjektet koster penger.
I 1973 ble det brukt kr. 20.000 fra fondet til videre- og etterutdanning av leger. Det er søkt om ytterligere 55.500 kr for drift av prosjektet i 1974.
Jeg tror det er grunn til å tenke seg litt om før man øser ut disse hundre tusen kroner til dette prosjektet.

Per Wium

TRICYKLISKE ANTIDEPRESSIVA

Endring av utleveringsbestemmelsene

SPESIALITETSKONTROLLENS RESTRIKTIVE HOLDNING TIL UTLEVERING AV TRICYCLISKE ANTIDEPRESSIVA HAR ETTER ARTIKKELFORFATTERENS MENING FLERE SIDER. SUICIDALFREKVENSEN MENER HAN IKKE KAN PÅVIRKES SÅ MYE PÅ DENNE MÅTEN. DERIMOT KAN DET FÅ UHELDIGE FØLGER FOR PASIENTER SOM HAR STORE FRAKTUTGIFTER PÅ MEDISINER.

Dr. Sverre Haugan rykker i "Utposten" nr. 1 1974 ut med forklaring på hvorfor utleveringsbestemmelser for antidepressiva er forandret, etter distr.lege Siem i "Utposten" nr. 9 1973 hadde spurt hva som var grunnlaget for denne endring av utleveringsbestemmelsene.
Dr. Sverre Haugan presiserer at "denne endring kan være et spørsmål om liv og død", og så skulle man jo helse la pennen ligge. Men jeg har allikevel lyst til å knytte noen litt mer generelle kommentarer til selve denne "formyndervirksomheten", og hvilke følger den har for pasientene.

For det første tror jeg spesialitetskontrollen har misoppfattet sin oppgave dersom de skal redusere alle doser og pakningsstørrelser for å forhindre suicid. Jeg mener prinsippielt at en hver lege,uansett spesialist eller ikke, må være ansvarlig for den behandling han foretar seg, og en spesialitetskontroll kan aldri overta dette ansvaret. Hvis man på så svakt grunnlag som spesialitetskontrollen anfører i rundskriv av 15.10.73, nemlig "Det er allikevel rimelig å regne med at de høye styrker medfører en større fare for alvorlige intoxikasjoner" skal bli retningslinjen for videre begrensning av tablettstyrker og pakningsstørrelser, tror jeg preparater som digitalis, jernmedisin, salicylater, imipramin og barbiturater snarest bør undergå samme skjerpede kontrollbestemmelse. Men aller viktigst vil det være om spesialitets - kontrollen undersøkte legenes forhold,og kunnskap om tricykliske antidepressiva. La oss være enig om at det siste er en umulig oppgave. La oss være enig om at spesialitetskontrollen ikke kan forhindre suicid, og la oss være enig om at det er behandlende lege som ene og alene har ansvaret. Måten å kunne behandle dette problemet på, mener jeg må være opplysning og direkte kollegial kontakt dersom man kommer over uforsvarlige forskrivninger.

Men er så dette noe problem for behandlende lege og pasient?
La oss ta en pasient som gjennom perioder i mange år har stått på Neodalit (Dibenzepin) 80 mg. fra 2-4 tabl. daglig. Pakningsstørrelsene på 100 og 250 tabl. er gått ut,og tilbake står pakningsstørrelse på 30 tabl. Denne dosen vil da vare en uke dersom vedkommende bruker 4 tabl. daglig, og 14 dager dersom pasienten bruker 2. De som sitter sentralt er sannsynligvis ikke oppmerksomme på at det ikke finnes apotek i alle kommuner. Jeg kan derimot fortelle at det kan være ganske langt til nærmeste apotek,og at transportomkostningene kan gå opp i både 10 og 20 kr. for en liten medisinpakke. Disse transportomkostninger er det ingen som vil betale, selv ikke spesialitetskontrollen, og det kan bli ganske store summer iløpet av 1 år, ihvertfall hvis man må ha forsendelse hver uke.
Man prøver så å hjelpe pasienten ved å bestille flere glass á30 tabl. for å ha det lagret på legekontoret. På den måten kunne man spare en del transportutgifter.
Dette går imidlertid heller ikke. Reglene er så sinnrikt innrettet at det kun er institusjoner som får utlevert mer enn det reglene

tilsier. I og med at distr.l. ikke blir ansett som institusjon, er også denne muligheten stoppet. Distr.l. har kjent pasienten gjennom mange år, vedkommende har full fortrolighet til legen, har aldri selv på meget inngående og direkte spørsmål ymtet noe om suicid og har hele tiden dosert sin medisin slik som det har vært foreskrevet. I dette tilfelle mener distr.l. at det er fullt forsvarlig å gi pasienten medisin for 1 måned ad gangen, men spesialitetskontrollen og dr. Sverre Haugan er ikke enig i dette. Det blir altså spesialitetskontrollen og dr. Haugan som vinner denne kampen. Igjen langt fra apotek sitter distr.l. og skriver ut resepter hver uke, respektive hver 14. dag, mens pasienten med samme ekvens betaler fraktutgiftene.
Jeg mener ikke at en hver form for kontroll skal utelates når det gjelder omsetningen av legemidler, men jeg øyner en fare i dette at kolleger skal være formynder over andre i samme yrkesgruppe.
Dr. Sverre Haugan kommer med velmenende ord i det han sier at: "Ambulant behandling av en depresjon bør aldri startes før man har vurdert suicidrisikoen (bl.a. ved direkte men NB. hensynsfulle spørsmål om suicidale ønsker og planer.) Suicidrisk er innleggelsesindikasjon. Er man i tvil om risk foreligger, bør doseringen - i forståelse med pasienten - overlates til pårørende".
Dr. Haugan vet like godt som jeg at almenpraktiserende leger til alle tider har behandlet pasienter med depresjoner og kanskje i et antall som overstiger det antall som har kommet innom psykiatriske institusjoner.
Han vet også utmerket at suicidrisk er ikke innleggelsesindikasjon. Jeg håper han er klar over hvor mange senger psykiatriske institusjoner måtte hatt dersom alle med suicidrisk skulle innlegges. Tilstanden i dag er slik at man må være fornøyd dersom man får de indremedisinske avdelinger til å henvise pasienter som virkelig har gjort suicid - forsøk henvist til psykiatrisk behandling.
Det er ikke alltid det skjer heller. La oss holde oss på jorden i dette spørsmålet og se litt ut over institusjonene og kontorene i spesialitetskontrollen.
Jeg håper på snarlig endring av utleveringsreglene for tricykliske antidepressiva, eventuelt med mulighet for unntak som kan bestemmes av det lokale apotek, disse har nemlig bedre greie på den enkelte leges forskrivningspolitikk enn noen annen vil kunne få.

Litteraturanmeldelse:

SEKSUAL-KUNNSKAP

Bergstrøm-Walan, Karl Evang

Boken er beregnet på 4.- 6. klassetrinn og er utstyrt med meget enkle og instruktive tegninger, som man lett kan tegne opp på tavlen, selv om man er utstyrt med minimal tegneferdighet. Viktig ved boken er at den legger frem stoffet på en instruktiv måte for elevene på det klassetrinnet, og dette er vel kanskje det vanskeligste for helsepersonell og lærere som skal undervise barn i dette emnet på dette klassetrinn. Boken er lagt opp som et elevhefte med endel spørsmål og oppgaver tilslutt Med i settet finnes også en lærerveiledning til elevheftet. Jeg regner med at lærerveiledningen er utfyllende nok til at hvem som helst med et visst minimum av pedagogisk kunnskap vil kunne undervise i seksual - kunnskap for 4. - 6. årstrinn uten noen forkunnskaper på området.

Paramedisinsk håndbok

Hovedredaktør lege Jens Moe, Drøbak

- God bok med dårlig tittel.

Ikke bare er prisen på denne boken avskrekkende, men navnet paramedisin er høyst villedende. På andre europeiske språk, og vel blandt de fleste norske medisinere, betyr paramedisin det som ligger ved siden av medisinen, ikke akseptert som skolemedisin, okkultisme og besvergelser. Det er derfor uheldig at man forsøker å legge ny mening i et gammelt begrep. I omtalte bok defineres paramedisinere som alt sideordnet helsepersonell.

Bokens innhold kan imidlertid bli nyttig for mange.

Helsedirektoratet har utgitt retningslinjer for sykehusenes katastrofeplaner, og det arbeides med dette mange steder. Vi har fått en Stortingsmelding om helsetjenestens transport og kommunikasjonsproblemer, og her blir det snakk om utdannelse av ambulansepersonell. Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors har hittil hatt relativt overfladiske manualer å hjelpe seg med ved trening av sitt personell, likeledes fiskere og sjøfolk.

Denne bok er på 405 tekstsider, og omtaler alt fra anatomi, fysiologi, ambulansebiler, katastrofesituasjoner, frigjøringsteknikker, svikt ved bilen, vanlige akutte sykdomstilstander og fødselshjelp. Boken er lett forståelig skrevet og praktisk illustrert. Den er en kjærkommen gave til alle leger som har hatt med undervisning av førstehjelpere å gjøre, og vil nok gå inn som pensum ved de fleste slike kurs.

Man får håpe at et høyt opplag kan hjelpe til å senke den nevnte pris noe.

Greitt å vite fra Sosialdeptet.

HUSLEIE FOR DISTRIKTSLEGER

9. januar 1974

Det vises til fylkeslegens ekspedisjoner av 26. mars og 16. oktober 1973.

Det fremgår at distriktslegen er avskrevet husleie med kr. 450,- pr. måned eller kr. 5 400,- pr. år.

Det fremgår videre av distriktslegens brev at det er en del å utsette på vedlikeholdet. Kommunen på sin side har ikke hatt merknader til dette.

Departementet har ved liknende tilfelle hevdet at husleien ikke bør overstige det maksimale fradragsbeløp for offentlige tjenestemenn som i sine stillinger er tillagt bolig. Distriktslegen er i henhold til sin instruks forpliktet til å benytte denne bolig. Ut fra de foreliggende opplysninger er det lite som tilsier at leien for denne distriktslegebolig skal overstige nevnte fradragsbeløp som f.t. utgjør kr. 4 385,- pr. år.

Helsedirektoratet vil anmode fylkeslegen om at det blir tatt kontakt med kommunen og distriktslegen med sikte på å finne frem til en minnelig ordning. Dersom dette ikke kan oppnås, kan partene (kommunen ved kommunestyrevedtak) overlate departementet spørsmålet til avgjørelse. I alle fall bes innhentet kommunens uttalelse, eventuelt bes meddelt den leie partene er blitt enige om. Til kommunens orientering kan det også vises til "Meddelelsesblad for Helsedirektoratet" nr. 1 for 1970, side 26-28, hva angår kommunens forpliktelse med hensyn til distriktslegers boliger.

Etter fullmakt

.....

PER WIUM

Kontrollrutiner ved sykehusenes poliklinikker

Alle vet at poliklinikkene har vært en pengeoase for sykehuslegene. De har der kunnet gresse uhemmet ved bruk av alle sykehusets serviceinstitusjoner og hjelpende ånder, uten å etale så mye i gebyr.
Vi har tidligere tatt opp dette emnet i "Utposten" og ble en del beroliget av dr. Asbjørn Holm's redegjørelse om at forholdene nu var "renslige" Etter mitt skjønn er det fremdeles en over - kontrollering ved poliklinikkene ved sykehuset. Jeg tror ikke dette er bevisst av sykehuslegene for å tjene mer penger, men jeg tror det rett og slett er en uvitenhet eller tankeløshet, hvor de tror at almenpraktikeren ikke er interessert i, eller har kyndighet nok til å kontrollere tilfellene.
Dette er selvfølgelig tilfelle ved enkelte sykdommer, men når det samme prinsipp blir brukt på plattfot, testis - retensjon, tumor mammae, subcutane godartede tumores o.s.v., tror jeg at en kan snakke om overforbruk av poliklinikker.
Det er lite hensiktsmessig å komme til kontroll på kirurgisk poliklinikk med en tumor mammae og der bli mottatt av en turnuskandidat som aldri har sett pasienten før. Han har mindre trening i å palpere et bryst enn den distriktslegen som pasienten kjenner fra før av, som har kjent tumoren før og som vedkommende pasient passerte med transportmiddel for mange timer siden. Jeg tror mine kolleger skal være oppmerksomme på forholdet og si fra ved de lokale poliklinikker. Det kan nemlig spare pasienten for utrolig mange kilometer reise, og utrolig mange timers ventetid.

URICULT®

Fordeler:

1. Enkel prøvetagning, dyrkning og transport.
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden for Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behøver ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult ved kjølig romtemperatur. Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S,
Postboks 204, 1371 Asker
Tlf. (02) 78 30 60, Asker

Akutt lungeødem

Impugan
(furosemid)

til intravenøs injeksjon —
2 og 4 ml brekkampuller

For utførlig informasjon: Se Felleskatalogen

DUMEX

Svimmelhet, kvalme og brekninger, migrene
psykiske og nevrotiske lidelser Proklorperazinum
M.h.t. bivirkninger, forsiktighetsregler
og kontraindikasjoner
se Felleskatalogen.
Stemetil
rhodia
pharma rhodia
Medisinsk informasjonskontor · Sandviksveien 12, 1322 Høvik