



Innhold:

LEDER: D'e ittnå som kjæm tå sæ sjøl Av ELISABETH SWENSEN	s 2
Utposten 30 år 1972-2002 Av EYSTEIN STRAUME	s 4
Galvade over Utpostens første 30 år Av ELISABETH SWENSEN	s 6
Utkantleger på offensiven UTDRAG FRA AINA SCHJØTZ «DISTRIKTSLEGEN - INSTITUSJONEN SOM FORSVANT»	s 56
Utpostens redaksjoner	s 58
L'envoi (sluttord) fra «Aequanimitas» Av SIR WILLIAM OSLER	s 59

D'e ittnå som kjæm tå sæ sjøl

UTPOSTEN er 30 år. Bladets historie er unik og stolt. Vi er intet mindre enn – så langt vi vet- verdens eneste frittstående medisinske fagtidsskrift for formidling og utvikling av av erfaringsbasert kunnskap fra førstelinjen i faget, med et særlig ansvar for å ivareta de faglige utpostene i alle betydninger av ordet. Konseptet er mildest talt utradisjonelt. Redaksjonen er en gruppe kolleger som tar på seg å snekre tidsskrift på dugnad. I fem år! Deretter går den sittende redaksjonen fra borde in toto, og en ny redaksjon uten andre forutsetninger enn lyst og faglig entusiasme overtar. Slik gjenoppstår bladet jevnlig med ny redaksjon og fornyet kraft som en Fugl Fønix. Antagelig er dette noe av hemmeligheten bak UTPOSTENS suksess. Fra første nummer av bladet i 1972 og frem til det du nå sitter med i hendene, har UTPOSTEN utkommet fast og forutsigbart åtte ganger i året. UTPOSTEN var dessuten ett av de første medisinske tidsskrift i verden som var tilgjengelig i fulltekstversjon på nettet, også det takket være dugnadsinnsats fra en enkelt kollega som siden 1995 har gjort denne jobben.

Årets julebilag er en kavalkade av utklipp fra UTPOSTEN gjennom 30 år. Vi har lagt størst vekt på vise frem stoff som sannsynligvis er utilgjengelig for de fleste, altså gammelt stoff fra tiden før www.uib.no/isf/utposten. Å velge ut er vanskelig, det viktigste har vært å vise bredden og spensten. Kavalkaden innledes med en hilsen fra en tidligere redaktør, Eystein Straume, og avsluttes med utdrag fra historiker Aina Schiøtz doktoravhandling «Distriktslegen – institusjonen som forsvant». På hver sin måte understreker disse to hvilken betydning UTPOSTEN har hatt og har for vår identitet som leger i en furet og værbitte førstelinje.

UTPOSTEN har overlevd kriser og nedgangstider både i faget og for tidsskrifter generelt. Men som UTPOSTENS ideologiske slektning Vømmøl i sin tid sang «D'e ittnå som kjæm tå sæ sjøl». Bladet eksisterer bare så lenge folk vil betale for det og skrive i det, et skjørt og til tider litt for spennende liv. Vi i den avtroppende redaksjonen ønsker UTPOSTEN et langt og rikt liv, og avslutter derfor med en oppfordring som gjenfinnes som en rød tråd gjennom hele bladets historie: «Betal bladpengene! Skriv i UTPOSTEN!»

Elisabeth Swensen

TEMA - ETTERUTDANNELSEN

UTPOSTEN,
v/ H.Siem,
6420 Aukra

UTPOSTEN

POSTGIRO
nummer
34.78.23

KONTAKTBEHOVET ER STIKKORD

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

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

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

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

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

VI VENTER

disse rutinesakene.

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

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

Utposten

30 år 1972–2002

Vi var unge, nyutdannete, ivrige, entusiastiske og usikre. Vi hadde forlatt doktorskolen og sykehuslivet og våget oss ut i distriktene. Riktignok bare for en kortere tid, fordi vi var utdannet til å bli sykehusleger. Så satt vi alene på hver våre nes. Det var ikke så mange av oss. Usikkerheten snakket vi ikke om, men den var tydelig tilstede. Ville jeg klare denne jobben? Egne og andres forventninger til hva vi skulle utrette var store og økende.

Og samtidig en undring over distriktslegelivets egenart. Skulle vi velge bort sykehusveien for alltid og bli ekte og fullblods distriktsleger?

Det var vår da Utposten kom for første gang i 1972. På Nordvestlandet hadde Harald Siem, Per Wium og Tore Rud besluttet å gi ut en avis for primærleger. Kontaktbehovet mellom kolleger var hovedbegrunnelsen for avisen som skulle være et intimt husorgan for primærlegetjenesten. Etterutdanning var tema for det første nummeret. Det ble tatt til orde både for egne fag kurs og for å kunne lære av hverandre.

Det var en ny generasjon leger som ga lyd fra seg og Utposten ble fort den nye generasjonens talerør. Utposten ble et friskt pust, tonen var direkte og praksisnær, vi som satt rundt om kring i landet kjente oss igjen i det som ble omtalt. Det var både ettertanke og pågåenhet, og de 6–7 årlige numrene av Utposten ble påfyll og høydepunkter i en travel hverdag. Utposten bidro til å tydeliggjøre primærlegene. Den skapte samhold og ga identitet.

30 år senere lever Utposten i beste velgående. Den intime husavisen er blitt et tidsskrift for allmenn – og samfunnsmedisin. Utposten er organisert som en egen stiftelse og har knyttet til seg et profesjonelt sekretariat. Det skjer ikke lenger at manus blir borte på vei fra redaktør til trykkeri og at det tar noen måneder før det kommer til rette! Og hvert 5. år skifter Utposten redaksjon. Hvert nye kull med redaktø-

rer har klart å gi Utposten aktualitet, samtidig som friskheten og nærheten til primærlegene er bevart. Og fortsatt er Utposten et lavterskel tilbud hvor kolleger kommer til orde og hvor kolleger oppdager gleden ved å skrive om sitt fag.

Det var en betydelig utfordring å bli forespurt om jeg ville være medredaktør i Utposten på begynnelsen av 1990-årene. Det ble opplevd som en anerkjennelse å få være med på laget gjennom 5 år. Det både varmet og gledet. Det var grunnleggende viktig å kjenne at erfaringer og tanker fra en utkantkommunelege var av interesse. Selv fra en utkant var erfaringsgrunnlaget både adekvat og valid for å ha meninger om og synspunkter på samfunn og helse. Og jeg hadde frihet til å si hva jeg ville si. Kommunelegestillingen er en plattform med betydelige frihetsgrader, og vi lever i et samfunn hvor vi har lov til å komme offentlig og åpent frem med våre tanker. Underlig nok ble gleden ved ytringsfriheten nesten den viktigste erfaring fra redaktørtiden. Vi må ikke henfalle til å tro at ytringsfriheten er så selvfølgelig at vi ikke trenger å ta vare på den. Den bevares kun ved å brukes!

Vi skrev mot et årtusenskifte. Vi diskuterte samfunnsendringer og endringer i helsetjenesten og undret oss over hva som ville komme.

Mye har skjedd på 30 år. Samfunnet har endret seg betydelig.

Distriktslegene er borte, nesten borte er også kommunelegene. Men vi har fått fastleger som med sitt listeansvar på mange måter er der hvor de gamle distriktslegene var når det galdt ansvar for en definert populasjon. Bare at den gangen var det geografiske grenser som definert den populasjonen legene hadde ansvar for. Og all spesialisthelsetjeneste tilbys nå fra foretak.

30 årganger med Utposten speiler denne utviklingen.

Velferdsstaten er fullt utbygd, sterk statlige styring er tonet ned, istedet skal markedet lede veien videre. Samtidig er samfunnet blitt mer komplisert med økende differensiering i funksjonssystemer og økende spesialisering. Samfunnets fragmentering fortsetter. Både offentlig og privat virksomhet søker å tilpasse seg nye tider. Effektivisering, omstilling og omorganisering rir samfunnet som en mare, og fremstår som en av vår tids store epidemier. Hver ny omstilling synes å skape behov for minst to nye omstillinger innen kort tid. Omstillingene kaster stadig flere mennesker ut i situasjoner hvor de blir overflødige. For undertegnede var beskjeden fra Telenors nye konsernleder forleden et illustrerende og skremmende «høydepunkt»: «Telenor går med overskudd, men for å kunne møte morgendagens utfordringer må 1500 årsverk effektiviseres bort.» Nå heter det ikke engang at man skal si opp medarbeidere, nå skal årsverk effektiviseres bort. Og alle denne omorganisering skjer i en tid da samfunnsvitere spør om ikke Moderniteten er kommet så langt at utviklingen har mistet sin retning!

Individets muligheter og rettigheter er kommet i forgrunnen. Og individene møter den nye tid med å dra dit hvor de til enhver tid får den beste jobben eller den beste undervisningen, eller dit hvor det til enhver tid er best å være, eller dit hvor helsetjenesten antas å være best? Det er iøyenfallende hvor mye mer vi reiser nå enn tidligere. Vi er i ferd med – eller skal jeg si: vi står i fare for – å miste lokalsamfunnstilhørigheten. Kommunene betraktes av mange som leverandører av offentlige tjenester, ikke som et sted hvor man bor. Globalisering og individualisering er navnene som settes på disse endringene. Det er ikke vanskelig å spå at slike samfunnsendringer kan gi dårlige vilkår for helse og trivsel, og grobunn for sykdom. Vi trenger mer enn oppdatert beredskap innen smittevern for å demme opp mot virkningene av globaliseringen.

Det er ikke vanskelig å svartmale situasjonen.
Hvor er så lyspunktene?

Vi erkjenner, og tvinges til å innse at vi er avhengige av hverandre. Og det etiske imperativ om at vi alle har ansvar for alle er tydelig tilstede. Det gjelder å forløse slike krav og behov. Det spesialiserte moderne samfunnet, differensiert i funksjonssystemer fungerer kun dersom det finner måter og arenaer for kommunikasjon og samhandling. I vårt fag er distriktsmedisinteningen er slikt eksempel på samhandling. Det er så langt en god og nødvendig allianse mellom primærleger og akademi som ligger i bunnen her. Men navnet er enda ikke godt nok. Gjenspeiler dette at lokalsamfunnsdelen av det nye prosjektet ikke er godt nok definert og forstått? Her må det ligge betydelige utfordringer for kommende redaktører i Utposten!

De forhold som motiverte utgivelsen av Utposten er forandret. Videre –og etterutdanning er for lengst etablert og vi har bedre kontakt oss i mellom en tidligere. Vi kommuniserer sogar via veier som ikke fantes den gang. Internett og e-post er blitt alle manns eie. Men holder vi på å miste lokalsamfunnstilhørigheten? Og glemmer vi lokalsamfunnets fellesskap, verdier og gleder?

Den nye redaksjonen må spørre seg hva de vil med Utposten. En mannsalder har gått og en ny generasjon skal begynne å gjøre seg gjeldende. Hvilke ønsker og behov har neste generasjon primærleger? Hvilke metoder og muligheter har de for å komme på banen?

Utposten er et innarbeidet og tilgjengelige talerør. Måtte de bruke det og prege det på sin måte til glede for både leg og lærd.

Mitt ønske er at Utpostens skribenter og lesere vil prøve ut nærheten og tilhørigheten til lokalsamfunnet i tiden som kommer. Vi vet allerede at samhold og fellesskap fremmer helsen.

Eystein Straume

DIN MENING

Du har nå lest gjennom første nummer av "Utposten". For at dette skal kunne gå videre, er vi avhengige av tre ting: penger, et lite bidrag i form av artikler og din kritikk. Vi ber deg derfor om å tegne et abonnement på 50 kr. som innbetales til "Utposten", postgirokonto nr. 34.78.23 adr. 6420 Aukra, med tydelig navn og adresse på talongen. Når det gjelder dine skriftlige bidrag, er alt velkommen. Vi vil i størst mulig utstrekning få alle bidrag inn i bladet, slik at det ikke i alt for stor grad blir avhengig av redaktørene. Skriv helst ikke alt for formelt. Vi er også interessert i å vite generelt hvordan folk reagerer på et slikt blad, og vi ville være takknemlige om du fant tid til å kryse av nedenfor, og sende denne siste siden til "Utposten", 6420 Aukra.

SPØRRESKJEMA:

Navn:

Adresse:

Antall år i primær legetjeneste:

1. Mener du det er for dårlig kommunikasjon mellom deg og andre primærleger?
Ja Nei
2. Mener du at bedre kontakt med andre primærleger vil hjelpe deg til å fremme dine synsmåter som primærlege overfor sykehusleger, Helsedirektoratet, legeforeningen osv.?
Ja Nei
3. Tror du en lokalavis på landsbasis kan fylle noe av kommunikasjonsbehovet?
Ja Nei
4. Hvor ofte ville du like å få et slikt blad?
Ukentlig Månedlig Kvartalsvis
5. Synes du denne her fremlagte form er egnet?
Ja Nei
Hvis ikke, andre forslag:
6. Er det emner som her ikke er omtalt som du mener bør inn i avisen:
7. Kunne du tenke deg å bidra med innlegg i avisen?
Ja Nei
8. Har du kanskje i dag stoff du kunne ha sendt inn?
Ja Nei
9. Ville du kunne bidra regelmessig med stoff eller en spalte til avisen?

Navnet på denne avisen, Utposten, er på ingen måte ideelt. Vi ønsker å komme frem til et bedre. Forslag til navn på avisen imøteses, og vi vil da eventuelt etter noen nummer forandre navnet. Dette første nummer har tatt for seg utdannelsesmu-

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

har ofte meget vanskelig for å kunne komme på lengre kurs, da det som regel er umulig å skaffe vikarer. I neste nummer ønsker vi å ha som gjennomgangstema samarbeidsproblemer mellom primærleger, primærleger og sykehus, Helsedirektoratet, legeforeningen o.s.v.

HVORFOR HAR IKKE ALLE PRIVAT- PRAKTISERENDE LEGER TIMEBESTILLING?

Oktober 1969 avga et utvalg oppnevnt av Helsedirektoratet, innstilling om problemene med ventetid på legekonsultorene. De la til grunn en undersøkelse utført av Norsk Gallup som viste en gjennomsnittlig ventetid på 86 min. hos de leger som ikke anvendte noen form for timeavtale-system, mens de som brukte timeavtalesystem hadde ventetid på 42 min. Med timeavtale-system ble det her ment både timebestilling og listesystem, samt lappesystem hvor man til en viss grad kan beregne når man kan få time hos lege. Det kom videre frem at 23 % mente de unnlot å gå til lege på grunn av lang ventetid, og dersom den lokale lege hadde ventetid over 2 timer, mente 36 % at de ikke gikk til lege med sykdommer på grunn av lang ventetid. 13 % svarte at de ville tilkalle legen hjem i stedet for å gå på kontoret på grunn av lang ventetid.

Det ble også innhentet opplysninger fra almenpraktiserende leger i form av spørreskjemaer, og hele 80 % besvarte disse. De kunne fortelle at vel halvparten av legene hadde kontorhjelpe, og man må vel kanskje regne med at en vesentlig del av de 20 % som ikke svarte, ikke har kontorhjelpe. 47% anga at de brukte en eller annen form for timeavtale, og i praksis vil vel dette for de flestes vedkommende si lister utlagt på venterommet eller nummerlapper.

Hvis man regner videre på dette, vil man kunne finne at det norske folk tilbringer minst 7 mill. timer i ren ventetid på almenpraktiserende legers kontorer. Denne undersøkelsen er altså fra 1969, og vi kan vel ikke regne med at situasjonen har bedret seg noe særlig etter den tid, bortsett fra de legesentra som har dukket opp i den senere tid.

Hvor lenge skal legene under-
vurdere andres tid i en så
alvorlig grad, og i hvor lang
tid skal legene sette sin
egen tid så høyt, at man lar
sine medmennesker vente 7
mill. timer i året for å
komme inn til lege?

Hvordan kan ventetiden redu-
seres vesentlig, slik at både
pasienter og leger blir
fornøyde?

En forutsetning for at systemet skal virke tilfredsstillende, er selvfølgelig en kontordame som kan ta imot timebestillingene. Selv har jeg satt opp konsultasjoner hvert kvarter. Etter hvert kjenner min kontordame pasientene relativt godt, og kan sette av 2 kvarter dersom hun vet at konsultasjonen vil ta lengre tid. En kontordame kan dessuten brukes til mye annet enn å ta telefonen. Hun kan avlaste legen i utrolig mange gjøremål hvis man bare er villig til å overlate arbeidet til andre, og hun er, etter mitt skjønn, nesten uunnværlig hjelper for pasientene og legen. Man vil kunne øke antallet konsultasjoner betraktelig ved ansettelse av en kontordame, og man vil dessuten få mer tid til å samtale med pasienten når man slipper å fylle ut skjemaer, ta prøver, ta telefoner, som i virkeligheten berører legen en stor del av hans arbeidstid.

En del innvendinger vil selvfølgelig komme, og spesielt fra de eldre kolleger kanskje.

Nr. 1: Jeg har ikke plass til kontordame, og kan derfor ikke ha timebestilling, da jeg ikke har tid til å ta alle telefoner.

Til dem vil jeg si: Se dere om etter et nytt lokale. Når man veier fordelene og ulemper ved de to systemene mot hverandre, kan ikke jeg skjønne at man må komme til noe annet resultat enn et kontor hvor man kan ansette en kontordame. Selv har jeg to ansatte på kontoret, en til laboratoriet og arkivarbeid og en sekretær som skriver etter min diktafon.

Etter min mening er den eneste måten fast timebestilling pr. telefon eller bud. Selv har jeg praktisert dette i halvannet år nu, og jeg har selv bare gode erfaringer med det.

Så vidt jeg skjønner, er også pasientene meget fornøyd med systemet. De må riktignok ta en telefon før å bestille time, men på den annen side slipper de å vente en hel dag, slik det av og til kunne være i distriktet her før. Man kan systemet la seg appilisere i alle former for privatpraksis? Dette kan jeg selvfølgelig ikke svare sikkert på, men jeg tror at mitt distrikt er et av de hvor det ville være vanskeligst å gjennomføre systemet. Jeg finner meg i en øykommune med 2400 mennesker og med usedvanlig dårlige offentlige kommunikasjoner. Befolkningen bor spredt utover hele øya, og av en eller annen grunn er legekontoret blitt liggende usedvanlig usentralt når det gjelder offentlige kommunikasjoner.

Begge to før meg uunnværlige. Men jeg kan skjønne at enkelte kolleger ikke er særlig begeistret for diktafoner.

Nr. 2: Jeg har ikke råd til å ha kontordame.

Etter min erfaring her ute, har jeg og mine pasienter ikke råd til ikke å ha kontordame. Når man tenker på antall ventetimer på kontoret for pasientene, skulle det økonomiske aspekt være klinkende klart, og det blir ikke mindre klart når man ser på sin egen økonomi og effektivitet.

Forts. neste side



Hvorfor har ikke ...

Nr. 3: Mine pasienter liker det system jeg har, og vil ikke ha noen forandring. Argumenter skulle vært slått til jorden av undersøkelsen fra 1969, og dessuten har jeg hørt utallige innvendinger mot liste- og lappesystem på grunn av at pasientene der, hvis de ikke skal sitte å vente i flere timer, må løpe opp og ned på legekantoret for å se hvor langt legen er kommet på listen.

Nr. 4: Ventelisten vil bli for lang.

Det er helt opplagt at antall pasienter pr. dag ikke nødvendigvis behøver å synke fordi om man innfører timebestilling. Hvis en almenpraktiserende lege klarer 60 vanlige konsultasjoner pr. dag med lapper eller intett avtalesystem i det hele tatt, klarer han nøyaktig samme antall pasienter hvis han bare korter ned på konsultasjonstiden.

Hvorfor har jeg skrevet denne artikkelen?

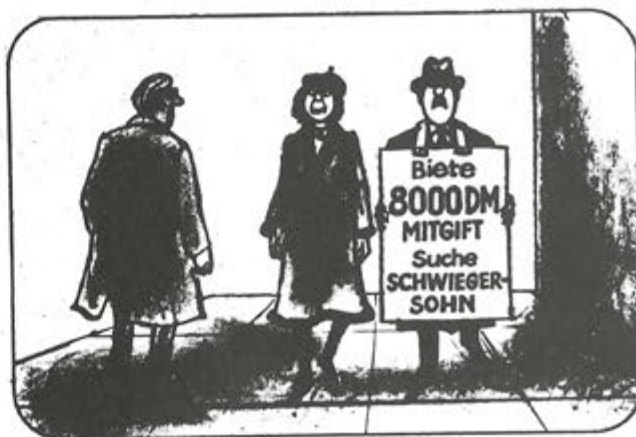
Jeg tror desverre at en stor del av de almenpraktiserende leger ikke er oppmerksomme på problemet. Og hva er problemet? 7 mill. timer ventetid for norske pasienter hos norske almenpraktiserende leger. Kan vi lenger ha 7 mill. timer ventetid på samvittigheten?

Per Wiium.



SEND OSS BILDER I

Da slipper vi å låne slike vitser!



LESERBREV



Herr Redaktør!

Jeg har med interesse lest og fulgt utviklingen av de 3 første nummer av bladet og følger oppfordringen om å sende et bidrag.

Det er åpenbart at utkant-tjeneste byr på helt spesielle problemer, og bladet tar fortjenstfullt opp disse til behandling.

Med tanke på det nokså konsekvent valgte billedmaterie i nr. 3, august -72 er det åpenbart at problemer for enkelte innen vår yrkesgruppe kan bli enorme. En forsinket pubertetsutvikling kan fra en amatørpsykiaters synspunkt se ut til å fikse seg i en betydelig seksual-nevrose.

Enkelte av oss er jo gift. Men etter mange timers kontordag og lange kilometers sykebesøk, oppdager man at barn og kone rett og slett

har gått trett av å vente og er gått til sengs.

Ikke til å vekke! Søren også!

Pasientene er det uklokt å innlate seg med (s.2). Man er sjelden alene (s. 5 og s. 10).

Legesekretæren er enten gift selv, eller forholdene på småsteder er for gjen-nomsiktige (s. 11). Dessuten kan legens egen samvittighet by på problemer (s. 3).

Spøk til side, herr Redaktør. Er dette et seriøst foretagende som kunne bli en artig blanding av det spøkefulle og nyttige, eller akter Redaktøren fortsatt å kanalisere sine egne seksu-alproblemer når det "flyter over", - 8 ganger pr. år?

Oslo, den 27. september 1972.

Per Arne Norum

Herr Redaktør:

"Utposten"

er kommet med hittil tre nummer. Etter en intensiv reklamekampanje er bladet også kommet meg ihende. At det er for dårlig kontakt mellom almenpraktikere og at det er behov for å drøfte felles problemer, er det stort sett enighet om.

Jeg er likevel redd for at "Utposten" ikke blir det organ som får mest å bety for utviklingen dersom det ikke skjer en kraftig redaksjonell innstramning i følgende numre.

Første nummer ga inntrykk av en strikt redaksjonell linje. Også andre nummer var ganske lovende med en del leseverdige artikler, selv om man her fikk skremmende inntrykk av at redaktørene var i ferd med å renne tomme for stoff, og at behovet for fyllstoff begynte å melde seg.

Når et tidsskrift vil være et bindeledd mellom almenpraktikere, bør det ta opp problemstillinger av felles interesse for denne gruppens daglige arbeid. Sjakk eller bridge burde ikke høre hjemme her. Det er ikke vanskelig å fylle bladet med båtprat, bilprat, spillteorier o.lign., men det er vel ikke meningen? Blader av typen "Noe-for-en-hver-smak" faller lett mellom flere stoler og blir lett overfladiske.

Det er likevel tredje nummer som får meg til å gripe til pennen. Nummeret røper ikke bare stoffmangel, men også en redaksjonell smakløshet som er sjokkerende. Nummer tre har et utvalg av vitsetegninger som er så betendte at det er et legetidsskrift uverdigg.

En skal ikke ha hatt mye kontakt med folk før en oppdager at mange - særlig yngre kvinner - kvier seg for å gå til mannlige leger. Mange er redde for at det er andre og ikke bare medisinske grunner som ligger bak en grundigere medisinsk undersøkelse. Ved å presentere vitsetegninger av typen - den mannlige legen som "overfaller sin kvinnelige pasient mens han tar pulsen" o.lign. - er man akkurat med på å gi næring til en slik frykt. Tanken er så alt for nærliggende, og det er kjedelig at ansvarlige leger ikke skjønner sin utsatte posisjon, og avstår fra slike banaliteter.

Oslo, 2.10.72

Solve Tjora,
stud.med.



1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1973

UTPOSTEN

Redaksjon:
 Harald Siem
 Per Wium
 Tore Rud

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

Adresse:
 6420 Aukra
 Tlf. Aukra 17
 Postgiro:
 34 78 23

Utkommer med
 ca. 8 nr. pr. år

Trykk:
 ST-TRYKK A.S./Orkla-Trykk A.S.
 7300 Orkanger

LESERBREV

Distriktslege T.O. Mørk,
 Hundorp:

BLINKENDE BLÅTT VARSELLYS,
 NOK EN GANG

Jeg må si meg helt enig i Lunds betraktninger i UTPOSTEN nr. 2/73, og det kunne være fristende å følge eksemplet å montere blålys, men det ville vel ikke gå mange dagene her på E-6 før en ville bli tatt av U.P.

For oss som arbeider langs de mest trafikkerte veier i landet, er problemet med å komme frem, til sine tider virkelig stort. Ved trafikketellinger de senere årene viser det seg her i Midt-Gudbrandsdalen at biltallet er oppe i 7000 enheter i døgnet. At det da forekommer noen trafikkuhell med utforkjøringer, kollisjoner og personskafer, sier seg sjøl. Jeg har sjøl i flere tilfeller vært i den håpløse situasjon å skulle rykke ut til slike alvorlige skader, uten å komme forbi endeløse køer av langtransporter, campingvogner og sightseeingturer.

Hva kan man så gjøre? Jo, man kan bruke sitt vanlige horn og bli tatt for "en travel herre" eller "råkjører" som de andre veiførende nok skal vite å temme. Man kan sette på det man har av hovedlys, tåkelys, grøftelys osv. og bli tatt for å være svensk turist (for de kjører jo alltid med fullt lys). De som har 4-veisblikker kan evt. sette på dem, og de som ikke har, må resignere å "avpasse farten etter forholdene" som er det enkleste og sikreste for meg, men neppe for ham som venter.

Hva kan vi som gruppe/etat gjøre? Jo, vi kan gjøre oss til en "pressgruppe" for denne saken, skape publicity for vårt syn, samt stadig banke på i Vegdirektoratet, og få H.D. til å være med på å banke på V.D.'s dør. Hvis vi allikevel ikke oppnår å få tillatelse til blålys, må vi komme frem til en eller annen form for merking av bilen, og mitt forslag er da å få reservert det røde roterende blinklys for legebiler i utrykning. Dette lys er ikke lenger i bruk, men var jo tidligere alminnelig på utrykningsvogner.

Med blinkende hilsen

E-5702

Herr redaktør

I januar/februar nr. d.å. Deres avis står det om en privatpraktiserende lege i Skien som har tjent 600 000 kr. på 1/2 år. Det står ikke noget om hvordan han har tjent dette. Det kan være at han driver et stort laboratorium for eksempel med en stab av teknikere, altså noget på siden av privatpraksis. Hvis han driver det som en vanlig praksis alene med en søster, så må vi ha mannens navn frem i lyset. Forutsetter vi at han kan klare 15 timer i et halvt år, søndag som hverdag, hvilket jeg betviler, så blir det igjen vel 250 kr. pr. time. Om det er det bare en ting å si. Slike folk må lukes ut, før de ødelegger det almindelige renome til leger som arbeider samvittighetsfullt.

Hilsen
 Lege Lars Ruud,
 Strømmen.



Ad. SPRITKORTET

Herr redaktør:
 La meg innledningsvis presisere min entusiasme for Deres blad. "Utposten" har virket seriøst i sitt opplegg, eftersom man har tatt opp aktuelle problemer innen primærmedisinen på en uortodoks måte. Undertegnede - og andre med meg - har i løpet av de siste numre av bladet fått det inntrykk at man i redaksjonen ikke lenger makter å holde seg innenfor de opptrukne linjer for "Utpostens" målsetning, og at enkelte redaksjonelle innlegg følgelig antydningssvis får et mer "sensasjons-presse"-preg. I det siste nummer av bladet merker man seg således på e og samme side to innlegg, det ene et interessant intervju om helseøkonomi, det andre et snuskete (for å bruke Siems egne ord) moraliserende og i ovenfra-og-nedad-stil skrevet innlegg om en nokså uvesentlig og ikke minst et "Almindelig Blad for Primerleger" så fullstendig uvedkommende sak som legenes sprit til kon-torbruk. Et helt malplassert sidesprang. Antatt at innlegget står for kollega Siems personlige regning, underskrevet av ham som en av redaktørene, blir innlegget oppfattet som redaksjonelt og derved som representativt for "Utposten"s "policy". Hold dere til saken - fortsett slik som før - ikke bli et primærlegens "Dagbladet".

Kollegialiteter
 Tom Seeberg



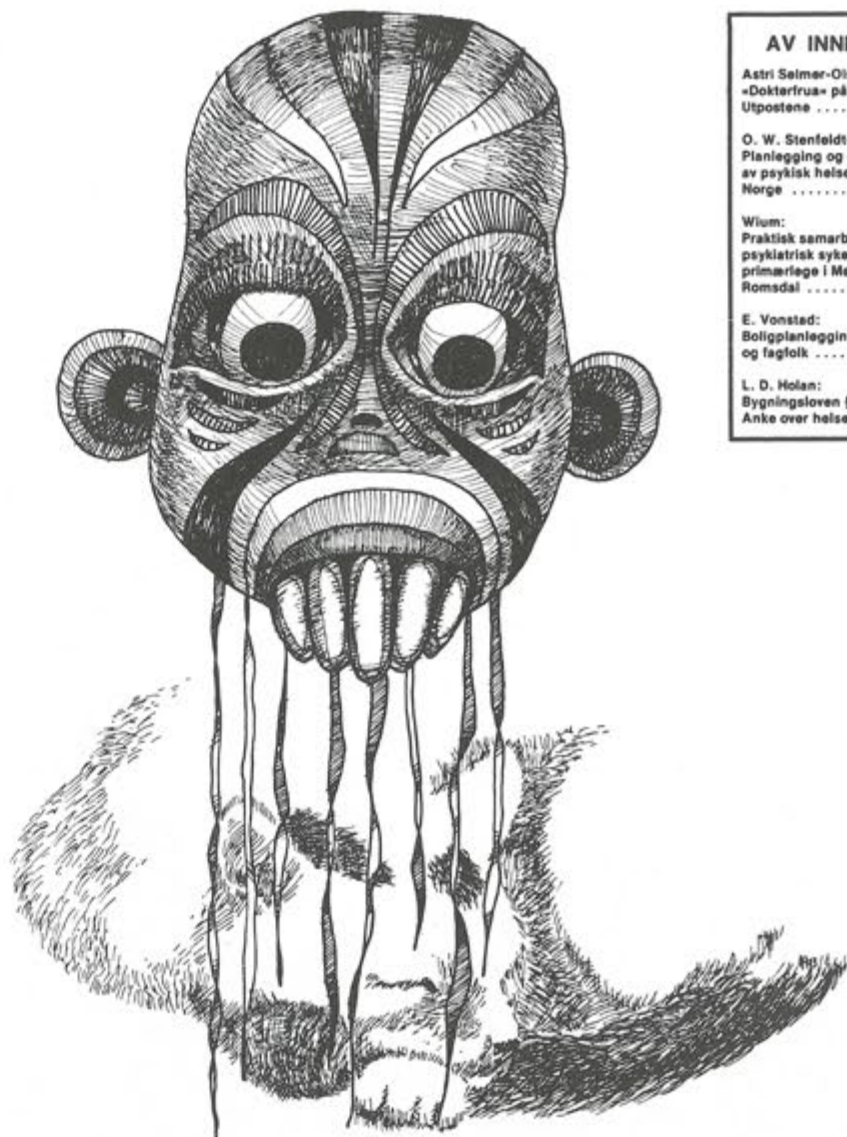
Nr. 7
September

TEMA: Psykisk helsevern

Årgang 2
1973

UTPOSTEN[®]

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



AV INNHOLDET:

Astri Selmer-Olsen: «Dokterfrua» på Utpostene	4
O. W. Stenfeldt-Foss: Planlegging og organisasjon av psykisk helsevern i Norge	6
Wium: Praktisk samarbeid psykiatrisk sykehus- primærlege i Møre og Romsdal	10
E. Vonstad: Boligplanlegging, miljø og fagfolk	12
L. D. Holan: Bygningsloven §66,2, Anke over helserådsvedtak.	13

Systematiske tiltak for en bedre primær helsetjeneste

Under det pågående skred med stortingsmeldinger angående primær helsetjeneste, fant Sosialdepartementet ut at man kunne rette på situasjonen ved rasjonaliseringstiltak i den primære helsetjeneste. Man skulle her angripe problemet fra en annen synsvinkel, og man hadde tatt sikte på rasjonaliseringstiltak innen sosialsen- tra, gruppepraksis, legestasjon, kontordagssteder osv. Det var distriktslege Jan- Ivar Kvamme, Alta, som var leder og sekretær av gruppen, dessuten medvirket Helge Hofsten og professor Sigurd Humerfelt, samt Arne Birger Knapskog fra Helsedirektoratet.

Det man kan si om denne komitéen, er at den har vært rask. Rent praksis-tekniske tiltak er viet stor oppmerksomhet, men gruppen har selvfølgelig forstått viktigheten av å ta med noen av de virkelige store problemene innen helsetjenesten. Det har imidlertid bare blitt fragmenter når det gjelder f.eks. arbeidet for en bedre service overfor pasienter, arbeider når det gjelder bedre utnyttelse av ressursene, og arbeid for et bedre samarbeid mellom leger i og utenfor institusjon. Det ville vel være på tide enten i offentlige eller legeforskningsregi å ta opp disse virkelige store problemene, selv om noen hver kan knekke nakken på de.

Selv om Kvamme-komiteens innstilling har blitt mye et kontorteknisk spesialblad, er det grunn til å merke seg i hvert fall én artikkel, nemlig den skrevet av prof.dr. med. Peter Hjort i Tromsø. Tillater oss her å gjengi artikkelen in ext. og håper riktig mange vil lese den.

Red.



Symposium om hypertensjon —

nå i bokform

Firma MSD har tidligere fått sitt symposium litt karriert i UTPOSTEN på grunn av den pomp og prakt det var omgitt med for å formidle aktuelle fakta omkring hypertensjonsbehandling i allmenpraksis.

Vi ønsker nå å gi MSD ros for at de har kunnet presentere all den informasjon som ble bragt på symposiet i en behagelig symposiebok som gir autoritative svar på alle de spørsmål man er vant til å høre i diskusjoner omkring hypertensjonsbehandlingen. Spørsmålet om verdien av en intensivt blodtrykksbehandling i forhold til andre helseoppgaver er imidlertid ikke diskutert, på denne måten skiller symposieboken seg ikke fra andre symposiereferater.

?

Hvor er
DITT
 innlegg
 i
UTPOSTEN

AD. abonnement på UTPOSTEN

Vi har vedlagt en postgiro innbetalingsblankett til dette nr. av UTPOSTEN. Det betyr en stor lettelse for redaksjonens arbeid å kunne sende ut innbetalingstalonger til alle abonnenter samtidig. Man ønsker å synkronisere abonnentene, og håper at de fleste, i alle fall de som tegnet seg for august måned, vil betale nå med den vedlagte postgiroblankett.

13. legar

(Mel: Byssan lull)

/:Byssan lull, koka kittelen full,
 3 legar i Direktoratet:
 Den eine han ser ned,
 den andre klatrar opp,
 den tredje gjer slett ingenting

/:Byssan lull, koka kittelen full,
 hos fylkeslegen er det tre legar:
 Den eine skrivte brev,
 den andre ordnar trygd,
 den tredje er alltid på møte.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
 på sjukehus er det tre legar:
 Den eine er på post,
 den andre legevakt,
 den tredje avspasserer i fritid.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
 3 legar frå Rikshospitalet:
 Den eine i VG,
 den andre på TV,
 den tredje får snart doktorgrad.

/:Byssan lull, koka kittelen full,
 EIN lege er det i distriktet:
 Den eine på kontor,
 den eine i besøk,
 den eine på helserådsmøte.

TORLEIV ROBBERSTAD

AV PER FUGGELI.

OM KOLLEGIALITET

Tale ved et femårs-jubileum

Gode kolleger, -

Jeg griper ordet under press og tvang strengt mot min legning og lyst.

Når jeg likevel gjør det er det fordi dette initiativ fortjener å prises, fordi vertskapet fortjener å takkes og fordi anledningen på sett og vis fortjener en smule ettertanke.

Men er nå egentlig 5 år noe å feire enn si spinne en tale omkring?

Jevnt over kan vi vel regne med at et gjennomsnittlig medisinsk livsspann i Norge nå om dagen er på ca. 40 år.

Altså har vi i dag bare levet gjennom den første åttendedel av vårt legelige liv. Sånn sett er vi i grunnen som medisinske jomfruer å regne, - vi er ennå medisinske barn kommet sammen for å feire 5 års gebursdagsselskap.

Vi får trøste oss med at 5 ikke alltid er 1/8 del av 40, - fordi nemlig alle år er ikke like. Noen år former og

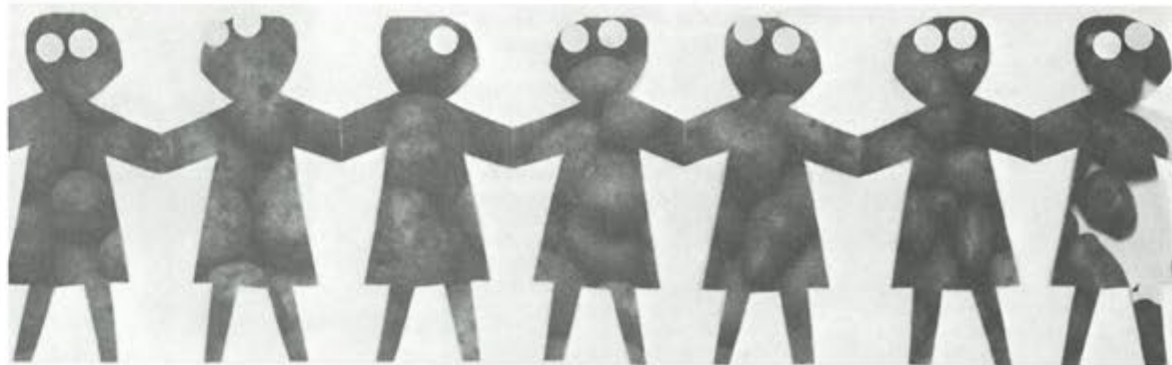
preger og betyr mer enn andre. Og det er vel med et medisinsk livsløp som et vanlig menneskeliv slik at de første leveår er mer formende og betydningsfulle enn de senere. De 5 årene vi har lagt bak oss har støpt og meislet oss i en form og penset oss inn på det felt vi skal leve resten av vårt medisinske liv på. Derfor er det viktige år som fortjener oppmerksomhet ut over det den spinkle åttendedel i seg selv skulle tilsi.

Hva ser vi så om vi skuer det halve tiår tilbake og tenker på det kull som da fløy ut av sitt medisinske rede. Kan vi overhode gjøre opp et slags bo -, kan vi i dag 5 år senere si noe begavet og beåndet som gjelder alle?

Jeg tror ikke det. Vi kunne det den gang for 5 år siden. Ulike som personer var vi likevel ganske ensartede faglig/medisinsk sett ved den fellesskjebne at vi alle var studenter ferdige til å dra ut i den medisinske jungel som doktorer. I dag er kullbildet ganske annerledes

broget. Vi spriker i alle medisinske himmelretninger. Vi er et medisinsk lappeteppe som spraker i alle mulige kontrastfarger. Noen av oss steller med døde andre med levende, noen sysler med encellede andre med fler-cellede, noen forblåser på utposter langs ishavskysten andre har funnet sin lune hule i det sentralmedisinske smørøye, en får nattesøvnen forstyrret av standardavvik og korrelasjonskoeffisienter, andre blir vekket opp av jordmødre i nød, noen har valgt å stille med de deler av mennesket som kan auto-analyseres andre finner større glede i de deler som kan psykoanalyseres.

La dette belyse godt nok hvor ulike disse 5 årene har gjort oss. Det nytter lite å beklage at spesialiseringen fjerner oss fra hverandre faglig sett, at de 5 årene har revet i stykker endel av de bånd som før lenket oss sammen til en mer ensartet gruppe. Vi må bare se i øynene at det er slik og vil være slik og at vi intet kan gjøre ved det, men jeg tror



1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1974



igrunnen ikke vi skal bekymre oss så meget over spesialiseringen i seg selv, - faren ligger mer tror jeg i den beklagelige innsnevring av begrepet kollegialitet som altfor ofte er spesialiseringens dystre følgesvenn. Jeg tenker på de usedvanlige talenter den medisinske spesialist har til å helliggjøre nettopp sin spesialitet med tilhørende tap av kollegialt gangsyn og faglig folkevett vis-a-vis den øvrige medisin. Strabisme-eksperten deler norske leger i to alt etter hvorvidt de er familiære med den temporære, pseudolatente, konvergensinsuffisiens som jo alle i anstendighetens navn bør vite særpreger Lima-Babinsky syndromet. Så der sitter da strabisme-eksperten i den ene båsen alene og alle andre norske doktorer i den andre, - båsen for de som ikke vet, båsen for de som ikke følger med, båsen for de som er en fare for sine pasienter, båsen for alle de som ikke begriper at Lima-Babinsky syndromet kan dukke opp her til lands hva dag som helst.

Og strabisme-eksperten er ikke alene om å dømmе. Har du vært urolog lenge nok dømmе du alle kolleger fra forstand og ære hvis de ikke sender alle nattevætere til urografi, miksjonsuretro-cystografi, cystoskopi og cystometri.

Nå setter jeg bevisst på spissen for å gjøre problemet skarpt og klart. Og problemet er nøkternt sagt dette at den bevaringsverdige dyd som heter kollegialitet den er i ferd med å smuldre bort i vår superspesialiserte medisin.

Jeg tenker ikke på den "kollegialitet" som går ut på at legene som stand murer seg sammen til en uinntagelig bastion mot et samfunn som gjerne vil kikke oss litt i kortene og plukke litt på våre privilegier. Den gåse-døyne-kollegialitet må gjerne smuldre bort for min del. Jeg tenker på en annen form for kollegialitet. Den kollegialitet som ytrer seg ved at kollegene tåler hverandre, den kollegialitet som får isotopeksperten til å forstå at ikke alle medisinske problemer kan scintigraferes, - at sosialmedisineren kan være en dugelig kollega best egnet til å ta seg av visse medisinske problemer, og motsatt den kollegialitet som gjør at sosialmedisineren ikke på betinget reflex ser på isotopekollegaen som en umenneskelig geigerteller uten stans og følelser for andre deler av pasienten enn de som kan måles i curie.

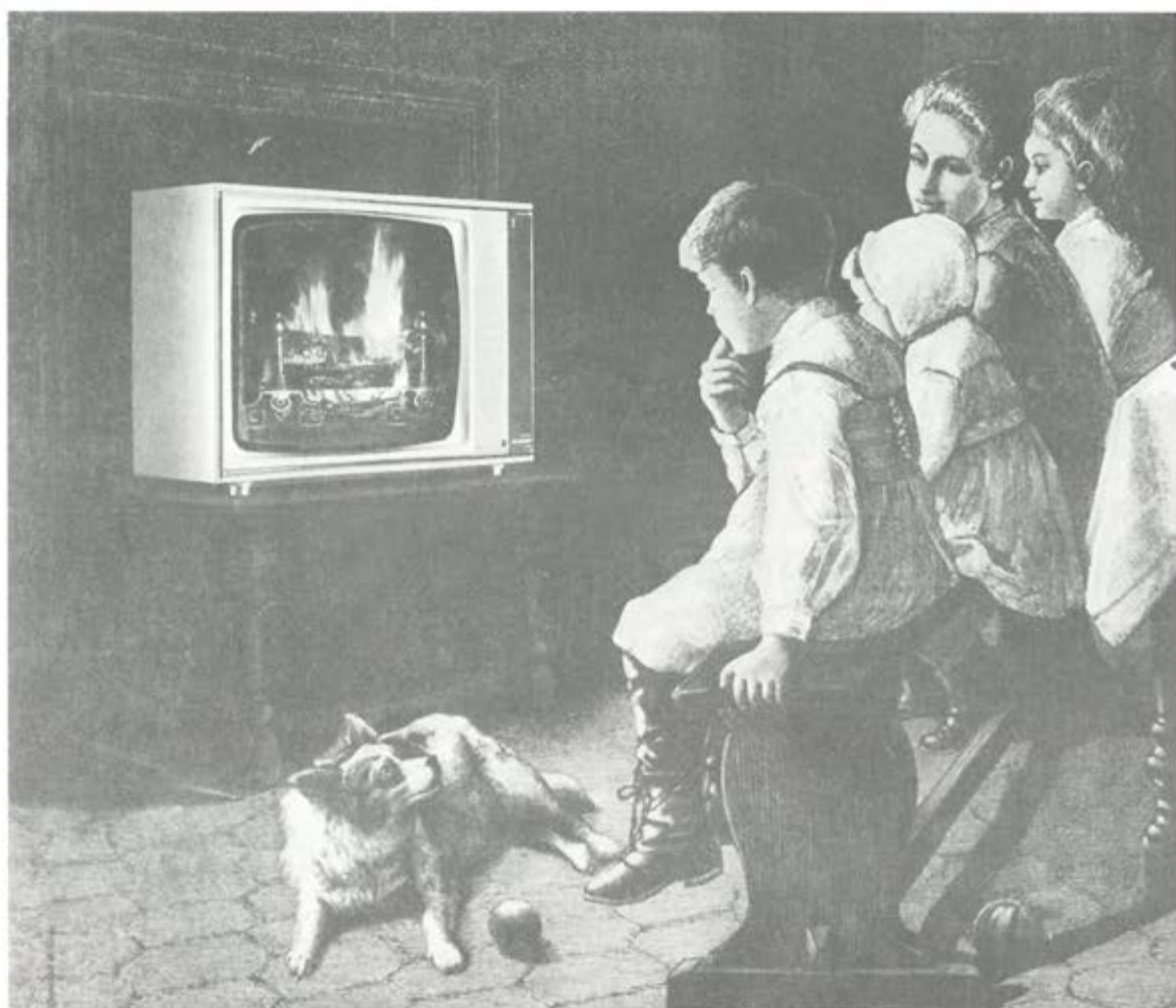
Jeg tenker på den kollegialitet som bevirker at sykehuslegen ikke bruker opp hele mavesyren på feildiagnoser fra innleggende leger men kan hende prøver å forstå arbeidsforholdene ute i den primærmedisinske jungel og motsatt den kollegialitet som bevirker at almenpraktikeren ikke biller seg inn å være helt alene om å se sykdommen som en del av et menneske og medmennesket som en del av et miljø. Jeg tenker på den kollegialitet som frelser oss fra det spesialiserte fagidioti og ekspertisens hovmod, som setter oss i stand til å forbli vanlige idioter og dermed gode kolleger på tvers av alle faglige skiller.

Jeg tenker på den kollegialitet som gjør det mulig for oss å forstå og tåle hverandre hva enten vi sysler med mus eller menn, med kniv eller penn, hva enten vi virker på Bjarkøy eller Rikshospitalet, hva enten vårt redskap er electron-mikroskopet eller siccaapparatet.

Jeg vil foreslå at vi bruker en skål til å sette streker under følgende håp:

Måtte vi bevare og tømre sterkere den kollegialitet som setter oss istand til å begripe det ubegripelige, - at din disiplin, - din spesialitet, ikke er den eneste sanne og saliggjørende. Fordi nemlig, - det er det bare min som er.





Helse- og sossalsenter

Odelstingsproposisjon nr. 44/1973 —74, om planlegging og forsøksdrift i helse/sosialektoren, er blitt liggende i startgropen. Imidlertid er tanken om samarbeid innen helse- og sosialtjenesten i sterk ekspansjon, og helse- og sossalsentra gror opp over alt. Det er beklagelig at man ikke har en instans som man kan henvende seg til for

å dra nytte av andres erfaringer. Mye av den informasjonen som eksisterer om helse- og sossalsentra vandrer fra munn til munn blant helse- og sosialarbeidere, og UTPOSTEN har derfor henvendt seg til noen av de etablerte og mer kjente helse/sossalsenter for å prøve å skape seg et bilde av hvordan de fungerer.



Om Stovner Helse- og Sosialsenter forteller dr. Petter Kristensen:

Stovner helse- og sosialsenter er en midlertidig brakke, bygget opp av Moelven-seksjoner i en lengde på tilsammen ca. 70 meter.

For tiden arbeider det 5 leger ved senteret, Leif Andlem, Ragnhild Arentz-Gras-tvedt, Petter Kristensen, Sissel Steinhaug og turnuskandidat. I tillegg er det opprettet et underkontor i egne lokaler i en blokkleilighet som er midlertidig ombygd, og her er Astrid Lian lege.

Det er knyttet 10 sosionomer til senteret som arbeider med oppgaver som tilsvarer sosialkontoroppgaver, og i tillegg er en sosionom ansatt som hjemmekonsulent og en sosionom som barnevernsfullmektig. En psykiatrisk sykepleier er også ansatt som hjemmekonsulent, og en klinisk psykolog og en psykiater er knyttet til senteret.

I bydelen er det 5 helse-søstre som stort sett får en noe annen tilknytning, idet de direkte er knyttet til avdeling for distriktshelse-søstertjenesten i Oslo helse-råd. Kontorpersonalet teller 8 personer.

I gjennomtid bruker legene ca. 60% av den faste arbeidstid, dvs. 23 timer ukentlig, på kurativ medisin. Dertil kommer individuelle forebyggende helseoppgaver, tverrfaglige oppgaver og engasjement i den generelle planlegging av primær helse-tjeneste i Oslo.

Ønsket var at legene, som det øvrige fagpersonale, hadde ansvar for en bestemt geografisk sektor i bydelen. Ideallet er da at samme lege har ansvar for samme sektor i barnekontrollen, svanger-

skapskontrollen, skole-legetjenesten og den kura-tive tjenesten. Dette har ikke vært mulig å gjennom-føre fullt ut, mest på grunn av at det er noe for-skjell på helsesøsterdi-strikter og legedistrikter, og i ennå større grad fordi skoledistriktene er for-skjellige fra legedistriktene.

Legene deltar i møter 3½ - 4 timer pr. uke. Det er satt opp et almannamøte hvor hele personalet møter 2 timer annen hver uke, et helsefagmøte ukentlig på 1 à 3 kvarter, og et tverrfaglig teammøte med andre yrkesgrupper med ansvar for samme geografiske distrikt 1 time à 3 kvarter i uken.

Det er vanskelig å si noe bestemt om hvor forplikten-de helsetjenesten er, eller hvor tilgjengelig den er for befolkningen. Vi har åpningstider fra kl. 8.00 til kl. 15.35, og to ganger i uken til kl. 20.00. Vi har kontortid hver lørdag. Man kan si at tjenesten i arbeidstiden er relativt forpliktende, men at det på grunn av bemanning har vært en del avvisning (utsettelse) av konsultasjoner. Sykebesøksordningen har ikke fungert forpliktende, idet det er opp til den enkelte lege å sette en grense for hvor mye han eller hun vil kjøre. Her har det til nå vært slik at en av legene har hatt avsatt tid til sy-



Stovner Helse- og Sosialsenter

Timetallet pr. lege ukentlig blir noe mindre fordi ikke alle er med på alle møter, det er til enhver tid noen som tar seg av den kurative praksis.

kebesøk hver dag, og at det er opp til den enkelte lege å kjøre utover arbeidstiden.

Utover åpningstiden har det i praksis vært minimale for-

pliktelser i vårt tilbud. Dette har vært helt opp til den enkelte lege. De legene som har arbeidet her, har alle bodd utenfor bydelen, dette har bl.a. vært en medvirkende årsak til at det har vært svært liten tjeneste utenom arbeidstiden.

En ting har opptatt oss svært mye i den siste tid. Planleggingen av helse- og sosialtjenesten i Oslo bygger på det prinsipp at hver lege skal være generalist med et bredt arbeidsfelt innen forebyggende og kurativ me-

disin i et mindre geografisk distrikt. I vår utbygging ved Stovner helse- og sosialsenter har vi lagt stor vekt på en slik målsetting.

Vi har nå i lang tid følt gapet mellom idealer og realiteter, distriktene våre er betraktelig større enn forutsatt i planene, pågangen og arbeidspresset har etter vår mening vært svært stor, og er stadig økende. I en slik situasjon mener vi at man må ta utgangspunkt i den praktiske virkelighet vi står oppe i, og vi diskuterer nå å begren-

se oss på en del felter når det gjelder arbeidsoppgaver. Dette ikke fordi vi er uenige i idealene, men fordi vi merkar at vi gaper over for mye, og dermed egentlig står i fare for å gi et dårlig tilbud til befolkningen. Konkret har vi vært inne på å sløyfe skolelegetjenesten slik situasjonen i dag er, og dermed få en noe bedre mulighet til å sette av tid nok til barnekontroll og svangerskapskontroll, samtidig som vi oppprioriterer den vanlige kurative tjenesten.



Dr. Jan Ivar Kvamme skriver om Alta midlertidige helsesenter.

Det nåværende helse- og sosialsenter heter Alta midlertidige helsesenter, jeg henviser til bilde.

Et permanent helsesenter er nå under oppførelse, og vi regner med at det vil være ferdig i desember 1976.

Ved senteret arbeider 4 distriktsleger: Dr. Christian Høy, dr. Bjørn Tansem, dr. Lars Tjemsland og jeg. Dessuten har vi to turnuskandidater.

Arbeidet i legestasjonen er ordnet på skift. Fra kl. 9.00 til kl. 15.00 er det tre leger, og fra kl. 15.00 til 19.00 er det to leger. En lege er hver dag engasjert totalt i offentlig arbeid.

Mellom kl. 8.00 og kl. 9.00 er det møtevirksomhet av forskjellig slag. Kollekvier og visitt på sykestuen.

I tillegg til legene er følgende personale engasjert delvis på heltid og delvis på deltid:

På skiftet fra kl. 8.30 til

15.00 har vi 2½ kontorassistent og 2½ sykepleier. Fra kl. 15.00 til kl. 19.00 1½ sykepleier og 1 kontorassistent.

Våre fem sykepleiere har forskjellig bakgrunn. En av dem har spesialutdannelse som laboratoriesøster, en annen som operasjonssøster. Personalet holder seg stabilt til senteret, det er bare to sykepleiere og en kontorassistent som er ansatt etter at helsesenteret startet opp.

Ved helserådet har vi to kontorassistenter, hver i halvdagsstilling, tilsammen en heldagsstilling, og tre helsesøstre. Ved familievernkontoret er det ansatt en sosionom i heldagsstilling. Blodgiversentralen har en sykepleier en dag i uken. Ambulerende spesialist har en sykepleier som assisterer hver gang han eller hun er her.

Vi har nylig foretatt en registrering over hvor mye tid

som brukes på møter av forskjellig slag. Det dreier seg om fra en til fem timer pr. uke. Fem timer har sosialsjefen og helserådsordføreren.

De faste gruppemøtene våre er følgende:

Mandagsmøte:

Her møtes leger, helsesøstre og sosionomer på familievernkontoret hver mandag kl. 8.00 til 9.00 for å drøfte ukens og månedens arbeidsopplegg. Dessuten diskusjon av innkommen post, aktuelle saker.

Tirsdagsmøte:

Her er det kollokvium for legene hver tirsdag. Ikke sjelden innkalles fysioterapeuter eller sykepleiere ved felles faglige drøftelser. En gang har også kiropraktoren vært med.

Onsdagsvisitten:

Denne dagen går alle legene fellesvisitt på sykestua mellom kl. 8.00 og 9.00.

Torsdagsmøtene:

Dette er sosialmedisinske gruppemøter som delvis har

med klientbehandling og delvis med saksdrøftelser. Her møter alt aktuelt helse- og sosialpersonell. Og dette varierer med de forskjellige sakene.

Kontaktgruppen:

Dette er en gruppe som er etablert for å arbeide med rusgiftproblemer. Det er særlig ungdom med tilpasningsvansker. Det består av en sosionom, en psykolog, en lærer og en distriktslege. Vi har rådgivning, informasjon, overvåkning og klientbehandling. Vi møtes en gang i måneden som et minimum. Ellers etter behov.

Familievernkontoret:

Vi har et primærkontor. Hver

torsdag har dette teammøter, og det teamet som er knyttet til kontoret er: Sosionom, lege, psykolog, psykiater, jurist og prest.

Behandlingsteam psykisk funksjonshemmede:

Det er etablert spesiell omsorg for psykisk funksjonshemmede. I august åpner vi et nytt daghjem og familiehem. Her er et behandlingsteam som består av lederen på daghjemmet, samt lege, helsesøster og sosionom. Disse møtes en gang i måneden.

Ved siden av dette har vi helseråd, byggningsråd, trafiksikkerhetsutvalg, sty-

rene i de humanitære organisasjonene. I alle disse utvalg er legene representert.

Det ytre distrikt er inndelt i sektorer, som hver har sin faste distriktslege. Denne distriktslegen har tilknyttet en helsesøster. Disse har det totale ansvar i sin del av distriktet. I de sentrale områder har vi forsøkt å foreta en tilsvarende inndeling slik at den lege som har skolebarnundersøkelsen også har den nærliggende spedbarnskontroll. Saksområdene forøvrig i sentrum er fordelt mellom distriktslegene. Det administrative og koordinerende ansvar har helsesjefen. Det er selvsagt et fritt legevalg.

Vi var tidligere av den oppfatning at vi skulle dra lite i sykebesøk og fulgte mye svensk system ved å hente inn pasientene. Dette har nå avtatt sterkt, i og med at vi er mer opptatt av å dra i sykebesøk for å bli bedre kjent med forholdene i hjemmene. På hver vakt kjører vi i sykebesøk jevnt over fra kl. 19-20 til kl. 1-2 om natten. Det er etablert en fast vaktordning, alle legene har mobiltelefon, og vakthavende lege kan nås til hvilken som helst tid på døgnet. Ukedagene er fordelt som faste vakt dager for legene.



Alta midlertidige helsesenter

Mortensnes helse- og sosialsenter

Omtalt av JO TELJE

Vi vil prøve å besvare de spørsmål om helse- og sosialsentera som UTPOSTEN reiser i brev av 05.06.75, og beklager sterkt at sommerferie m.v. i så stor grad har forsinket vårt svar.

Mortensnes helse- og sosialsenter er det første ledd i en desentralisert helseplan for Troms og kom i funksjon juni -73. Senteret

disponerer 440 kvadratmeter i et nybygget skoleanlegg og betjener ca. 4700 mennesker i en drabantby utenfor Tromsø, med den typiske skjeve aldersfordeling med bare 8% av befolkningen over 50 år.

Som navnet tilsier, er et lokalt sosialkontor integrert i senteret med legepraksis, fysioterapi og

helsestasjon. I målsettingen er det lagt stor vekt på forebyggende arbeid, ca. 1/3 av legenes arbeidstid. Bemanningen er f.t.: 1 fysioterapeut, 1 sosionom, 1 helsesøster, 1 legesekretær, 1 kontorassistent, 1 kontor- sykepleier og 2 leger. Av legene er Bernt Ståeland i full stilling, den andre stillingen har foreløpig

vært delt mellom 3 leger, Arthur Hertzberg, Anders Forsdahl og Jo Telje, alle ansatt ved Universitetet, Samfunnsmedisinsk institutt. Disse har også vært engasjert i visse utredningsarbeider vedr. senterets funksjon, f.eks. er skolehelsearbeidet nøy kartlagt, en praksisstatistikk over 5967 konsultasjoner i 1974 er under utarbeiding, og en spørreskjemaundersøkelse over befolkningens forhold til senteret er nettopp avsluttet. I tillegg har hovedfagstudent i sosiologi, Kåre Tønnesen, skrevet sin hovedfagoppgave om senterets opprettelse, administrasjon og integrasjonsproblemer. I mai måned 1975 fungerte senteret med bare 1½ lege, hadde 493 konsultasjoner, hvilket gir et gjennomsnitt på 3,51 konsultasjoner pr. time i praksis, varierende mellom 3 leger fra 3,3 til 3,8.

Den gjennomsnittlige trygdekasserefusjon pr. konsultasjon var 35,- kr. både for leger med og uten almenpraktiker DNLP-kompetanse, idet lege uten denne kompetanse tok forholdsvis flere laboratorieprøver. Vi har to typer formaliserte møter pr. uke, en time i uken allmannamøte for administrative spørsmål, dessuten to teammøter å tre kvarter pr. uke for fagpersonellet, hvor 2 av legene møter på det ene, og 2 av legene på det andre møte. Disse teammøter drøfter pasient/klient-problemer med navn bare etter vedkommendes samtykke, selvsagt. I tillegg til disse formaliserte møter har vi samarbeid på forskjellige nivåer av mer ad hoc karakter, f.eks. at fysioterapeuten kommer



Mortensnes helse- og sosialsenter

inn til legen under konsultasjonen og vurderer en tilstand sammen med legen. En hindring for å oppfylle målsettingen fullt ut er det forhold at legene fortsatt er på stykkpris-systemet med leieavtale med kommunen, mens resten av personalet er på et fastlønns-system. Legenes avlønningsform skal opp til forhandlinger mellom kommunen, Rikstrygdeverket og legeforeningen i høst, og blir forhåpentlig avklart relativt snart.

På grunn av den tredelte legestilling, har vi vært spesielt oppmerksomme på problemet med personlig legetjeneste, og lagt vekt på at pasientene skal få mulighet til å treffe igjen sin faste lege. Regionen er såpass liten at vi har ingen ytterligere sektorisering, og har bevisst prøvd å unngå seleksjon av pasienter til de forskjellige leger. En annen sak er at i disse 2 år har samme lege vært ansvarlig for den type helsekontroll vedkommende startet med. Sykebesøk foretas i forbausende liten utstrekning, under 1%. Legevakt for natt og helger går inn i le-

gevaktsystemet for Tromsø by som helhet. På grunn av et registrert ønske fra befolkningen har vi kveldsåpent 2 ganger i uken, samt åpent hver lørdag.

UTPOSTEN hevder at det er vesentlig for den videre utvikling at man nå begynner å diskutere erfaringer fra de forskjellige helse- og sosialsentera, og dette er vi hjertens enige i. Vi vil dog få presisere at problemstillingene slik de er formulert i brevet fra UTPOSTEN utelukkende dreier seg om legetjenesten. I et integrert helse- og sosialsenter som Mortensnes, er det åpenbart at legene i det daglige arbeid influerer på og influeres av det øvrige personalet og at deres totale ytelser ikke kan måles i konsultasjoner alene. På samme måte kan pasientene få et bredere tilbud fra senteret enn det en lege alene kan tilby.

Bemanningen har vist seg å være utilstrekkelig, og det er forslag om utvidelse med en ny fysioterapeutstilling, en ny sosionomstilling og en halv helsesøsterstilling fra høsten av.

Forenklet sammenstilling av noen data fra helse- og sosialsenter:

	STOVNER:	ALTA:	MORTENSNES (Tromsø):
I drift:	Mai -72	April -71	Juni -73
Total grunnflate:	450 kvm	400 kvm.	440 kvm
Antall leger:	5 + 1	4 + 2	1 + 3/3
Reell arbeidstid pr. lege i tilknytning til senteret:	40—45 t	50—80 t.	8
Ansatt helsepersonell:	28	12	8
Antall konsultasjoner pr. lege pr. mnd.:	267 (april -75)	422 (mai -75)	329 (mai -75)
Refusjon fra trygdekontoret pr. konsultasjon ved senteret:	30 kr.	kr. 36,85	35 kr.

Åpent brev om lege- krisen på Nordmøre

Undertegnede distriktsleger på Nordmøre har med bekymring registrert den siste tids debatt i enkelte kommunestyre om bevilgninger til distriktshelsetjenesten. Det burde være et ansvar for kommunen å ta seg av distriktshelsetjenesten i likhet med andre kommunale tjenester, da det jo er kommunens befolkning som skal få nytte av den.

I avisenes referater har legene blitt fremstilt som småkonger med skyhøye inntekter og som presser fattige kommuner til å yte personlige fordeler. Vi tror den katastrofale legemangel på Nordmøre innbyr til konstruktiv tenkning og ikke til utskjelling av de legene som enda er igjen. Det er i dag 16 distriktslegestillinger på Nordmøre. Av disse er 7 ledige. Noen har vært utlyst flere ganger uten søkere, bl.a. en stilling 4 ganger.

Vi tillater oss å slå fast følgende fakta:

1. Distriktslegene har i dag en arbeidstid som går langt utover arbeidstidsbestemmelssens grenser. Et stort antall leger er tvunget til å arbeide 60-80 timer pr. uke for å dekke befolkningens behov for helsetjeneste. Utenom dette har vi et stort antall timer hvilende vakt. For mange blir arbeidsbelastningen stadig større p.g.a. vakante stillinger. Hva dette betyr for den enkelte lege og hans familie, er det dessverre få som forstår. Dette skjer samtidig som en økende del av befolkningen får ordnede arbeidsforhold og arbeidstiden forkortes.

2. Flertallet av legene prioriterer i dag regulert arbeidstid fremfor høy lønn. En antar at dette er den

viktigste årsak til at så få søker seg ut i distrikt.

3. Distriktslegene er i dag lønnet av stat og folketrygd. Det er uholdbart at den offentlige lege alene har ansvaret for distriktshelsetjenesten, også i prinsippet det økonomiske. Distrikts-helsetjenesten har tendens til å bryte sammen hvis den offentlige lege forlater distriktet. Ved legekontorene er det også ansatt kontorpersonell som distriktslegene selv lønner, og dette betyr også arbeidsplasser i et næringsfattig område.

4. Kommunens budsjettmessige prioritering er avgjørende for distriktshelsetjenesten i dag. Det er de som søker om opprettelse av nye distriktslegestillinger og som er ansvarlig for bolig og kontorer. Kvaliteten av distriktshelsetjenesten viser i praksis hvordan kommunen budsjettmessig har prioritert denne tjenesten.

Distriktslegetjenesten på Nordmøre er i dag inne i en dyp krise. Stadig flere forlater sine stillinger, og det melder seg få søkere til de ledige. Vi tror derfor at tiden er inne til å bruke energi på å løse problemene i stedet for å drive legehets.

Vi tillater oss å be om:

1. Forståelse for vår arbeidssituasjon.
2. Å bli forskånet for personlig angrep når vi peker på konsekvensene av politikernes prioriteringer og vedtak.

Pasienter, politikere og distriktsleger har et felles mål som vi sammen bør arbeide for:

Best mulig distriktshelsetjeneste.

Vi tror dette mål kan nåes ved at:

1. Det offentlige overtar det økonomiske og administrative ansvar for distriktshelsetjenesten.
2. Distriktslegene får fast lønn for vanlig arbeidstid, samt ekstra godtgjørelse for vakt med videre.
3. Staten oppretter så mange distriktslegestillinger at vi får normal arbeidstid.
4. Fylkeslegen snarest tar initiativ for å bedre informasjon til publikum og politikere om våre arbeidsforhold.
5. Den norske Lægeforening arbeider for å bedre forholdene og fastlønnsystem for offentlige leger.

Det er pekt på det viktigste som kan gjøres for å motvirke krisen på Nordmøre. Vi oppfordrer alle ansvarlige myndigheter til å handle NÅ.

Kristiansund N., 22.2.77

Underskrevet av samtlige distriktsleger på Nordmøre: Glør Halvorsen, Ola Lilleholt, Arnt Ree, Ivar Sønnbø Kristiansen, Halvard Jendem, Arnfinn Melø, Olaf Viksand, Helge Hervold, Helge Thomassen og Per Jakob Bolstad.

1977

KREFT kan ramme alle

De fleste familier i vårt land blir på en eller annen måte berørt av de store problemer kreftsykdommene skaper. Hvert år oppdages 13000 nye tilfeller. Utsiktene til helbredelse bedres heldigvis gradvis.

Forskningen har gitt større muligheter til å hjelpe. Men fortsatt dør alt for mange – ofte i ung alder. Kampen mot kreft har derfor appell til alle. Støtt Landsforeningen mot Kreft – gi ditt bidrag til kreftforskningen!



**HVIS HELSEBREGPET INNBEFATTER TRIVSEL,
SÅ MÅ KREFTFORSKNINGEN VISE STORE RESULTATER
FOR Å OPPVEIE DEN HELSEKNEKK SOM SLIK
SKREMSEL BETYR FOR BEFOLKNINGEN**

Med DIN hjelp kan flere helbredes



LANDSFORENINGEN MOT KREFT

Hvitfeldtsgt. 49, Oslo 2
Postgiro 500 099 · Bankgiro 900 099

STØTTEÅRHOVSDRØR 1977:

Standard blå gruppen — Ingeniørforeningen A/S — B. Bryllingen & Sønner A/S — Bergen Bank — Den norske Creditbank — Ingeniør Thor Foshaugen A/S — General Motors (Norway) A/S — Kabin Norge A/S — Norsk Oly. A/S NOROL — Standard Isfabrik og Kakefabrikk A/S — Husken Aktivitetslagene Lene — Wih. Wilhelmsons Skipsrederi

1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1977

Utposten

1972-1977



Utpostens tre redaktører — fra venstre
 Tore Rud, Per Wium og Harald Siem, slik
 Utpostens tegner Kåre Huse ser dem.

I forbindelse med redaktørskiftet er det naturlig å ofre et blikk på UTPOSTENS historie.

Det begynte høsten 1970. En samtale på professor Chr. Borchgrevinks kontor i Fr. Stangsgt., ustanselig avbrutt av telefoner. Da vi skiltes, ante vi ikke hva vi skulle gjøre, men hadde en følelse av at primærlegene måtte finne frem til sin egen identitet, og at vi hadde et stort udekket kommunikasjonsbehov.

Noen skriv hit og dit, bl.a. litt jammer til OLL's styre, førte ikke til resultater. Kurs for offentlige leger høsten 1971 talte varmt for saken, både overfor helsedirektoratets representanter, Institutt for almenmedisin i Oslo og representanter fra Legeforeningen og Tidsskriftet. Man nikket og sa det var nok et behov her, det var nok en idé å starte et kommunikasjonstidsskrift, men ... - Noe redaksjonsutvalg fra deltakerne på kurset den gang lot seg heller ikke forme, og det hele så håpløst ut.

Men så en kveld diskuterte Tore Rud opp med roast-biff og Patriarch, og etter kaffen var stemningen og motet så høyt at de tre distriktslegene i ytterste Romsdal besluttet seg for å spytte 1000 kr. i kassen hver og startet på egen hånd.

Det første nummer.

Oppmuntret av svar på rund-

spøringer, og veiledet av lokalpressen i Molde, fikk man så sydd sammen det første nummer på 12 sider i februar 1972. Det ble sendt til trykkeri i Oslo, og trykkeriet lovte at det skulle være tilbake på 14 dager. I et opplag på 500, og med vel 100 på sirkulasjonslisten. Og vi ventet, og vi ventet. Og vi ventet ennå lenger, før vi ringte til trykkeriet. Trykkeriet hadde ikke fått manuskriptet, og en stor leteaksjon ble startet i mars. I begynnelsen av april ble leteaksjonen oppgitt, og ut ifra notater, noen kopier og en sterk anstrengelse av hukkommelsen, fikk vi produsert et nytt nummer 1 som kom ut ultimo april 1972.

Det var nesten som vi hadde mistet motet helt, og tok det som et tegn på at UTPOSTEN vel ikke burde startes. Og da vi ventet for annen gang, håpet vi kanskje på at vi ikke fikk se UTPOSTEN i det hele tatt, så var vi ferdige med det allerede. Men UTPOSTEN kom tilbake, og ble sendt rundt til norske leger og fikk en god mottakelse. Dette på tross av at bladet var helt amatørmessig satt opp, etter vår nåværende standard.

Og senere:

Så kom det ene nummeret etter det andre. Primærlegene og en del helsearbeidere utenom legestanden likte bladet meget godt, mens en del sykehuskolleger gjorde sitt for

å få bladet stoppet. Klipp fra brev som ble skrevet av høyt aktede kolleger fra universitetene, er gjengitt nedenfor:

".....UTPOSTEN har vist seg å holde en redaksjonell linje som tjener til en betydelig undergravning av legenes virksomhet, ser jeg meg ikke tjent med fortsatt å støtte tiltaket med abonnement. Til dels har sakene etter min mening hatt et betydelig ukollegialt tilsnitt. Så vanskelig som legegjerningen er og så spesiell som legens posisjon er vis å vis pasientene, kan jeg ikke se at saken er tjent ved den måte UTPOSTEN presenterer den på. Med hilsen ..."

eller

"... som anført av Legeforeningens generalsekretær Odd Bjercke, er slike påstander ikke utgangspunkt for noe som helst, og at de lanseres ubearbeidet i et slikt blad, bidrar bare til å bringe falske forestillinger, som ikke har noe med sannheten å gjøre, hos mennesker som ikke er tilstrekkelig orientert om forholdene. Dette å bringe slike oppsett om økonomiske forhold som ikke har noe med virkeligheten å gjøre og påstand om maktmisbruk uten skikkelig undersøkelse og holdbarhet, gjør at bladet totalt sett blir uten interesse. ... Dette brev er ikke beregnet på offentliggjørelse, men jeg håper det kan være til orientering."

Oppmuntringer:

Bortsett fra slike direkte oppfordringer til å legge ned bladet og enkelte rykter om at redaktørene var politisk ytterliggående som ønsket å undergrave samfunnet i sin helhet, hørte vi nok flest oppmuntringer.

En søknad til Legeforeningen om støtte fikk avslag, men kanskje i en mildere form enn vi hadde ventet. Legeforeningen tilbød seg støtte i form av gratis distribusjon som bilag til Tidsskriftet, dog underforstått: hvis de kunne akseptere innholdet. Dette gikk vi selvfølgelig ikke med på.

Helsedirektoratet støttet tanken varmt, også med en slump penger. Da de første nummer var ute, gikk også helsedirektør Karl Evang varmt inn for at fylkesleger og andre distriktsleger både skulle abonnere på, og skrive i bladet.

Og kolleger innenfor legestanden både skrev og gjorde bladet berettiget. Bare ganske få ganger har man vært i beit for stoff, som det fremgår når redaktørene selv har dominert spaltene, andre ganger har det vært gitt ut ekstranummer og man har hatt forhøyet sidetall.

Kontroversielle emner.

Mens utgangspunktet for UTPOSTEN var et kontaktbehov primærlegene imellom, ble det fort klart at en måtte ta opp de saker man snakket om, de som var aktuelle, for at det i det hele tatt skulle bli lest og betalt for. Som kommunikasjonsorgan kan man ikke ta sikte på finpusede artikler, og vente med å ta opp emner til en fremherskende enighet har etablert seg.

Redaktørene har derfor sett på det som et garantistempel at mye av det som har vært bragt frem i spaltene har vært kontroversielt.

En av de store kontroversene var i sin tid Nitter-saken som riktignok bestod av både en personlig uenighet, faglig uenighet og prinsipiell uenighet. Den siste bygget på forskjellige verdinormer, og utgangspunktet for UTPOSTENS helhjertete støtte var at kreftpasienter ikke kunne avvise av den medisinske profesjon bare fordi det medisinsk sett ikke "var mere å gjøre".

Det ser i dag ut som om denne diskusjonen var høyst be-

timelig i norsk medisinsk miljø, og at den har ført til en holdningsendring oss leger imellom. At den i tillegg har ført til et noe mer liberalt bruk av cytostatika hos almenpraktikere, får en se på som en ekstragevinst. Og ellers har diskusjonen gått fra blinkende blått varsellys på legens biler til legefirmaenes bespisning av en av de mest velstående samfunnsgrupper. Når enkelte medisinske særinteresser presser seg helt frem i



frontlosjen og appellerer til publikken med sine døende pasienter på ventelister, har de fått motbør i UTPOSTEN. Den pågående politiske debatt om helse- og sosialforhold har fått sin utdypning i tallrike leserinnlegg til UTPOSTEN.

Det daglige liv i UTPOSTEN.

Redaktørenes arbeid har vært preget av skippertakvirksomhet, økonomiske utlegg og mange hyggelige opplevelser. Det samme kan sies om vår

utmerkete tegner, Kåre Bjørn Huse, selv om han muligens ikke har hatt direkte økonomiske utlegg på sine bidrag. Med sin fremragende evne til å finne frem til det vesentlige ved artiklene, har han for bladet på en rimelig måte kunnet utdype innholdet i sine illustrasjoner. Enkelte av illustrasjonene har av fagfolk blitt karakterisert som mesterstykker, og Kåre Bjørn har da også avbrutt sin karriere som lærer på Midsund og begynt en seriøs kunstnerutdannelse i Bergen.

Men det jevne slit har foregått på Reidun Solems kontor på 2x2 meter, hvor abonnentarkivet, skrivemaskinen, telefonen og hauger med papir har konkurrert om plassen. Selv om hun har fått hjelp til skriving, regnskapskontroll og adressering av mange, har hun hatt hovedarbeidet med fremdriften av nummer etter nummer etter nummer. Det er bare synd at alle som kjenner henne gjennom telefonen, ikke har hatt anledning til å observere hvordan hun har fått unna alt arbeidet uten noen gang å ha gitt inntrykk av å ha hatt det travelt.

Fredrik Mellbye foreslo tidlig i UTPOSTENS liv at den burde omdøpes fra UTPOSTEN til UT- og BYPOSTEN. Primærhelsetjenestens problemer i de store byer var også til å ta og føle på. Og UTPOSTENS redaktører hadde tatt sikte på å holde liv i bladet i 5 år, og syntes det var lite rimelig at UTPOSTEN for alltid skulle bli en institusjon knyttet til deres navn.

Så da Tore Rud sluttet som distriktslege, og Per Wium og Harald Siem planla andre arbeidsfelt, var det naturlig å avertere etter nye redaktører.

Annonser skremte mellom 1500 og 2000 mennesker (UTPOSTENS lesere), bortsett fra Aage Bjertnes og Martin Holte. De vil overta UTPOSTEN fra 1978.

Det er all grunn til å ønske dem lykke til, og minne de andre lesere på at UTPOSTEN ikke kunne eksistere uten leserinnlegg, kritikk og oppmuntring (og betaling av bladpenger).

Den avtrappende redaksjon takker for seg, takker lesere og abonnenter og takker alle, noen nevnt, ingen glemt, av medarbeiderne gjennom årene.

Legemangel i Finnmark?

Av Kolbjørn Øygard

Det er gammalt nytt at det vert ropa om legehjelp til Finnmark for å berge oss frå krise og samanbrot i større og mindre deler av helsetenesta. Ein gong manglar vi underordna legar ved sjukehusa, ein annan gong er det skort på overlegar, spesialister, men oftast har det dei siste 10-15 åra vore skort på legar til primærhelsetenesta. Det er berre forholda der eg vil koma inn på denne gongen.

Finnmark har i dag mange fleire legar i primærhelsetenesta enn tidligare. Ved årsskifte 68/69 var det berre 23 legar, av desse 4 turnuskandidatar i arbeid i distriktshelsetenesta i Finnmark. Ved siste årsskifte var det heile 41 legar i arbeid, av desse var 18 turnuskandidatar. Totalt sett har vi altså fått ein stor auke i legetallet.

Det er eit forhold ein må ha heilt klart for seg når forholda i Finnmark skal vurderast: Finnmark er så stort. Avstandane her er av ein annan storleiksorden enn ellers i landet. Difor går det stort sett ikkje å få til vaksamarbeid over distriktsgrenser dersom vaktordningane skal ha eit reelt innhald. Dei store avstandane gjer også at sjøl om folkemengda i eit ledig legedistrikt er lite krev det svært mykje tid til å ta hand om legetenesta der dersom ein skal gjera dette frå eit annan distrikt.

Kva så?

På statsbudsjettet fot 1978 har vi fått 5 nye ordinære stillingar. Av desse er hittil 3 avertert ledig, søknadsfristen er gått ut for 2, og vi har fått søkjar til ein av desse. Det vi set vår von til er forsøka med fastlønnsordning. Finnmark fylke skal få 7 av dei 25 ekstraordinære stillingane i denne forsøksrekkeja.



Fastlønnsordningens påvirkning av primærlegedekningen i våre nordlige fylker?

Talet 41 legar i arbeid fortel at i fleire distrikt i Finnmark er det rimelege legedekning - og ganske gode arbeidstilhøve.

Det som skjedde nå i januar var at 5 distrikt miste turnuskandidaten. Det var tanken at desse turnuskandidatplassane skulle bli erstatta med siviltenestepliktige legar. Dette let seg imidlertid ikkje gjera for første halvår 1978. I tillegg til dette miste vi 2 distriktslegar - men vi fekk også 2 nye.

Dei turnuskandidatane vi miste sat særplasserte eller i distrikt der det ellers var lite om legehjelp. Når den einaste lege i eit distrikt blir borte, og det samstundes er langt til naboen, då vert det krise.

Ved hjelp av korttidsvikarar blir legedekninga i dette halvåret nå omlag den sama som i førre, men det er slik at i fleire distrikt har vi ei så ustabil bemanning at det kan bli samanbrot når som helst.

Vi har allereie avertert ledig ein slik stilling i Loppa saman med 2 ordinære stillingar som får same vilkår. Søknadsfristen gikk ut utan at nokon melde seg. Dette er eit vonbrot - vi får skulda på at vilkåra distriktslegane får etter fastlønnsordning ikkje var kjende då stillingane vart lyst ut først i januar.

Loppa er eit sjø-distrikt, men det er vanskeleg å forstå at tilhøva kan leggjast særleg betre til rette enn det nå er gjort i Loppa. Der er eit nytt lite helse-senter med sjukestove, ny hurtiggående legeskyssbåt på 54 fot kjem til distriktet med det aller første. Bustadtilhøva er gode. Vi spør oss kva meir kan vi gjere?

Eigentlig viser dette nok ein gong at årsakene til legemangel i Finnmark er mange. For primærhelsetenesta er vi inne i ei djuptgripande strukturkrise.

LEGEAKTIONER

Etableringsloven er vedtatt, våre aviser og nyhetssendinger befatter seg ikke lenger med bekitlede menn og kvinners meninger.

Legestanden har vært i kok noen måneder, anført av maktblokken YLF som på en militant måte har kjempet for sine krav.

Aksjonens hensikt var hele tiden å få helse- og sosialkomiteen og det norske Storting til ikke å gå inn for en etableringskontroll. Dette har til en viss grad lyktes da lovforslaget som ble vedtatt, ikke omfatter at allerede opprettede stillinger på sykehus blir redusert. Dermed tror mange at vesentligste kampmotive for YLF var falt bort. At målet for de aksjoner de siste ukene ble endret til å gjelde primærhelsetjenestens sak var noe overaskende. Da dette ikke fikk støtte fra distriktslegene og på primærlege hold, er vel dette et uttrykk for at vi vil stå for analyse av våre arbeidssituasjon selv uten innblanding av sykehusleger. Å kreve nyoppsettelse av 200 distriktslegestillinger som straks løsning midt i et budsjettår synes for oss som arbeid i primærhelsetjenesten, umulig både praktisk og økonomisk.

Å bruke aksjonsformer som oppsigelser av legevakter og poliklinisk arbeid som brekkstang vil vel også neppe gavne saken.

Politikere og myndigheter har ved disse aksjonsformer vel fått øynene opp for at viktige funksjoner som legevakt kjøring og poliklinisk arbeid ikke kan løses på fritidsbasis og ved neste korsvei vil vel dette privilegium bli erstattet med mere juridisk binende avtaleformer. Hos folket har legeaksjonene neppe funnet sympati.

Og vi spør oss også om DNLF's storstilte propagandamaskin med helsides

annonser og professor-gallerier på første side i våre dagsaviser gav et troverdig inntrykk av forholdene.

Vi ber nok en gang om at vi snarest får innført et 1/2 års almenpraksis som obligatorisk sideutdannelse i alle spesialiteter.

«Uriktig av Lægeforeningen»

FUSK MED TALL

Primærhelsetjenesten er et falsk alibi

Vi vet jo, idag er det
1 ubesatt distriktsstilling i Trondheim
1 ubesatt distriktsstilling i Tromsø
12 ubesatte distriktsstillinger i Nordland
Altst. resten ingen stillinger i andre leger.

Vi vet at mange leger vil ta disse stillinger, men ingen ønsker 24 timers beredskap 7 dager i uken over lengre tid.

Legestanden med sine norske legeforeninger står bak.

Den norske legeforening fusker med tallene. Både i Trondheim og i Tromsø har det vært opplyst at aksjonskomiteen mot etableringsloven har gått ut med uriktige opplysninger i en legemiddelliste som er distribuert i mange lokale skoleapoteker.

Direkte flaut for den norske legestand er det også å bli beskyldt for fusk ved statistikk når en bevisst forminsker den prekære situasjon i primærhelsetjenesten på Vestlandet og i Nord-Norge som synes å foreligge.

Den heksejakt som har vært drevet i enkelte av våre lokale legeforeninger på styremedlemmer som har uttalt seg til fordel for loven, eller ikke sterkt nok har tatt avstand fra den, har skapt en trykkende atmosfære.

Vi håper på større takhøyde og toleranse innen DNLF, det gjelder meninger og ulike synspunkter i de debatter som må følge.

I legeforeningens motfor-slag ble det listet opp en lang rekke positive reformer som kan styrke primærhelsetjenesten. Vi håper at alle fraksjoner innen DNLF ikke lar disse gå i glemmeboken, men at de blir medbrakt og vedtatt i Stavanger. En endring ber vi dog om å bli fjernet. DNLF's pris "Den gylne gulerot" som vil gi en distriktsleges almenpraksis i utkantstrøk et halvtår tellende sideutdannelse ved søknad om spesialitet. Dette er en grov diskriminering av faget almenmedisin. Denne holdning viser bare nok en gang at DNLF's tradisjonelle tenkemåte er spesialistdominert.

Først med en slik anerkjennelse vil faget almenmedisin ha sin verdi, også i rekruterings øyemed.

Når det gjelder myndighetene har vi tidligere uttalt at etableringsloven alene ikke vil føre til nevneverdige positive forandringer for distriktshelsetjenesten.

Vi er glad for at stadsråd Rysthe fra stortingets talerstol offisielt har lovet oss loven om primærhelsetjeneste en gang på vårparten. Flere utsettelse og forhalinger har vi under de nåværende forhold ikke råd til. Vi forutsetter også at loven blir fulgt opp til tross for at den vil koste mange penger.

Prognosene viser at vi i årene fremover vil ha mulighet til å få et legetilskudd på 200 nyutdannede leger til primærhelsetjenesten. For at disse skal kunne absorberes må man få opprettet et stort antall fastlønnsstillinger og få en betydelig forbedret normaltariff. Vi vil følge den videre utvikling med stor spenning. Statsbudsjettet og tariffforhandlingene til høsten vil være avgjørende for primærhelsetjenestens fremtid.

Agge Bjørtum

Norsk selskap for almenmedisin?

Eller kun behov for en strukturendring innen APLF.

DETTE TEMAET SKAL DISKUTERES på landsrådsmøtet som avholdes i tilslutning til generalforsamlingen i APLF 17. nov. 1979 i Oslo. Her en henstilling til alle APLF medlemmer: Møt opp på generalforsamlingen for vi har også andre uhyre viktige saker som skal diskuteres. En av de viktigste sakene er valg av nytt styre for neste 2-årsperiode - altså MØT OPP!

I Trondheim har en gruppe på 8 almenpraktikere dannet en arbeidsgruppe med målsetting for et slikt selskap og evt. innkalle til et landsomfattende konstituerende møte. La oss få høre din mening ved å returnere vedlagte svarslipp.

APLF skal ivareta medlemmenes faglige og fagpolitiske interesser ifølge APLF's lover. Er det da naturlig at almenmedisinen skal springe ut av APLF? Vil det gavne eller skade APLF ved et slikt skille? Vil det gavne eller skade almenmedisinen ved et skille?

Allmenmedisin hva er det? Hvordan skal den praktiseres? Hvem er allmenmedisinere? Hvem skal gi allmenmedisinen dets praktiske innhold? Hvem skal undervise i allmenmedisin? Disse spørsmålene viser at vi trenger et overordnet faglig organ til å løse disse oppgavene.

Andre viktige oppgaver er arbeidet for at allmenmedisin blir godkjent som fullverdig spesialitet og at videre- og etterutdannelsen av allmenpraktiserende leger blir fastere strukturert.

Hvorfor allmenmedisin? Jo fordi vi idag er overlatt til oss selv å lære det og drive allmenpraksis - vi må selv skape den allmenmedisinske struktur vi velger å arbeide i. Den er som alle vet totalt forskjellig fra den institusjonsskole-medisin vi blir flasket opp med på doktorskolen.

Hvorfor er det viktig å skille fag og fagpolitikk?

Jo, av den grunn at rene faglige diskusjoner og avgjørelser ikke bør være hemmet av fagpolitiske grenser.

Martin Holte



"It's wonderful being divorced. I only hope it doesn't last as long."

SAKLISTE FOR

APLF's generalforsamling
lørdag 17. nov. 1979
kl. 09.00
i Det Norske
Medicinske Selskab,
Drammensv. 44, Oslo.

Sak 1:
Årsberetning
1. oktober 1978—
30. september 1979.

Sak 2a:
Regnskap for tiden
1. oktober 1978—
30. september 1979
b:
Budsjettforslag
for 1979—1980.

Sak 3:
Valg.

Sak 4:
Lov om
distriktshelsetjenesten:
(kl. 13.00)
Innledning ved:
Overlege
Hans Ånstad,
Sosialdepartementet
Alm.prakt. Dnlf
Jan Otto Syvertsen

FAMILIEFORHOLD



AVDELING FOR USAKLIG REKLAME

Legen du alltid har for hånden

Hver periode i livet har sine egne helseproblemer, og de dukker gjerne opp når vi minst venter dem. Men vi løper ikke til legen når som helst, og vi spør ham heller ikke om hva som helst når vi først er der - han er jo så opptatt...

Sakset fra bokens
omtale fra Gyldendal

Det er så mye vi gjerne skulle spurt en lege om...

Er det farlig, doktor? Må jeg på sykehus? Gjør operasjonen vondt?
Får jeg sykepenger? Når kan jeg begynne å arbeide igjen?

Slike og lignende spørsmål kunne vi før stille til familiens
huslege. Men huslegen finnes nesten ikke mer. Spørsmålene er
imidlertid minst like aktuelle og påtrengende i dag.

Åpent spørsmål til Forbrukerombudsmannen og Gyldendal Forlag:

**Er dette det man forstår
ved saklig informativ reklame?**

**Skal man forstå denne reklame som Gyldendals
innsats for å løse problemene i primærhelsetjenesten?**

APLF og OLL — en felles organisasjon?

Alle landets primærleger samlet i en og samme organisasjon —
en realistisk målsetting?

I dag har vi ca. 1100 medlemmer i APLF og ca. 500 medlemmer i OLL. - Situasjonen er den at det er mange offentlige leger som har et dobbelt medlemskap. Det vil si de er medlemmer av OLL gjennom sin offentlige ansettelse som distriktsleger eller bydelsleger og i tillegg medlem av APLF - derimot en privatpraktiserende lege kan ikke være medlem av OLL. Likevel har vi sammenfallende interesser på alle felt av vårt arbeid - i allefall alle de privatpraktiserende leger som har offentlig helsearbeide, som skolehelsestasjonstjeneste og kanskje i tillegg tilsynslegejobb, ved siden av sin praksis. Videre er det mange privatpraktiserende leger som samarbeider med sosialmedisinsk team og hjemmesykepleie i sitt distrikt. Man kan da spørre seg hva skiller en bydelslege eller en distriktslege II stilling fra en slik privatpraktiserende lege? - jo kun avlønningssystemet. For en distriktslege II er det til og med bare en del av avlønningssystemet som er forskjellig da han også i vesentlig grad får sin inntekt gjennom normaltariffen. (Til min forbauselse så hørte jeg i TV i dag at Lægeforeningen krever 40% høyere takster på normaltariffen - er dette klokkeforhandlingstaktikk fra Den norske Lægeforening? å gå så unyansert ut i pressen?)

Når vi har sammenfallende interesser i arbeidssituasjonen både faglig og arbeidsmessig, er vel ikke et forskjellig avlønningssystem argument for å opprettholde to så adskilte foreninger. I de senere år har utviklingen vist økende interesse for fastlønnsstillinger i primærhelsetjenesten, både når det gjelder rekruttering av yngre kollegaer og også allerede eksisterende private praktiserer. En utvikling som vil forsterkes gjennom den nye loven om distrikts-helsetjenesten og den usikre situasjonen vi opplever omkring normaltariffen. Vi mangler klart svar fra våre politikere om normaltariffens videre utvikling eller kanskje bedre retardasjon. Dette vil igjen bety et økende antall offentlige leger - en forsterking av OLL og en svakere rekruttering av privatpraktiserende leger eller en svekkelse av APLF med tiden.

Hva med distriktslege I - stadsleger etc. med helse-rådssaker: spesielle ting som hygiene, epidemiologi og rene samfunnsmedisinske spørsmål og helseadministrasjon - er ikke dette sterke argumenter for opprettholdelsen av OLL? Nei - for mange av disse oppgavene hører naturlig til primærhelsetjenesten - fagområdet almenmedisin.

Men kanskje er behovet tilstede for et felles forum for kolleger som på heltid

utøver helseadministrasjon.

Hvorfor en fusjon av APLF og OLL? Jo, en større og samlet medlemsmasse vil i sterkere grad kunne påvirke våre politikere til en bedret utvikling av primærhelsetjenesten, en sterkere utbygging og økende ressurser. Vi vil også sterkere kunne motstå særomsorgsutviklingen. Fremtidens medisin ligger i forebyggende tiltak for befolkningen og dette kan best skje gjennom en sterk primærhelsetjeneste.

Derfor primærleger - foreneder!!!

Utpostens redaksjon takker for alle gode artikler og debattinnlegg og ønsker alle lesere en riktig God Jul og et godt og aktivt Nytt År.

Martin Holte
Aage Bjørtnæs



Host!



Host en gang til!



— Hvor lenge har De hatt den hosten!

Almenmedisinen under lupa

Kommentar til kurs «Almenmedisin for almentpraktikere»,
på Bygdøy 13.-15. mars. v/Almenprakt. DNLF, Kristian Hagestad, Marnardal



Årskatalogen for "Legers videre og etterutdannelse" er etter kvart blitt ei bok av solid format. I den rikholdige kursmenyen for 1980 var det eitt kurs som straks vekte mi interesse ved rask gjennomblading av katalogen i januar: "Almenmedisin for almentpraktikere" i følge presentasjonen eit forsøk på å "utdype faget almenmedisin", ettersom "det er en økende forståelse for at det teoretiske grunnlag for almenmedisin må erkjennes og beskrives". Kort sagt: Analyse av vår allmenmedisinske verksemd på våre egne premisser!

Antalet påmeldingar viste at fleire enn eg hadde merka meg denne sjeldne blomsten i kursfloraen. Dei 30 heldige, som kunne sette kvarandre stemne på Bygdøy 13.-15. mars, måtte veljas ut med loddtrekning.

Ein verdifull bibliografi med kort omtale av aktuell litteratur om allmenmedisin og Family Medicine blei utsendt på førehand. Gjennom uformelle forelesingar, dialogar, ordskifte og gruppearbeid blei så ei rekke aspekt ved faget vårt tatt opp.

Alt i første innlegget reiste professor Borchgrevink spørsmålet om allmenmedisin virkelig er eit eige fag, eller bare ein forenkla sum av dei andre spesialitetane. Kurset viste at det førstnemnte så absolutt er tilfelle.

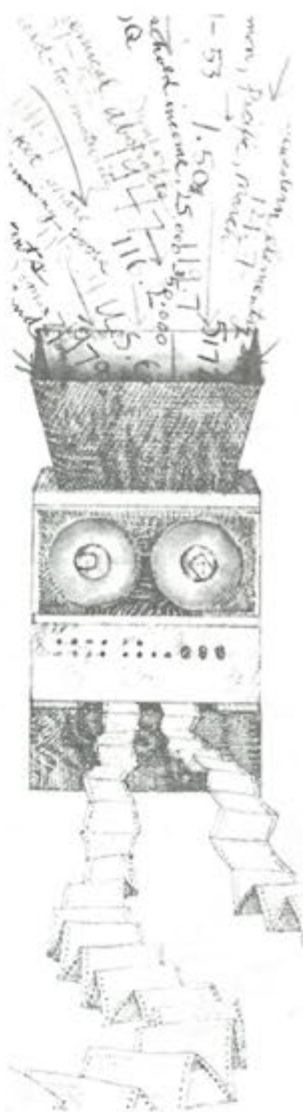
I primærmedisinsk arbeid møter vi eit anna klientell enn på sjukehus og poliklinikkar. Arbeidsorganisering, diagnostiske og behandlingsmessige metodar må tilpassas den allmenmedisinske kvar dagen. Eit par eksempel:

Ei svensk undersøking av kva som løyner seg bak symptommet dyspepsi, viste i eit allmenpraksis-klientell 90% gastritt, 2,5% ulcus og 0,5% cancer. I eit hospitalsmateriale derimot var 10% gastritt, 80% ulcus og 2,5% cancer. - Forsøk med å la allmenpraktikar fungere som "spesialist" på ein poliklinikk tyder på at det meir er arbeidsmetodar og -vilkår enn ulikt kunnskapsnivå som skiljer spesialisten og primærmedisinaren.

Infeksjonssjukdommar, tilstandar i skjelett-muskelsystemet og psykiatriske kasis dominerer i det allmenmedisinske klientellet. Tidligere kjennskap til pasienten, til familien, nærmiljøet og arbeidsforholda er da nyttige diagnostiske og terapeutiske verktøy. Diagnostikken treng ofte ikkje være absolutt "sikker" eller spesifikk for at ei meningsfylt behandling kan starte. Vurdering av tilstanden og behandlingseffekten over tid er også ein del av det diagnostiske apparatet.

Rutle og Malterud tok i dialog form for seg

"Tenkekomiteen" sine ideal og ein personlig, forpliktande, kontinuerlig og omfattande allmenmedisin. Kva innebær eigentlig dei fine orda? Koss stemmer realiteten i dag uttrykt i fakta og statistikk overens med ideala? Ønskjer vi eigentlig å leve opp til desse målsettingane? Er "tenkekomiteen" smitta av "huslegenostalgien"? Denne huslegen som ingen har møtt, men mange har ein draum om: Han som alltid har åpent kontor utan ventetid, som ikkje



1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1980



Arbeitersledning i London: Sosialprodukt eines Entwicklungslandes?

treng søvn, har tid til alle og er likt av alle. Han som straks drar ut i sjukebesøk når han blir tilkalt, som har ei kone som heller ikkje treng søvn og derfor kan ordne opp når mannen er ute. Han blir sjølvsagt buande på samme staden livet ut, og kjenner slektene bak i tre ledd. - Er det denne rollen vi ønskjer? Om ikkje: Koss kan realiteten tilpassas ideala?

"Forebyggjande arbeid er betre enn kurering", heiter det i eit velkjent slagord. Koss kan slagordet få innhald? Kor langt skal vi gå utafor den trygge rolla som terapeut for dei sjukdommane folk spontant presenterer for oss? - Kva med oppsøkande arbeid for å få tak i den løynte

morbiditeten? Jo Telje viste at i den gruppa som "ikkje går til doktor", er det atskillig patologi å leite fram. - Vidare, kor går grensa mellom mitt verke som lege og min aktivitet som bevisst samfunnsborgar? Når samfunnet sjølv er sjukdomsskapande, kva gjør vi da? Ida Hydle gjorde problemstillinga ubehagelig klar ved følgjande bannbullar: Vi har ein sysselsettingspolitikk som skaper uføretrygda menneske, ein næringsmiddel, industri som påfører folk adipositas, anemi og obstipasjon, ein samferdselspolitikk held skadekirurgane i arbeid, og vi har ein tobakksindustri som skaper lungekreft og anna elende.

Å stille klare spørsmål er

første steg mot problemløysing. I løpet av kursdagane blei det også virkelig stilt både mange og grunnleggende spørsmål omkring allmenmedisinsk verksemd.

Kva så med svara?

- Ja, dei må vi saman arbeide ut etter kvart. At vi i dette arbeidet må stole på oss sjølve som allmenmedisintrar, ikkje på spesialist- og instituttmedisinen, det er i alle fall eit første svar. At dette kurset representerte ei arbeidsform og ein tilnærmingssmåte som må følgjas opp både for oss utvalte denne gongen og for kollegaene våre, - det blir neste svar. Er dette ei framtidig oppgave for eit norsk allmenmedisinsk selskap?



"There's not a lot of this about."



Tanker ved Utpostens 10-års jubileum

Av Chr. F. Borchgrevink

Utpostens redaktør har bedt meg skrive "noe" i anledning av 10-års jubileet. Det gjør jeg med stor glede.

Hvert tiår har sin spesielle historie og sine spesielle problemer. Så også når det gjelder almenmedisin. I 1950- og 60-årene samlet almenpraktikerne seg om sin forening, og ble mere selvbevisste. Man var ikke lenger "bare en almenpraktiker". Det er liten tvil om at denne opprusting ga støtet til akademisk almenmedisin i 1970-årene med etterhvert relativt godt utbyggede institutter for almenmedisin/samfunnsmedisin ved våre fire medisinske fakulteter.

Av de ca. 450 nye leger pr. år (370 utdannet i Norge og ca. 80 i utlandet) vil kanskje 300 finne seg en plass i den primære helse-tjeneste. Det er viktig at vi får en positiv rekruttering til faget, det vil si at de som går ut i distriktshelsetjenesten gjør det fordi det er det de helst vil, og ikke fordi andre muligheter er stengt.

En positiv rekruttering forutsetter:

- Ideologi
- Kunnskap om arbeidsforholdene (lønn, arbeidstid, hvilke typer pasienter man vil møte, er man utdannet til å ta seg av disse pasienter?)
- Muligheter for videre- og etterutdannelse
- Muligheter for forskning.

Leger vil vekte disse faktorer på forskjellig måte. De etterhvert gode muligheter for spennende forskning i almenmedisin takket være Fondet, instituttene engasjement, og forhåpentligvis et Norsk selskap for almenmedisin, vil virke tiltrekkende på noen.

Andre vil føle glede og trygghet ved den etterhvert strukturerte videre- og etterutdannelse som vel om kort tid vil føre frem til full spesialisitet (tror jeg).

Mange vil være tiltrukket av den ideologi som gjenomsyrer tenkekomiteens innstilling av 1978. En innstilling som var et konkret og verdifullt resultat av faglig bevisstgjøring hos almenpraktikere og distriktsleger. Det er litt leit å se at den økende tilnærming mellom OLL og APLF som blant annet resulterte i tenkekomiteen, nå synes å være stoppet opp.

Det ville være naivt ikke å tillegge den fremtidige arbeidssituasjon den største betydning når det gjelder rekruttering til almenmedisin. Det er lett i begeistrede ordelag å fortelle studentene om distriktslegenes spennende arbeidsfelt, deres betydning for folkehelsen, deres utfordrende dobbeltrolle som personlig lege for pa-

sienten og helsepolitiker for kommunen. Intet felt innen medisinen, totalt sett, er kanskje så fascinerende. Men En arbeidsuke på 55 timer pluss 40 timers hvilende vakt (distriktslegeundersøkelse 1977) ofte i faglig isolasjon, virker ikke positivt rekrutterende, selv om bruttolønnen er høy. Det er all grunn til å tro at arbeidsforholdene vil bedre seg med den økende tilgang av leger til den primære helsetjeneste, men en 50% øking av leger vil sikkert ikke redusere arbeidstiden for den enkelte lege tilsvarende. Det er nok et stort udekket behov for helsetjeneste, for kontakt med helsevesenet i befolkningen.

Jeg tror ikke 80-årene blir noe lett tiår for norsk almenmedisin, til tross for sannsynligvis god rekruttering og verbal-ølvilje overfor faget fra alle hold. I stramme økonomiske tider kommer motsetningene tydelig frem, tonen blir bitrere, angrepene ofte mere person-

„Darauf können Sie sich verlassen: Ein Praktiker weiß vielleicht nicht immer unbedingt alles, aber dafür kann er alles!“



lig. En fruktbar debatt om primærhelsetjenestens fremtid blir lett erstattet av fastlåste standpunkter i en skyttergravs-krig. Man kan være for eller imot primærleger på fast lønn, for eller imot fritt legevalg, for eller imot 38-timers uke. Men det er lite fruktbart å påstå at de som går inn for fast lønn bare gjør det for å "sosialisere" helsetjenesten, eller av maktglede for selv å kunne styre utviklingen, eller fordi de ganske enkelt er dovne. (Når vår kollega på Stortinget, Erlandsen, nylig uttalte at primærleger på fast lønn ikke gjorde en 100% innsats, kunne dette friste til mange kommentarer: for eks. er hans syn på fastlønnsordning for leger sprunget ut av egen erfaring som overlege på et sykehus eller som stortingsrepresentant?) Ellr omvendt, de som går inn for stykkprissystemet er ikke bare opptatt av å tjene mest mulig penger eller selv å ha mest mulig frihet eventuelt på bekostning av pasientens mulighet til å få legehjelp. Jeg synes å merke en amprere stemning og en stadig mindre saklighet i debatten.

Mens man i vanskelige tider burde forstå betydningen av å trekke sammen som en helhet, ser det ut til at særinteressene får blomstre.

Dette gjelder selvsagt ikke bare i helsetjenesten, det kommer tydelig frem for eksempel i Det medisinske fakultet i Oslo som får mindre ressurser å rutete med i årene som kommer.

Hva som enn vil skje med Norsk helsevesen i 80-årene, så vil man iallfall ikke få den vekst man har hatt i 60- og 70-årene, hvis det da blir snakk om vekst i det hele tatt. Dette vil føre til vanskelige prioriteringsproblemer, som vil stille store krav til oss alle. Det burde ikke hjelpe å skrike høyest (decibel-metoden), men å samle data som viser at ens argumenter er gode og holdbare. Vi i den primære helsetjeneste må være villige til å analysere oss selv. Hvordan gjøre avstanden mellom idealene (tenkekomiteens ideologi) og realitetene (dagens almenmedisinske praksis) mindre? Hvordan oppfylle de krav vi har satt oss selv? Hvorledes kan vi sikre at instituttene for almenmedisin/samfunnsmedisin blir en levende del av norsk almenpraksis med sterke bånd til grasrota? Som vanlig er det lettere å spørre enn å svare, og det finnes mange spørsmål det ikke er svar på i det hele tatt. Men jeg tror det er viktig at almenpraktikerne holder sammen, at ikke denne tiden med skjerpene motsetninger fører

til splittelse. Det er og vil være uenighet i syn på enkelte spørsmål mellom APLF og OLL. Det er ikke vanskelig å se motsetninger mellom et eventuelt Norsk selskap for almenmedisin og for eksempel fagutvalget i APLF. Men det virker som det er så lett å glemme at det er mere som binder oss sammen enn det som skiller.

Se, dette ble en artikkel ganske annerledes enn jeg hadde tenkt meg. Men det fører meg over til Utposten og dens betydning. En forutsetning for at vi skal komme igjennom 80-årene uten splittelse, uten personlig fiendskap, er en åpen og fordomsfri debatt, en vilje til å lytte til andre.

Kanskje er det ikke helt riktig det du selv hevder? Denne debatt må vi få mange steder, i DNLF's organer, på det lokale plan, men Utposten bør være et naturlig samlende sted for denne diskusjon. Redaktørene har selv gjennom mange år vist både vilje og vei, og vi andre bør følge opp.



UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved
**Frode Heian og
Øystein Pedersen**

OLA LILLEHOLT:
Rapport om kommune-
helsetjenesten 13

ERIK SOLBERG:
Bibliografi over norsk
almenmedisinsk forskning ... 18

**CHR. F. BORCHGREVINK,
PER FUGELLI OG
ERIK SOLBERG:**
Metereferater 16 og 21

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende
arbeid i en kommune 22

MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmiljøet i Smøla 26

STEINAR WESTIN:
Skal almenpraktikere forelese
for medisinske studenter? ... 28

JON HILMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye
redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!



ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville neke med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for spe til å ta de faglige leift som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Balsfjordsystemet

Erfaringer



□ Toralf Hæsvold □

Balsfjordsystemet er et ferdig utviklet journal og arkivsystem for norsk almenpraksis der flere leger har felles arkiv. Systemet er derfor skreddersydd for kommunale helsesentra.

Det er utviklet av Datafag ved Universitetet i Tromsø i samarbeide med de daværende distriktslegene i Balsfjord.

Systemet er tidligere beskrevet i ulike publikasjoner (1;2,3).

Arkivet

Alle journalene er lagret på en harddisk (Mycron 200), som har lagerkapasitet på 20 000 000 tegn. Dette arkivet kan brukes av flere leger eller brukere samtidig. Hver journalframhenting tar ca. 2-4 sekunder. Det blir daglig laget kopier av arkivet som blir lagt ut på disketter. Disse kopiene kan brukes til å gjenopprette diskarkivet hvis det har vært feil i systemet, og som kopi av alle origi-

nale journalversjoner. Man kan derfor lage resyme og ordne journalene slik at de blir oversiktlige til enhver tid uten å miste originalversjonen.

Leverandøren av systemet, Kommunedata Nord-Norge, har laget en rutine for maskinell innleggelse av hele folkeregisteret i en kommune, slik at man fra starten av har hele befolkningen lagt inn i helsesenterets journalarkiv.

Journalen

Hver pasient får en journal som igjen er satt sammen av 8 journaldeler (deljournaler) eller skjermbilder. I deljournalene har man gruppert logisk tilhørende data fra journalen. Deljournalene har fått følgende betegnelser:

1. Oversiktsbildet.

Dette tilsvarende det vanlige notatarket i en manuell journal. Man fører her inn sine konsultasjonsnotater i fri tekst. På samme måte som man ville gjøre i en manuell journal, og man kan lese notatene i kronologisk orden på samme skjermbildet. Dette er også grunnlaget for den automatiske dataregistreringen til statistikk programmet. Hvis man ønsker å få en kontinuerlig diagnose og tiltaksstatistikk fra alle konsultasjonene så kan man i fritext feltet markere en diagnose ved å plassere en D:: foran i fri tekst eller kodenummer.

På samme måte kan man markere behandlingstiltakene ved å merke feltet med T:: foran fri tekst eller en kode.

2. Identifikasjonsbildet

Dette bildet skal inneholde opplysninger om pasientens personalia og sosiale nettverk.

3. Medisineringsbildet

Denne delen av journalen inneholder alle opplysningene omkring medikamentbruk, både tidligere og nåværende, og er grunnlaget for utskrift av resepter. Bildet gir også god oversikt over pasientens medikamentcompliance, da systemet hele tiden gir opplysninger om datoen for neste reseptutskrivning. Feltet for medikamentaller-

gi eller andre viktige stikkordsopplysninger går igjen i bildene.

4. Laboratoriebildet

Alle laboratoriedata som føres inn i oversiktsbildet blir automatisk overført til laboratoriebildet. Laboratoriebildet kan redigeres automatisk. Det vil si man kan få presentert laboratorieverdiene eller et utvalg av disse på skjermen i kolonner redigert i kronologisk orden.

5. Sykemeldingbildet

I dette bildet er samlet de data som er nødvendig for utskrift av vanlig sykemeldingsblankett eller sykepengeattest.

6. Bildet for målinger

Fra oversiktsbildet overføres blodtrykksverdier automatisk. Man kan i tillegg føre inn andre målinger som høyde, vekt, spirometri verdier o.l.

7. Dokumentbildet

Dette bildet er blanke sider og kan brukes som et enkelt tekstredigeringsystem for skriving av brev, attester, henvisninger o.l.

8. Bildet for tidligere tilfeller

I denne delen av journalen er samlet oversiktsliste over de viktigste medisinske opplysningene som sykehusinnleggelse og andre viktige begivenheter som har betydning for pasientens helse.

Statistikkmuligheter

To ulike statistikkprogram er bygget inn i systemet. Ett er konsultasjonsbasert og teller opp et sett av data for hver eneste konsultasjon. Dette datasettet er i øyeblikket: - tre ulike diagnoser - tre ulike behandlingstiltak - 15 ulike laboratorieprøver - ett blodtrykk - pasientens alder - legens initialer - konsultasjonsdatoen - pasientens kjønn - pasientens fødselsdato.

Disse data telles opp og legges over på diskett, som kan behandles med et eget statistikkprogram (SDS).▶

I tillegg er det bygget inn et søkesystem som kan søke ut journaler fra arkivet etter kriterier gitt av brukeren. Denne statistikken blir pasientbasert. Man kan ved dette systemet telle opp grupper og utvalg fra arkivet, og statistisk behandle disse ved hjelp av BASS (Balsfjord søke- og statistikkssystem).

Forfallsister

Pasienter som har avtale om kontroll, blir registrert i oversiktsbildet med en markør. Man kan da få listet ut kontrollpasientene til enhver dato 12 måneder fram i tiden. Man kan også liste ut kontrollpasienter som skulle ha vært til kontroll, men som av en eller annen grunn ikke har møtt i løpet av de 3 siste måneder. Slike lister av kontrollpasienter kan koples til innkallingsrutiner og utsendelse av standard innkallingsbrev.

MSIS

De diagnoser som er meldepliktig, er lagt inn som egen referanseliste. Antallet på de diagnoser som skal meldes til SIFF kan kjøres ut til enhver tid.

Oppgjørssystem

Det er lagt inn eget system for direkte oppgjør fra trydekassen.

Brukererfaringer

I en samfunnsmedisinsk sammenheng har man behov for å beskrive tre elementer ved enhver konsultasjon. 1. pasienten 2. problemet/diagnosen 3. tiltaket/behandlingen/problemløsningen

Vi mener Balsfjordsystemet gir muligheter til å beskrive alle disse elementene på en grundig måte uten noen ekstra føringsrutiner. Men dess strengere krav man stiller til systemets statistiske funksjoner jo strengere krav må man også stille til formaliseringen av notatføringen.

Systemet er meget fleksibelt i den forstand at man godt kan ivareta journalfunksjonene uten å bry seg særlig om de statistiske data, og man kan på samme måte legge inn statistiske data pinlig nøyaktig uten å føre noen god journal. Og man kan selvfølgelig ivareta begge deler samtidig uten noen form for dobbelføring.

Alle brukergrupper av Balsfjordsystemet har i systematiske intervjuer sagt seg meget godt fornøyd med systemet, og ingen ønsket å gå tilbake til de manuelle journalene (1).

Pasientene har reagert lite på datautstyret og bruk av det under konsultasjonene. I en anonym enquet sier 97% at dette ikke forstyrrer lege-pasient forholdet (1).

Rasjonaliseringseffekten av å innføre EDB-basert journalsystem er vanskelig å måle nøyaktig. Jeg har forsøkt å beregne innsparstid på en del rutinemessige arbeidsprosesser og finner at man i et 4-legers helsesenter sparer ca. 2 til 3 timer legetid pr. uke (1). Den korrekte innsparstiden ligger adskillig høyere enn dette, men da har man ikke tatt med det store ekstra arbeidet som ligger i innkjøringsfasen med å mate inn tidligere journalopplysninger. Denne fasen er så krevende at den bør forberedes godt, og motivasjonen må være stor.

Jeg vil derfor råde alle som har datamaskin på sin ønskeliste for kontoret, og tenke nøye gjennom hvorfor de skal ha datamaskin, og sette seg godt inn i hva det systemet de kjøper kan gi. Det finnes en rekke dårlige systemer og utstyr på markedet, og det finnes noen få gode.

Videreutvikling av Balsfjordsystemet

Balsfjordsystemet er under kontinuerlig utvikling. Det er i dag et journalsystem for legetjenesten. I løpet av første halvår av 1985 regner man med at systemet skal være utvidet til å dekke journalbehovet for hele kommunehelsetjenesten, med journal for helsestasjonen, skolehelsetjenesten, hjemmesykepleien, fysioterapi og bedriftshelsetjeneste.

Det er også planer om å legge inn oppslagsmuligheter på handteringsprosedyrer ved noen sentrale almenmedisinske problemstillinger.

Innenfor systemets tekniske konsept ligger det også mulighet for å lage et eget skjema for screening. Screeningsparametre kan automatisk overføres fra oversiktsbildet til et eget bilde for screening eller undersøkelsesprogram. Men man føler seg ikke sikker på hva slags parametre man skal screene på ved de ulike alderstrinn. Dette må avklares faglig, før man legger inn faste screeningsprogram.

Etappevis utbygging

Det er i dag fullt mulig med en gradvis utbygging av Balsfjord systemet fra en enkel terminal med muligheter for punching av bestemte data periodisk eller

kontinuerlig, og statistisk bearbeide disse sjøl (SDS). Denne terminalen kan i tillegg til å kjøre alle C/PM-baserte program også brukes som terminal mot databaser som Felleskatalogen og Lovdata. Ønsker man å utvide til et fullt utbygget flerbruker journalarkiv, kopler man terminalen til en harddisk og henger på det antall terminaler man har bruk for.

Litteratur

1. T. HASVOLD, "Balsfjordsystemet" EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten. En beskrivelse og evaluering. ISM skriftserie nr. 9 Universitetet i Tromsø, 1984.
2. T. Hasvold, Datastyrt journal- og arkivsystem for primærhelsetjenesten Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 25 1982, 102, 1281-1284.
3. T. Hasvold, A Computerized Medical Record "The Balsfjord System", Scandinavian Journal of Primary Health Care, 1984, 3.



1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1986

Hypertensjon 1986

Alle som i praksis behandler pasienter med hypertensjon må vel de siste åra ha følt en stigende

frustrasjon. Utvalget av farmaka er øket og resultatene fra de stort anlagte forsøka har gitt til dels tvetydige resultater. Er det mulig å finne noen faste holdepunkter i informasjons-

TEMA: HYPERTENSJON

Er heller ikke blodtrykk

(det har det vel heller aldri vært)

Jostein Holmen
Verdal

Som almenpraktikere må vi sette blodtrykkspørsmålet inn i den rette sammenheng: Høgt blodtrykk er en risikofaktor - ikke en sykdom!

Da legene for alvor begynte å interessere seg for høgt blodtrykk like etter siste verdenskrig, startet de med pasienter som hadde meget høge trykk og var innlagt i sjukehus, ofte med dramatiske sjukdomsbilder som var direkte forårsaket av trykkstigningen (pkt. A i figuren).

Etter hvert ble det utviklet medikamenter som reduserte blodtrykket, og sjukdomsbildet kunne behandles slik at trykket sank og pasienten ble bedre. Behandlingen av høgt blodtrykk var altså de første åra en tradisjonell "sjukdomsbehandling". Mange lærebøker og mye av litteraturen om høgt blodtrykk er skrevet med dette bilde av "sjukdommen" høgt blodtrykk for øyet. Mange av oss har fått overført dette inntrykket av høgt blodtrykk gjennom undervisning og gjennom kontakt med eldre kolleger.

Men i de siste 25 åra er situasjonen endret. Det er kommet effektive medikamenter som kan redusere blodtrykket uten store bivirkninger. Interessen for

høgt blodtrykk blant helsepersonell, publikum og legemiddelprodusenter har økt sterkt. Mens en tidligere behandlet bare de meget høge trykkene, har tendensen gått i retning av også å behandle lett økte trykk.

Behandlingen av og omsorgen for blodtrykkspasientene kan i dag deles i to:

1. Forebyggende blodtrykksbehandling, det vil si behandling som tar sikte på å forhindre komplikasjoner av det høge trykket (punkt B i figuren). De aller fleste av disse pasientene har ingen symptomer som sikkert kan settes i sammenheng med blodtrykket.

2. Behandling av komplikasjonene, for eksempel hjerneslag, og hjerteinfarkt (punkt C i figuren). Disse sjukdommene utvikles oftest som resultat av at flere risikofaktorer virker sammen som for eksempel røyking, overvekt og høgt kolesterol. Høgt blodtrykk er ofte en av disse risikofaktorene.

Høgt blodtrykk har altså utviklet seg fra å være meget alvorlig sjukdom hos relativt få pasienter, til å være en tilstand som ofte påvises uten at vedkommende har symptomer i det heile

strømmen? Da vi startet arbeidet med dette temanummeret, hadde vi aspirasjoner om å presentere noen av disse holdepunkta: gjerne i form av konkrete handlings- og behandlingsprogrammer. Dette har

vi ikke maktet. Det viser seg at også autoritetene er såpass uenige at "de medisinske sannhetene" i dette feltet ikke har den tradisjonelle levetida på 5 år: Den oppfører seg snarere som

en ånd i en fillehaug. Til tross for dette håper vi at disse artiklene kan inneholde noe av interesse for alle dere som i hverdagen behandler det norske folks blodtrykk.

BLODTRYKKSJON

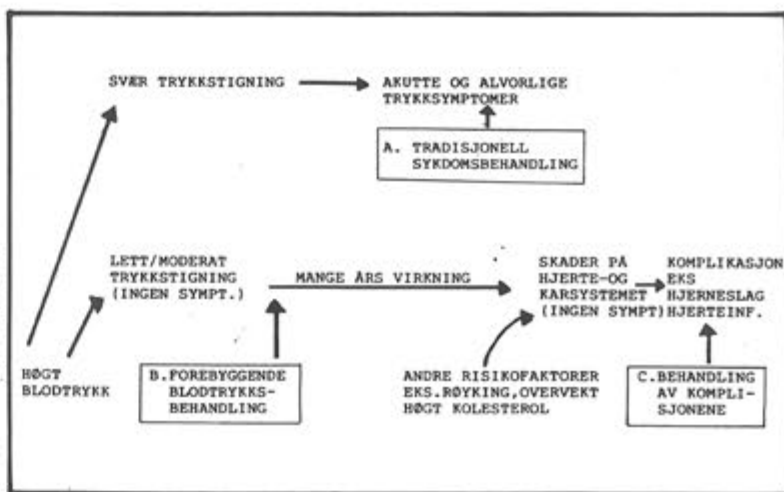
Blodtrykket som det var før?

tatt. Det kan derfor i dag betraktes som en risikofaktor for hjerte- og karsjukdommer, og av en helt annen og mindre alvorlighetsgrad enn den sjukdommen en kunne se tidligere.

Mange blir skremt

Jeg tror ikke pasientene har oppfattet dette. Intervjuundersøkelser i Nord-Trøndelag har vist at mange som får påvist høgt blodtrykk blir redde. De tenker på hjerneblødning, hjerteinfarkt og tidlig død, og oppfatter det nærmest som en livstruende sjukdom.

Jeg er heller ikke sikker på at alle legene har oppfattet det. Vi er opplært i den gamle sjukdomsmodellen gjennom studiet, i arbeid på sjukehus gjennom litteraturen. Men den største påvirkningen på legene kommer fra legemiddelindustrien. Den vil naturlig nok fokusere mest på den medikamentelle behandlingen. Det er derfor opp til oss almenpraktikere å sette blodtrykkspromblemet inn i en større sammenheng! ■



A: Sykdomsutvikling av symptomer, dvs. tradisjonell sykdomsbehandling.

B: "Vanlig" forebyggende blodtrykksbehandling

C: Behandling av komplikasjoner, dvs. tradisjonell sykdomsbehandling.

1972 1977 1982 1987 1992 1997
1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
1974 1979 1984 1989 1994 2000
1975 1980 1985 1990 1995 2001
1976 1981 1986 1991 1996 2002

1986

Almenpraksis - tema med variasjoner

Olav Rutle har disputert på undersøkelse om ulike måter å arbeide på i primærlegetjenesten.

□ Gunnar Tellnes □



Ros og roser til Olav R. - også fra UTPOSTEN.
(Foto: Magne N.)

■ Almenpraktiker Olav Rutle ble i 1977 knyttet til Gruppe for helsetjenesteforskning på halvtid. Han har i årene som er gått nedlagt et betydelig arbeid for å belyse situasjonen for pasienter og leger knyttet til primærhelsetjenesten. Hans forskning har vært fruktbar, og den har ført til tre sentrale rapporter som idag ofte sees referert i almenmedisinsk litteratur og undervisning:

- "Primærlegen ut av skyggen."
- "Pasienten fram i lyset."
- "Allmenpraksis - tema med variasjoner."

De tre bøkene er kommet ut henholdsvis som Rapport 1/81, 1/83 og 8/84 i serien som utgis av Gruppe for helsetjenesteforskning ved SIFF.

Den siste boken var grunnlaget for Olav Rutles doktordisputas som fant sted i Gamle festsal ved Universitetet i Oslo den 17. januar 1986. Kvelden før avholdt han to spennende prøveforeles-

ninger i auditoriet på SIFF. Selvvalgt emne var:

"Helse for alle - er "kommuned diagnose" ein veg å gå?"

Forelesningen var høyaktuell med fokusering på primærhelsetjenestens oppgaver i det forebyggende arbeid for å nå målet "Helse for alle i år 2000". Olav Rutle belyste dette tema på en fengende og klar måte. Oppgitt emne var:

"Hva forstår man med kvalitet i almenpraksis, hvordan kan den måles, og hvordan kan den bedres?"

Også dette foredraget var tankevekkende, og det belyste områder vi almenpraktikere er nødt til å ta alvorlig.

Ved selve disputasen mottok Olav Rutle stor ros fra både 1. opponent, professor Bjørn Smedby fra Sverige, og 2. opponent, professor Anders Forsdahl fra Tromsø. Også professor Chr. F. Borchgrevink var med i bedømmelseskomiteen som på forhånd

hadde avgitt en skriftlig vurdering med følgende konklusjon:

"Arbeidet ruver kvantitativt og kvalitativt, og representerer et verdifullt bidrag til den ennå sparsomme forskning omkring almenmedisin og almenpraksis i vårt land. En samlet bedømmelseskomite finner uten tvil avhandlingen verdig til å forsvares for den medisinske doktorgrad."

Under disputasen viste Olav Rutle inngående kjennskap til sitt datamateriale, dyp innsikt i almenmedisinens særpreg og forståelse for riktig bruk av statistiske metoder.

Olav Rutle er fortsatt almenpraktiker på deltid på Jessheim, han er tilknyttet Gruppe for helsetjenesteforskning på SIFF, og han er formann i Norsk selskap for almenmedisin. Hans innsats for utvikling av faget almenmedisin og høyning av kvaliteten i dagens kommunehelsetjeneste er derfor betydelig. ■

1986

UTPOSTEN - 15 år ÅR



Et ekte jubileum feires kun etter 10, 25, 50 år eller enda "rundere" levetid. Likevel føler vi et visst behov for å markere utgangen av Utpostens 15. årgang. Bladet er midt i puberteten og i ferd med å ta skrittet over i de voksnes rekke. Vi konstaterer dessuten med forbauselse at vi med dette nummeret avslutter denne redaksjonens fjerde årgang.

Det har skjedd mye med Utposten på veien mot det tredje femårsmerket. Fra å være en provoserende nyskaping, fremstår Utposten i dag som et veletablert forum for medisinsk debatt. En utvikling som både har fordele og ulemper, og som avspeiler den gamle sannhet om at alt har sin tid. I dagens mediaverden nevnes Utposten stadig oftere sammen med "Tidsskriftet" og andre "seriøse" medisinske publikasjoner. I den floraen som nå eksisterer av medisinske blader, er det en anerkjennelse som forplikter. Vi opplever dessuten en økende stofftilgang, og stadig flere abonnenter. Opplaget nærmer seg 2 500, et tall ikke langt unna antallet primærleger i Norge.

Alt dette krever en innsats og en kvalitets vi gjør vårt beste for å innfri. Som et blad drevet på frivillig, idealistisk basis, kan det nok være vanskelig å følge opp i blant, men alt i alt er vi egentlig ganske fornøyd med resultatet. Mye tyder på at våre lesere også er det.

Vårt mål er at Utposten skal være et blad for almen- og samfunnsmedisinsk debatt. Vi ønsker ikke å bli et kvasivitenskapelig tidsskrift, men satser på å være et forum for praktisk primærmedisin. Det vanlige og "banale" skal

være vår innfallsvinkel. Det vanlige er ofte også det viktigste. Leserne skal kunne identifisere seg med stoffet, der de sitter på sin medisinske utpost, enten denne er i Finnmark eller på Stovner. Terskelen for å skrive i Utposten skal være lav, og med åtte overkommelige numre i året, skal det være mulig å få med seg det som trykkes uten å måtte utsette lesingen til et senere og aldri eksisterende tidspunkt. Den praktiske utforming og lay-out skal understreke det uhytidelige og uformelle. Bladet skal se ut som en trykksak laget på en utpost for leseren som sitter på en annen. Også i dette synes vi at vi lykkes rimelig bra, ikke minst takket være Alvild Ulset, vår grafiske formgiver, som har funnet stilen og tonen og sørger for at bladet forblir "annerledes".

Det viktigste er likevel innholdet. På dette punktet er vi helt ut avhengig av leserne. Dels fordi de også er våre viktigste bidragsytere, og dels fordi deres ønsker og behov er vårt viktigste kompass. Leserkontakten er god, men kan utvilsomt bli enda bedre. Har du en tanke eller idé som kan være verd å dele med andre, nøl ikke, send noen linjer til Utposten, 6657 Rindal.

Så langt selvskrytet. Og selvskryt skal man som kjent lytte til, for det kommer fra hjertet!

Det som ellers ligger oss på hjertet, er å sikre Utpostens framtid. Vi ser en viktig plass for bladet i norsk medisin, og på vegne av bladets tidligere redaktører, våre lesere og oss selv, føler vi ansvar for å sikre den videre drift. Denne kvintetten vil overlevere stafettpinne til et nytt team ved neste

årsskifte, jakten på kandidater til en ny redaksjon innledes herved. Vi søker en sammensveiset gjeng på f.eks. tre-fem kolleger med entusiasme og tro på at de kan greie oppgaven. Fantasi og godt humør er en forutsetning, forøvrig kreves ingen formelle kvalifikasjoner. Vi garanterer at oppgaven vil bli både lærerik og givende.

Det som så gjenstår er å takke våre abonnenter og annonsører for følget gjennom nok et år. Er det forøvrig noen av dere som har oppdaget at den norske farmasøytiske industri konsekvent unnlatte å annonsere i Utposten? Og at de heller bruker utenlandske gratisblader som annonseforum?

Når vi nå tar skrittet inn i Utpostens 16. årgang, håper vi at overgangen fra barn til voksen vil skje ordnet, men uten at bladet mister den ungdommelige opposisjonstrang.

Vi trives med Utposten, og det håper vi også at dere gjør.

Et GODT NYTTÅR til dere alle - og vel møtt i 1987.

Wagge

1972 1977 1982 1987 1992 1997
1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
1974 1979 1984 1989 1994 2000
1975 1980 1985 1990 1995 2001
1976 1981 1986 1991 1996 2002

1988

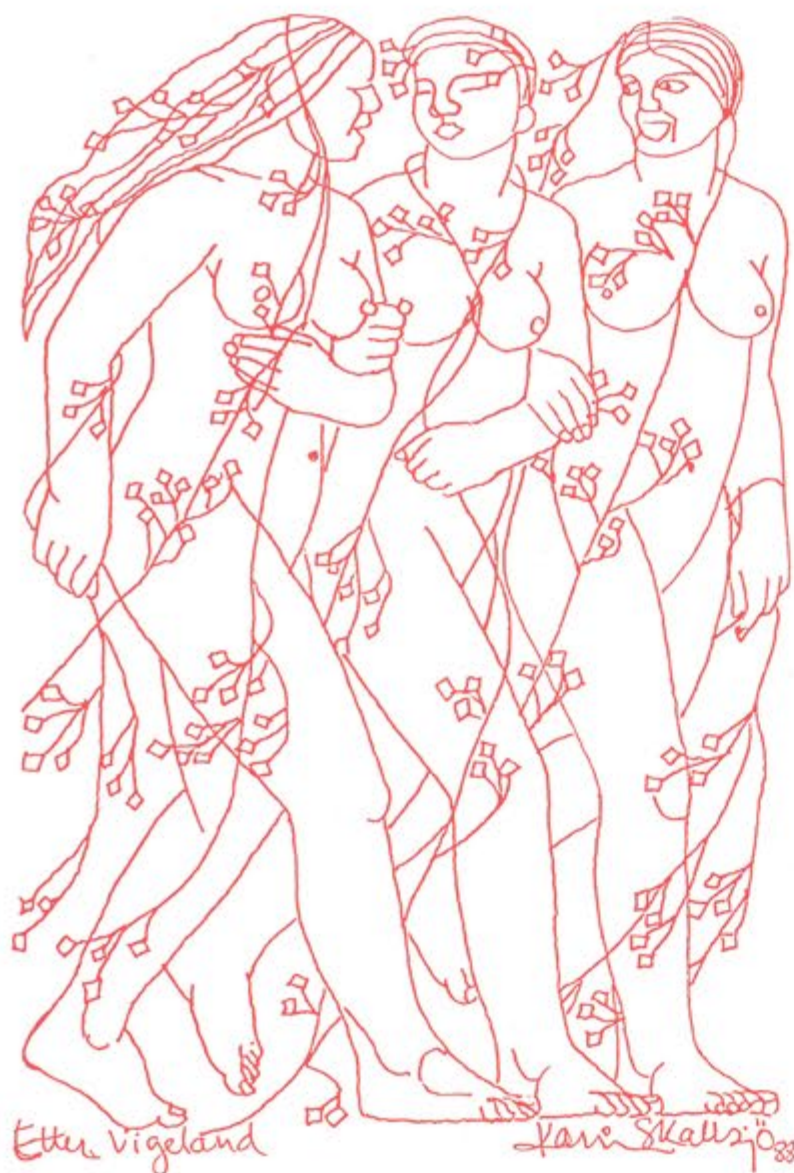
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1988

ÅRGANG 17



Hovedtema: Kosmetisk kirurgi

HVA VIL DE?

HAR KVINNELIGE SAMFUNNS- OG ALLMENNEMEDISINERE NOE SPESIELT Å TILFØRE FAGMILJØET?

Mitt svar er ja. Det er jeg nemlig helt sikker på. Noe av mitt ja stammer fra erfaringer, og noe er bygget på meninger og synsing. Begge deler kan ha noe med sannheten å gjøre. For å ikke bare si ja men også hva fortsetter jeg å skrive.

Allmennedisin og samfunnsmedisin er medisinske fagområder som trenger godt fotfeste i virkeligheten. Forsvarlig fagutøvelse krever at vi kjenner hverdagen der faget skal brukes. I samfunnet er 50% av menneskene kvinner, i allmennpraksis er ca. 60% av pasientene kvinner, men blant primærlegene er bare 20% kvinner. Hvis primærhelsetjenesten skal ivareta kvinners virkelighet, må dens utøvere vite mye om kvinners liv og hverdag. Det gjør vi kvinner.

Den gamle huslegen jobbet dag og natt, var elsket av alle og vasket aldri skjortene sine selv. Han ble sliten og døde tidlig. Det er fortsatt mange primærleger som jobber mer enn det som er sunt. Vaktarbeid regnes fremdeles som et naturmødvendig overtidstillegg til full arbeidsuke. Vi har snakket lenge om kontinuitet og forstår fortsatt ikke helt at vi ikke er personlig uunnværlige. Men våre mødre lærte oss at alle trenger søvn. Mange kvinner vasker klær selv og vet at dagliglivets virksomhet også trenger tid. Barn trenger også tid. Det er kvinner som stiller de nye spørsmålene om deltidsstillinger, vaktordninger og arbeidsvilkår i primærhelsetjenesten.

Praksisorganisering og helseplanlegging krever evne til oversikt, vilje til prioriteringer, praktisk sans, og talent i mellommenneskelige forhold. Og fagkunnskap, selvfølgelig. Administrativt arbeid blir vanligvis ivarettatt av menn ofte på menns premisser, der reglene fra menns dagligliv gjelder. Kvinner med dobbeltarbeid (altså de aller fleste norske kvinner, også kvinnelige primærleger) er vant til å sørge for at alt glir og at flest mulig blir fornøyd. Kvinners ekspertise på dette feltet er hittil ikke godt nok utnyttet i primærhelsetjenesten. Kvinner kan mye om organisering.

tjenesten. Kvinner kan mye om organisering.

Pyramidedannelse er et utviklingstrekk i norsk samfunns- og allmennedisin de siste årene. Fra en helt flat struktur uten karriereplaner er vi kommet over i et terreng der pyramidene står tett:

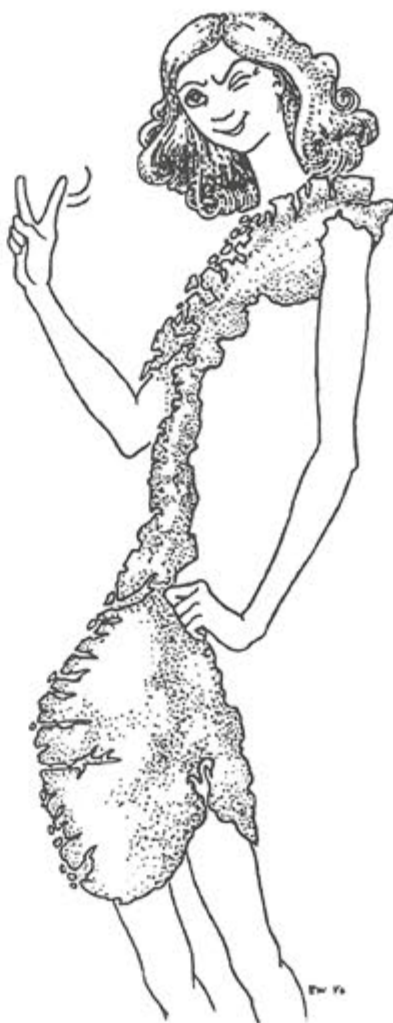
- kommunelege II
- kommunelege I
- helsesjef
- kommuneoverlege
- alminnelig allmennpraktiker uten dnlf
- allmennpraktiker DNLF
- spesialist i allmennmedisin
- veileder i allmennmedisin.

- Pusler-med-et-lite-prosjekt-på-si
- allmennpraktikerstipend
- NAVFstipend og doktorgrad
- amanuensis
- professor

Ambisjoner er viktig. Men det skjer noe med fagmiljøet vårt når noen alltid sitter igjen på bunnen, mens andre alltid gjerne vil oppover. Kvinner dyrker pyramideklatresporten mindre enn menn gjør. Og blir hengende etter, vil noen si. Gjerne det. Men kanskje pyramidesportens venner kunne trenge korrektiv i blant? Spør kvinner om hva det er å vinne ved å velge andre veier framover...

De teknologiske ekspresstog er på full fart inn i mange medisinske områder. Moderne medisin preges av en ideologi mer preget av cure - helbredelse enn care - omsorg. Begge deler er viktige. Men hvis omsorgen blir borte, er det umulig å ta vare på den som er syk. Maskiner kan aldri trøste. Primærhelsetjenesten må holde stand mot medisinske trender der omsorgen krympes bort. Kvinner vet mye om omsorg.

Paradigmeskifte er et moderne ord. I virkeligheten betyr det noe så enkelt som å tenke på et gammelt problem på en helt ny måte. Filosofen Thomas



S. Kuhn sier at vitenskapen kommer til en krise når de etablerte begreper og erkennelsesforutsetninger ikke lenger holder mål. Når spørsmålene ikke lenger kan besvares med de metoder eller innen de premisser som inntil da har vært gyldige. Når fenomener ikke lenger kan klassifiseres innen de etablerte systemer, men blir navnløse uroelementer eller anomalier. Utviklingen av nye paradigmer springer ut av krisen og fører til en vi-

tenskapelig revolusjon. Medisinsk teori og praksis er i hovedsak utviklet og forvaltet av menn. Kvinners hverdag og virkelighet kan gi grobunn for helt andre vitenskapelige problemstillinger. De allmennmedisinske paradigmeskifter kan hente nødvendig næring fra kvinners tenkning og erfaringer. Kvinner tenker av og til på en helt annen måte enn menn.

Jeg er ikke så sneversynt feministisk at jeg tror det bare er kvinnene som bærer disse verdiene jeg har omtalt. Heller ikke tror jeg alle kvinner er slik. Så enkel er heldigvis ikke verden. Men hvis vi vil føre faget vårt videre, må vi samle ressurser og utviklingskraft. Det finnes mye av dette blant kvinnelige samfunns- og allmennmedisinere.

KIRSTI MALTERUD

NY REDAKSJON PÅ MANGE UTPOSTER

BERIT OLSEN (39)



Cand.med. Bergen 1974 M.Sc. Community Medicine London School of Hygiene and Tropical Medicine 1983. Distriktslege/helse-sjef Hammerfest 79-85. Fylkeslege Finnmark fra 1986. Opp-tatt av sammenhengen: Samfunnsliv-helseforhold, helsepoli-tikk - utkant.

Prega av oppvekst i "gammeldags storfamilie" i kyst-Finnmark. Viktig menneskelig og medisinsk er-faring: hjemmeværende 8 mndr pleie av kreftsyk far. Glad for alt som gleder øyet (moder-ne ballett, Fassbinderfilmer og Henry Moore's skulpturer), og for folk som vil noe med sine liv og al-dri godtar tingenes sørgelige tilstand.

ELI BERG (40)



Cand.med. Oslo 1972. Spesialist i allmennmedisin 1985. Allmennprak-tiserende lege i Kongsvinger kommune siden 1975.

Er opptatt av allmennpraktikerens rolle i forhold til befolkning og sam-arbeidspartnere forøvrig. Tror på allmennpraktikeren som en lyttende, oppmuntrende konsulent og peda-gog mer enn som reparatør av maskinfeil alene.

Trives i joggesko året rundt og synes musikk er livgivende. Fascineres og blir nysgjerrig i møte med menne-sker som tenker annerledes. Forøvrig er Finnskogen en perle, - men kan ødelegges om den sure ned-børen får vedvare.

METTE BREKKE (34)



Cand.med. Bergen -79. Distriktsle-ge i Karasjok fra -81 til -85, deretter kommunelege på Vinstra. For tiden mest opptatt av comuni-kasjon - familieterapi - prioriteringer - ressursbruk.

Tilbrakte barndommen på flyttefot i inn- og utland med sine "Frelsesar-me"-foreldre. Forsøker nå å bli bofast i Gudbrandsdalen med lege-ektemann og to barn i skolealder.

Liker dårlig å bruke fritida til stille-sittende åndsarbeid, men danser gjerne swing eller går skiturer i fjel-let med etterfølgende badstu.

KIRSTI MALTERUD (38)



Cand.med. Bergen 1975. Rømte fra medisinerstudiet i 1972 og tilbrakte et år som medarbeider i Værøy-Røst-prosjektet ytterst i Lofoten. Har siden vært lykkelig forelsket i allmennmedisinen som fag. Bydelslege i Oslo (Stovner og Rodeløkka) 1977-86, med faglige mellomlandinger på Familiekontoret i Christies gate, Mødrehygienekontoret i Oslo og Geriatrisk avdeling. Var med på å etablere Oslo Helsesråds Rådgivningstjeneste for homofile, og vet å verdsette mangfold. Uhelbredelig nysgjerrig med talent for å se det meste fra en annen side. Opptatt av kvinnespørsmål av mange slag - både personlig, faglig og vitenskapelig. Har forsket i kvinners muligheter (seksualitet) og elendighet (vold), og har skrevet flere bøker om kvinners helse. Holder nå på med et prosjekt om allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Fra 1987 i kombinert stilling som førsteamanuensis ved Institutt for allmennmedisin (Universitetet i Bergen) og bydelslege ved Ulriksdal Legesenter (Bergen kommune).



MARIT HAFTING (40)



Oppvokst i Asker. Studietid i Bergen. Bl.a arbeidet som distrikts-/kommunelege i Volda og Ullensvang, og som allmennpraktiker på Voss.

Som "hjelper" har jeg muligens et dårlig utgangspunkt: Jeg har hitil kommet lett til tingene. På tross av at arbeidsdagene kan ha vært harde og vaktene slitsomme, sitter jeg med opplevelsen av å ha vært på rett sted til rett tid. Dette har ikke gitt karriere og posisjoner, men interessante og engasjerende arbeidsoppgaver i "hverdagsmedisinen".

Som eksempel på rett tid og sted kan nevnes: Studietid i slutten av -60, begynnelsen av -70 åra da miljøet rundt universitetene oppfordret til samfunnsengasjement, kritisk tenkning og tro på den enkeltes muligheter. Arbeid i primærhelsetjenesta i Volda siste halvdel av -70 åra, mens de offentlige legene på Sunnmøre fortsatt hadde tro på at helseproblemene i Norge kunne løses (av dem?). Og til slutt distriktslege i begynnelsen av -80 åra med diskusjonen om og innføringa av Lov om kommunhelsetjenesta.



JANECKE THESEN (36)



Kommunelege i Lærdal, innerst i Sognefjorden. Omflakkende oppvekst i flere land, men har etter eksamen på doktorskolen i -76 stort sett klort seg fast inne i bergsprekkene i Lærdal. Først sykehusturnus på Fylkessjukehuset, siden primærhelsetjeneste/offentlig lege samme sted, bortsett fra 1/2 års distrikturnus på Nordmøre. Fra tidlig i studietiden gift med Geir som er kirurg.

Begynte på doktorskolen for å bli forsker, og hoppet av mellom 1. og 2. avdeling for å prøve seg i 9 mndr. Fikk det for seg at hun måtte velge mellom forskningen/fordypelse og noe annet/livet. Valgte livet. Aldri angret på noe av det som fulgte med: flere vanskelige valg; nærhet til andre mennesker; 3 barn. Opptatt av faglig kvalitetsheving i helsetjenesten, og av rimelig fordeling av ansvar og ressurser mellom:

- kvinne - mann
- generalist - spesialist
- utkant - sentrum

Synes fortsatt at hun har mye å jobbe for, og gleder seg til å ta fatt på en del av jobben - i Utposten.



Tegninger av Pernille Klavdal Helveg fra «Elektriske citroner» Tiderne Skifter 1985.

1972 1977 1982 1987 1992 1997
1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
1974 1979 1984 1989 1994 2000
1975 1980 1985 1990 1995 2001
1976 1981 1986 1991 1996 2002

1988

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1988

ÅRGANG 17

Streiken - og veien videre

Jeg husker godt min egen stemning fra Lægeforeningens streik på forsommeren. Den sitter mest i magen, som et dumpt ubehag, lett kvalme og oppgitthet. Jeg kjenner mange, mange som hadde det slik. *Men vi streiket!*

Ikke alle gjorde det, noe leserbrevet fra Vest-Telemark i dette nummeret av *Utposten* viser.

Når dette leses, vet vi sikkert mer om hvor mange som valgte streikebryteriet, og hvilke sanksjoner som vil rettes mot dem. Så langt foreligger bare en oppfordring fra Lægeforeningen til dem om å melde seg ut, samt en trussel om mulig eksklusjon.

Man kan spekulere på hva som får praktisk talt samtlige kommuneleger i Vest-Telemark til å gå sammen om en så alvorlig handling. Streikebryteri er alvorlig - like alvorlig som streik.

Jeg synes det er langt mer interessant å se på hva som fikk alle oss andre til å streike, på tross av tildels sterkt ubehag. Denne streiken var for mange av oss siste - og alvorligste - ledd i en serie, en serie som handler om ikke å ta medlemmene i distrikts-Norge på alvor. Det handler om å prioritere sentrum framfor periferi, næringsdrift framfor fastlønn, og snevre fagforeningsinteresser framfor et ansvarlig forhold til sikring av legehjelp til alle innbyggerne i dette landet.

Egentlig burde vi meldt oss ut for lenge siden. Men vi gjør ikke det. Vi streiker til og med, og det før bølgene av forrige aksjon helt har falt til ro. Hvorfor?

Vi er ikke tjent med en splittet Lægeforening - og Lægeforeningen trenger oss. Selv om ubehaget i forbindelse med de siste aksjoner har vært svært sterkt, finnes det tegn til positiv endring. Det må vi jobbe for, - sammen. I sitt brev til medlemmene datert 24.06.88 skriver Presidenten bl. a:

"Fra medlemmer i periferien har det vært sagt at man føler avstand og avmakt overfor noe man oppfatter som en sentralistisk organisasjon uten vilje eller evne til å ta utkant-Norges problemer på alvor. Sentralstyret tar til etterretning at det er slike følelser blant medlemmene og akter å arbeide aktivt for å bedre kontakten mellom medlemmene, lokalavdelingene og desentrale organer."

Gjort er gjort - og spist er spist. La det være med det - avstå fra eksklusjon. La oss fra begge sider slå en strek over det som er skjedd, ta med oss erfaringene og sammen gjøre Lægeforeningen til en god fagforening og med et ansvarlig forhold til landets helsestell.

Janecke Thesen

STREIK OG BOIKOTT

Vi vil gjøre leserne av "Utposten" kjent med innholdet i den uttalelsen vi vedtok i forbindelse med streiken 15/6. De 17 underskriverne utgjør samtlige kommuneleger i Vest-Telemark (unntatt Fyresdal). Uttalelsen gjengitt her ble lest opp på streikemøte i Telemark lægeforening 15. juni og deretter oversendt sentralstyret i DNLF, m.a.o. en intern markering. 15 av underskriverne gikk 10. juni ut offentlig i presse og kringkasting med sitt standpunkt, 10 av oss boikottet streiken. Det er et alvorlig brudd på god fagforeningsskikk å gå ut mot sine egne under en pågående aksjon. Når 15 av oss går til et sånt skritt, er det fordi vi etterhvert ser at DNLF's profil utad er lite i samsvar med våre standpunkter som kommuneleger i utkantdistrikt. Vi håper at det vil være mulig for oss å føre debatten om DNLF's framtidige politikk i foreningen i tida som kommer.

For underskriverne
Elisabeth Swensen

Til Den Norske Lægeforening

Vi ønsker med dette å markere at vi er uenige i vedtaket om politisk streik mot beordring av leger 15. juni 1988. Hovedproblemet i dagens helsepolitiske virkelighet er ikke sikringen av norske legers menneskerettigheter, men at vi i fellesskap - som nasjon - ikke greier å oppfylle befolkningens rett til lik helsetjeneste. Som "utkant" i Sør-Norge kjenner vi oss mer igjen i Nord-Norges bekymring over manglende legedekning enn i Lægeforeningens bekymring over tapet av "den frie yrkesutøvelse".

Vi vil gjerne presisere at vi ser beordring av leger som et uheldig og unødvendig virkemiddel på det nåværende tids- punkt, særlig i den åpne formen som vedtatte fullmakt foreligger i. Likevel mener vi at en streik i denne situasjonen er et uegnet politisk virkemiddel. Vi tror også at synspunktene på virkemidler for å løse den kroniske underbemanningen i kommunelege- og sykehus-tjenesten i utkantdistrikt er svært delte også blant Lægeforeningens medlemmer. Streik er en aksjonsform som er lite egnet til å få fram nyanser, og bidrar etter vår mening til å skape et dårligere debatklima både internt og overfor publikum.

Videre mener vi at Lægeforeningen må bære sin del av ansvaret for den eksisterende skjevfordelingen av leger i Norge. Den norske Lægeforening har spilt en konsekvent rolle som forsvarer av "den frie yrkesutøvelse" og tilsvarende motstander av alle forsøk på å regulere legearbeidsmarkedet. Dette gir nok en grunn til å velge en noe mer lavmælt markering enn streik når tiltak mot skjev fordeling av leger kommer på den politiske dagsorden.

Av tiltak som vi mener kan være aktuelle, vil vi særlig nevne:

- statlig ansvar for kommunelegetjenesten slik at variasjon i kommunenes økonomi ikke gir negative utslag
- ensartede stimulerings tiltak for ansatte i kommunelege tjenesten i utkantkommuner (etter nærmere definerte kriterier)
- hardhendt regulering av stillingsomgjøringer ved sjukehus i sentrale strøk. Begrensninger av det private legemarkedet inkludert nye bedrifts- og kontrolleordninger.

Gunhild Dobbe,
kommunelege, Kviteseid
Olav Eriksen,
kommunelege, Kviteseid
Tor Reitan,
kommunelege, Seljord
Kjell Conradi,
kommunelege, tidl. Seljord
(tiltrer Ringsaker 1.juni 1988)
Gunnar Andersen,
kommunelege, Seljord
Kjell Lie,
kommunelege, Tokke

Ole Arvid Baann Liane,
kommunelege, Tokke
Arne Johannesen,
kommunelege, Tokke
Liv Ellen Giske,
kommunelegevikar, Vinje
Reidar Gjøtterud,
kommunelege, Vinje
Kåre Øygarden,
kommunelege, Vinje
Oddny Bilstad,
kommunelege, Vinje

Svein Lio,
kommunelege, Vinje
Bjørn Pettersen,
kommunelege, Vinje
Frode Forland,
kommunelege, Nissedal
Tor Svein Sandnes,
kommunelege, Nissedal
Elisabeth Swensen,
kommunelege, Seljord,
fom. sept. 88

□

Ni teser om fremskritt for folkehelsen

Apropos Konsensuskonferansen om mammografiscreening (Utposten 3/89):

De tilreisende fra Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Trondheim, fortalte en pussig historie under konsensuskonferansen. Under opprydding i et av Instituttets skrivebord hadde de funnet en gjenglemt konvolutt. Vi fikk se innholdet, og mener det har interesse for Utpostens lesere. Derfor skrev vi til Instituttet, og her følger svaret vi fikk.....

Kjære Utposten-redaktør.

Takk for brev, - så dere tenker altså å trykke de gjenglemte notatene til denne Nitsew. Hva skal nå det være godt for? Ikke vet jeg stort om forfatteren heller, annet enn at han sikkert er indo-europeer. Dessuten er han vel bare en av disse epidemiologiske nihilister som ynder å snu tingene på hodet og så tvil om nytten av det vi driver med i helsetjenesten.

Men om det kan være til noen hjelp i bladets oppsøkende journalistikk, så lå det faktisk et sitat og et bilde i den gjenglemte konvolutt. Kan de bidra til å oppklare hva disse notatene dreier seg om?

For egen del har jeg slett ikke mistet troen på de randomiserte forsøkenes betydning. Og forøvrig er det min mening at epidemiologi er bra for allmennmedisinen.

Beste hilsen Steinar Westin.



Nitsew, på jakt etter nye teser?

Her følger Nitsew Raniets' gjenglemte notater:

Ni teser om fremskritt for folkehelsen

*Hvorfor man overhodet ikke bør ta hensyn til negative utfall av randomiserte kontrollerte forsøk (dersom den undersøkte prosedyreteknologi er et virkelig fremskritt for folkehelsen).**

Av Nitsew Raniets

1. De som utførte prosedyrene (intervensjonen) var for uerfarne (e.g. mindre erfarne enn meg selv, som har oppfunnet den). Med mer trening og skoling i den aktuelle metodikk (med meg som kursleder), vil metoden vise seg å være akkurat så nyttig som jeg tror den er.

2. Den apparaturen som ble brukt i undersøkelsens første fase, var gammeldags og lite pålitelig i forhold til de nye modeller vi nå har tatt i bruk.

3. Behandlingsresultatene for de som fanges opp under en masseundersøkelse er betydelig bedret siden utprøving av screeningprogrammet begynte. Det er derfor den undersøkelsen vi her har for oss ikke har kunnet vise noen reduksjon i kumulativ dødelighet.

4. Undersøkelsespopulasjonen i studien hadde hørt om, og benyttet seg av det aktuelle helsetjenestetilbudet i så høy grad at den sanne gunstige effekten for intervensjonsgruppen ble kamouflert. Dette er klart antatt som forklaring på manglende effekt av screening for mamma-cancer.

5. De leger som fikk hånd om kontrollgruppens pasienter, greide ikke å være å gi også disse pasienter det helsetjenestetilbudet som skulle utprøves. Dette ble klart antatt i den største og dyreste av alle randomiserte intervensjonsundersøkelser, MRFTT, der effekten av intervensjon mot kardiovaskulære risikofaktorer i behandlingsgruppen ble helt, ja faktisk fullstendig, kamouflert av god helseopplysning i kontrollgruppen.

6. Dersom vi hadde valgt en annen aldersavgrensning og -inndeling i studiematerialet, ville effekten blitt åpenbar (det ser vi nå når vi ser på utfallet av den studien som dessverre ikke kunne påvise effekt av intervensjonen).

7. Forsøksgruppene var for små til at "den forskjellen vi fant kunne bli statistisk signifikant". Det er nemlig hevet over tvil at dersom vi hadde fått med flere observasjoner, ville de falt ut i samme retning som det marginale funn vi til nå har gjort.

8. *Toget* er allerede gått - pasientene vil ha det. Det er et særlig rettferdig kvinnekraft å få etablert sentre for screening med cervix-cytologi, mammografi og ultralyd (foreløpig bare for alle gravide). I bedriftshelsetjenesten er det allerede et mannekraft å få tatt sitt kolesterol.

9. Selv om effekten av screeningsprogrammet ikke er dokumentert vitenskapelig, må vi ta hensyn til den praksis som allerede er etablert.

Bedre å systematisere den virksomheten vi allerede driver, enn å la det hele skje ukontrollert. Å avskaffe tilbudet er utenkelig nå.

* Notater til artikkel i *Journal of Irreproducible Results*: "Why randomized trials fail to prove that any true medical innovation is worthless".

Førsteamanuensis
Steinar Westin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gt. 10
7030 Trondheim

Fig.

Faksimile av McKinlay's dype innsikt i tingenes egentlige vesen

"The success of an innovation has little to do with its intrinsic worth (whether it is measurably effective as determined by controlled experimentation) but is dependent upon the power of the interests that sponsor and maintain it, despite the absence or inadequacy of empirical support."
McKinlay, 1981.



(Lånt fra Klassekampen.)

Ord om ord

Av Svein Lie

Det er ikke noe moro, hvis det ikke er litt moro

Livet på en allmennpraktikers legekonto kan bli ensformig om en ikke passer på å ha det litt moro. Jeg mener ikke at en bare skal skratte og le, men for min del finner jeg glede i å være opptatt av et tema "for tida".

I et par perioder har jeg registrert den subjektive smerteopplevelsen ved sprøytestikk. Pasienter som starter opp Myocrisinbehandling egner seg for eksempel godt til det. De skal ha relativt mange injeksjoner innenfor overskuelig tid. Ideen med den registreringen har vært å etterprøve om smertene skyldes tilfeldighet, og bare skyldes avstanden til sentrum i nærmeste følesone.

Alternativet, dersom det ikke stemmer, er at pasientene har rett i at det er gode og dårlige "stikkere" blandt oss.

En annen aktivitet har vært å notere lokale dialektuttrykk for benevnelse på kropp og helse. Det er det denne artikkelen skal handle om.

Kredda

Det hele begynte med at jeg oppdaget at flere av 6-klassingene ikke kjente det lokale dialektordet for meslinger, "kredda". Min første tanke var at det var en rein vaksinebivirkning. Meslinger forekommer jo svært sjelden nå i forhold til tidligere, og dermed forsvinner også behovet for å bruke ordet. Dernest har en samme fenomen i Vinje som ellers i landet, at dialektene utvannes og ord går i glemmeboka. Med legekontoen som utsiktspunkt kommer en i kontakt med mange av de gamle, som fremdeles kjenner og bruker dialekt-orda. Jeg bestemte meg derfor for å notere ned det jeg hørte, slik som mange andre har gjort før. I starten var jeg ikke særlig systematisk, men etter hvert er noteringene forbedret en smule, og jeg har innhentet gode råd, som beskrevet lenger ut i artikkelen.

Bivirkninger

I tillegg til min egen glede over å lære den lokale dialekt-fauna har aktiviteten hatt positive bivirkninger. Den ene er at lege-pasientforholdet mykes opp, og at den som for tilfellet har fått pasientrollen har kunnet bidra med noe sjøl, gjerne i innledningen av samtalen. Et annet poeng er at folk synes det er positivt at noen vil være med på å bevare egenarten i området. Bidragsyterne har i alle fall vært mange og flittige. En av de eldre kom med to sider, skrevet tett på maskin, og ellers har jeg opplevd flere som kommer med ord på en lapp til konsultasjonen. Da er det selvfølgelig også viktig å notere kilden. Ved et par anledninger har jeg skrevet oppfordringer i vår faste spalte i lokalavisa. Det har og gitt resultat, men siden den dekker et større område enn bare den kommunen jeg ellers arbeider i, innebærer det at en må legge enkelte av svarene til side, i forhold til en lokal ordliste.

Hva skal en få med?

Når en skal lage en ordsamling på denne måten, er det nyttig å gjøre de opp-tegnelsene som er vanlige for at det skal kunne være til nytte for andre. Med utgangspunkt i det ordet en noterer bør en få med opplysninger om:

- hvilken betydning ordet har, dersom det ikke går klart fram av ordet
- lydbildet eller uttalen av ordet i daglig tale, spesielt der det avviker fra det forventede, for eksempel lokale vokaler - lyder som ligger mellom de ordinære i alfabetet
- om det er substantiv, verb, adjektiv, adverb osv.
- dersom substantiv: kjønn, flertalls-ending
- i hvilken sammenheng ordet er brukt, gjerne med et eksempel der ordet er brukt i en setning
- kilden, navn og gjerne alder på den som har kommet med ordet.

Nedtegning

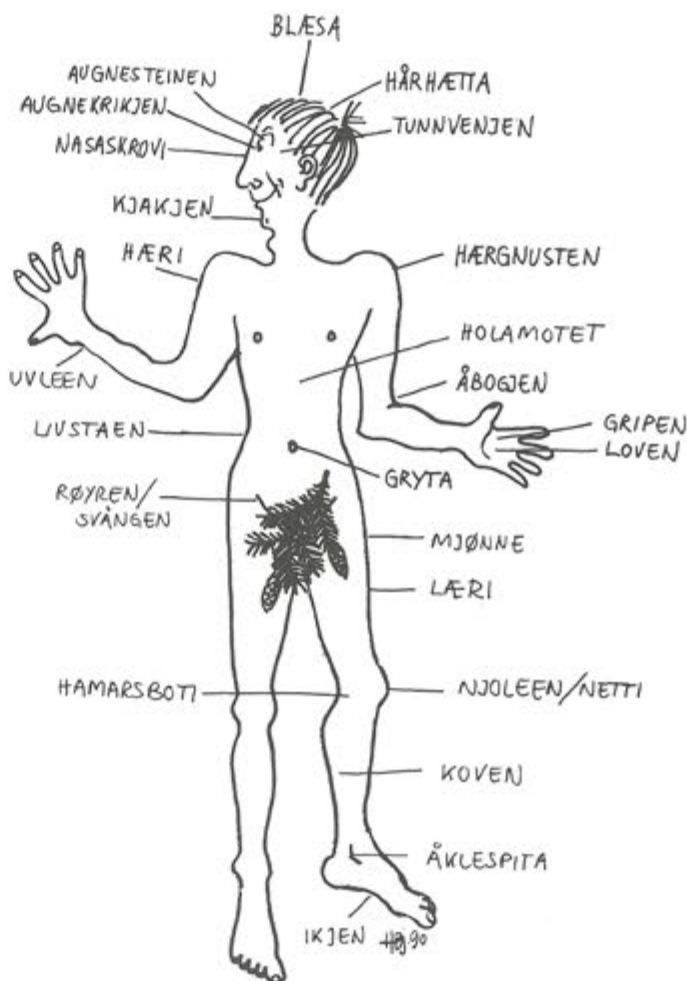
Den tradisjonelle måten er vel å notere på kartotekkort. Det kan være praktisk fordi behovet for å notere ned et nytt ord dukker opp i alle slags situasjoner. Med et standard kartotek i lomma kan en alltid få fylt ut de opplysningene en trenger med én gang. Forutsetningen er at en er så strukturert at en alltid går med "tomme" kort i lomma. Jeg er ikke så strukturert. Min variant har vært å gripe en papirbit og rable ned ord, forståelse og kildens navn så snart som råd, oftest på en tom reseptblokk. Etter hvert som det ble en uoversiktlig bunke i ringpermen og på forskjellige lagersteder, har jeg skrevet det inn på en pc. Jeg har ikke gjort det mer avansert enn at det er lagret som et dokument i WP. Den avanserte databrukeren ville vel heller lagt det inn i et database-program, for å kunne sortere på forskjellige ord-egenskaper. Min ordsamling rommer nå ca. 280 ord. Jeg har skrevet dem ut på ei liste, som jeg bruker som kladd for å notere nye på. Med uker eller måneders mellomrom skriver jeg dette inn på pc'en, og har dermed gradvis en mer og mer "fullstendig" liste.

Om kilden

Kilden er viktig. For det første fordi den skal æres, som æres bør, men og for å være sikker på at ordet kan regnes inn i den lokale dialekten. Mange som har flyttet rundt i landet har vel merket kravet til "ansiennitet", for å oppnå stedtillhørighet. Fenomenet er kanskje sterkere på landsbygda enn i bynære strøk med stor utvikling. På disse kanter fortelles om ei gamal kjerring fra Seljord som ble spurt om hun var fra bygda. "Nei, eg kan vel ikkje seie det", sa ho, "far min kaupte garden i 1870!!"

En må være like våken med ord en hører. Når en blir kjent på en plass, vet en og hvor de forskjellige har sitt opphav, og om de har flytta inn i bygda i yngre år. Her i denne del av Vinje,

Noen dialektord for kroppsdeler, fra Vinje



hvor vi bor, har det f. eks. vært et betydelig innslag av inngifte fra vestlandet, og da må en selvfølgelig passe på å plassere de orda en måtte høre fra dem på ei anna liste, enn den som dekker den lokale dialekten.

Alder hos kilden bør og noteres. Min erfaring er at enkelte familier er flinkere enn andre til å holde på de lokale særprega, også på de gode. I de tilfellene merker jeg ofte at de yngre bruker et rikere lokalt språk. Forøvrig er det selvfølgelig flest eldre som har vært mine kilder.

Er den lokale dialekten særprega nok?

Ja, helt sikkert. Ordtafet merkes først når ordet er på vei ut eller helt borte. I det eksemplet jeg nevnte innledningsvis med kredda (meslinger), gikk det bare 4-5 år før skolebarn ikke kjente det

lenger. Nå er det selvsagt spesielt med et ord som betegner en sykdom det startes vaksinerer for, men den språklige påvirkningen øker stadig. Noen av de orda jeg har notert dekker uttrykk eller anatomiske steder jeg ikke har hatt eget navn på fra min egen dialekt. Et eksempel er "ikjen". Jeg kan i alle fall ikke huske noe bokmålsord som dekker det, annet enn det sammensatte uttrykket: "fothvelvningen". Det demrer for meg at noen sa "gelenken" om det samme da jeg var i skobutikken som liten, men det er jo et tysk ord. Kanskje et eksempel på at mitt barndoms bokmålspråk allerede var i ferd med å fylle seg med utenlandske låneord. Det mest sannsynlige er vel forklaringen om at det er hentet fra skomakerfaget og dets internasjonale fagspråk. Det illustrerer i alle fall at det finnes ord og uttrykk som forsvinner og viker plassen for andre.

Gamle ord?

Må orda være gamle, eller må det være gamle mennesker som kommer med dem, for at det skal være interessant? Nei. Om en vil finne fram til fortidas språk må en heller gå til andre kilder. Målet med denne nedtegninga er å finne det som ennå finnes blandt folk på stedet, i dagligtalen eller på vei til å gli ut av den. På den annen side kan det være interessant å undersøke om orda er registrert tidligere. Det kan en ofte få svar på ved å slå opp i tidligere ordlister. Her i Vinje finnes det en slik helt tilbake fra perioden 1812-21, nedtegnet av lærer og koppevaccinateur Niels Sveinungsen. Denne ordsamlinga, "det norske fjeldspråk", er gitt ut i bokform, etter initiativ fra et av Niels Sveinungsens tipp.tipp.....oldebarn, Odd Monge, lege ved DNR. Dette er ei ordsamling som omfatter alle typer ord fra dagligtale i Vinje i perioden de er nedtegnet. Ivar Åsen brukte denne ordsamlinga som et av grunnlagene for arbeidet med ny-norsk ordboka si.

Det Norske Samlaget har forøvrig gitt ut ei bok som heter "Norsk medisinsk ordbok". Denne er redigert av Audun Øyri, lege i Stavanger. Boka inneholder 30.000 oppslagsord fra vanlig medisinsk arbeid med definisjoner og forklaringer. Boka inneholder imidlertid ikke dialekt-betegnelser på helsetilstander eller kroppsdeler. Den har til mål å formorske det medisinske fagspråket, og kan absolutt anbefales til dem som vil slippe av seg språklige unoter eller unødvendige forvanskinger.

Når lista er full

Etter noen års nedtegnelser går jeg vel lei, kanskje. Så lenge en holder seg til et snevert felt, som uttrykk på kropp og helse, vil tilfanget av nye ord i alle fall bli stadig mindre. Da er det i det minste nyttig at en lar andre få kjennskap til resultatet. En måte å gjøre det på er kanskje å lage et lokalt anatomisk atlas. En kan overlate det til det lokale historielaget eller liknende, og en bør dessuten sende det til noen som kan samle det til nytte for andre i større sammenheng. Redaksjonen for "Norsk ordbok", tar mer enn gjerne imot slike bidrag fra lokale samlere. Der kan en og få råd om framgangsmåten, om en har spørsmål til den. Adressen er:

Norsk ordbok,
Postboks 1021, Blindern,
0315 Oslo 3.

1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1993

Hils på den nye redaksjonen!



Betty Petersen, f. 59, cand. med 86, MPH Loma Linda USA. Turnus + privat. prakt. + kom. lege II og I i Hadsel, Vesterålen 86 - 91. Nå forsker ved Folkehelsa. Interesser: samfunnsmedisinsk ideologi, helsefremmende og forebyggende arbeid, tverrfaglighet, sang, nærmiljø/kulturarbeid.

Redaktør Helge Worren har samlet et knippe kolleger fra stort sett hele landet rundt seg. Vi er tilsammen 301 år, og har vært leger i tilsammen 107 år. For å kunne møtes reiser vi tilsammen 30 timer t/r. Her er en kort presentasjon av den enkelte. Vi håper at leserne og bidragsyterne dermed vet hvem de kan henvende seg til!



Eystein Straume, f. 42, cand. med 68, München. Høy flyttefrekvens i tidligere år. Fra 72 i Loppa, med div. sykehusstjeneste: patologi, indremedisin og kirurgi. Nå kom. lege I. Interesser: Lokalsamfunnets tilstand, seile fembøring på Loppfjorden, allmennmedisinsk filosofi.



Petter Øgar, f. 53, cand. med 78. Kongsberg sykehus 80-83. Kom. lege/helsesjef i Hornindal fra 83. Veileder. Med i NSAMs diabetesgruppe. Interesser: allmennmedisinsk ideologi, helseøkonomi, helsetjenesteutforming og fysiske utsekelser.



Helge Worren, f. 47, cand. med. 76. Ass. lege Dikemark 79/80, kom. lege Sør-Aurdal 80-88. SHUS - avd. for helseopplysning 88 - 90. Bydelsoverlege Vindern 90 - 92. Fra 92 priv. alm. prakt. Nittedal. Interesser: Helsefremmende arbeid, formidlingsarbeid og belastningslidelser. Fjellturer.



Eivind Vestbø, f. 43, cand. med 70. Alm. prakt. i Ryfylke fra 74, samt barne- og psyk. avd. Rogaland sentralsykehus. Nå kom. lege I og alm. praktiker. Interesser: Allmennmedisinsk teori og fagutvikling, helsekontroller, helseopplysning, arbeidsmodeller i allmennpraksis, havseiling og fjellturer.



Sonja Fossum, f. 45 i Danmark, cand. med 79. Stort sett bydellege i sentrum av Oslo, nå i privat praksis. Arbeidet mye med innvandrerkvinner. Oppfølging HIV-pos./forebygg. AIDS Miljøetaten Oslo 88/90. Helsedirektoratet 90/91, forebygg og SOS. Interesser: Forebyggende arbeid, opera, litteratur, dans.

Geir Sverre Braut, f. 55, cand. med 80. Folkehelseutdanning NHV Göteborg. Ass. fylkeslege Rogaland fra 85, deltids forsker-assistent ved NHV. Mange verv i Legeforeningen. Interesser: Miljørettet helsevern, sosialmedisin, helserett og økonomi, natur, fotografi, målsak og lyrikk.



«— og dei skal aldri møtast?»

Eivind Vestbø
og Geir Sverre Braut

Det skjer noko i samspelet mellom primærhelsetenesta og den spesialiserte helsetenesta for tida. Dette skjer ikkje som følgje av gjennomtenkte organisatoriske endringar sette i verk av folkevalde organ, men heller trass i at slike ikkje skjer!

I førre utgåve av Utposten presenterte Sørensen, Gilbert og Sørgeard (1) ei grunnleggjande for desentralisert psykiatri. Dei hevdar at hovudproblemet som psykiatrien strir med, er å få kunnskapar til å fungera i nært samspel med pasientar og pårørande i kvardagen der dei lever. Dette kan ein ikkje få til berre gjennom oppretting av sentrale kompetansesentra hevdar dei.

Dei vil ha tenestene sine ut til folket der kvardagen tyngjer, og der møter dei primærhelsetenesta. Kroken og Stensland (2) presenterer i denne utgåve av Utposten eit praktisk døme på organisering i primærhelsetenesta som lovar godt for dei faglege samlivet.

Ein føresetnad for at kunnskap frå fagfronten skal koma til syne der folk bur, og så å seie verta ein del av den sosiale konteksten kor sjukdom og liding oppstår, er at organisatoriske hindringar for samarbeid mellom primærhelsetenesta og den spesialiserte helsetenesta vert fjerna.

Det er ikkje berre innan psykiatrien det er påtrengjande behov for nytenkning kring dette. Det er gjort gode framstøyt både innan pediatri, ØNH og laboratoriemedisin. Og den elektroniske revolusjonen har katalysert prosessen. Gjennom opprettinga av medisinsk nødmeldetjeneste, har styresmaktene vald ein samarbeidsmodell for akuttmedisinske problemstillingar. Kor vidt den vil syne seg vellukka, står ennå att å prova. Det vil ikkje minst avhenga av kva suksesskriterier ein vel som evalueringsgrunnlag. Innan diabetesomsorga er det og mykje interessant som skjer over «linjegransene» rundt om i landet.

Midt oppi alt dette la Helsedirektoratet (no: Statens helsetilsyn) i juli 1993 fram ei utgreiing om tilhøvet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet (3). Dette er ein litteraturgjennomgang som syner at det er eit overtydande samband mellom aukande pasientvolum eller sentralisering og betre behandlingsskvalitet. Rett nok tek denne litteraturstudien utgangspunkt i tradisjonell kirurgi og indremedisin, men unekeleg er han eit viktig tilskot til dei faglege grunnlaget for debatten kring organisering av helsevesenet. Sjølv om dette dokumentet er eit kraftig argument for sentralisering, kan det ikkje nyttast som argument mot primærhelseteneste. Nokon må både rekruttere pasientar og ta seg av etterbehandling og oppfølging. Og for den eigentlege effektiviseringa, er dette kanskje vel så viktig som det eminente behandlingsskvalitet.

Skal ein så sentralisere eller desentralisere? Skal ein satse på spesialisert helseteneste eller på primærhelseteneste? Det er nok ikkje mogleg å velja anten-eller. Vi treng både og; i litt varierende mengder innafor ulike problemfelt. Ei organisering av helsevesenet som berre skil mellom spesialiserte oppgåver og allmenne oppgåver, er ikkje høveleg i framtidens medisin. Og det er dette skiljet som er typisk for norsk helseteneste i dag, trass i at mange fagmiljø søkjer seg fram til nye modellar for samspel mellom det spesielle og det generelle.

Dei to artiklane viser oss kva nytenkning kan få til: Oppgradering av folks kvardagsplager, betre konsulenttenester og auka kunnskap i primærhelsetenesta, heilskapstekning omkring pasienten, brukarmedverknad og betre tverrfagleg samarbeid i primærhelsetenesta.

Innan organisasjonsteori er det rimleg at ein må velja ei organisasjonsform som byggjer opp under dei måla ein har for verksemda. Om målet er at fagleg spisskompetanse skal koma dit folk bur, må ein vera viljug til å velja organisasjonsformer og finansieringsordningar som opnar for det.



Sjølv om eit demokratisk styrt helsestell ikkje skal vera slik at fagfolka skal fastsetja organiseringa, må det vere rett å høyra på dei faglege argumenta som vert førde før ein fattar politiske vedtak. I 1994 skal Sosial- og helsedepartementet leggja fram ei melding til Stortinget om finansiering og prioritering av helsetenester her i landet. Vi er spente på om ein torer ta med faglege argument som grunnlag for tilrådingane i denne, og om ein deretter vågar seg inn i ein debatt kor ein kan risikera at behovet for organisatoriske endringar i norsk helsestell vert så synlege at heilage kyr må ofrast? Kjære Werner Christie, skal du få dette til, må du vera ein modig mann!

Eivind Vestbø

Geir Sverre Braut

Litteratur

1. Sørensen T, Gilbert S, Sørgeard KW. Våre tyngende hverdager – begrunnelser for en desentralisert psykiatri. Utposten, 1993;22(7):316–19.
2. Kroken R, Stensland P. Med kommunal lommelykt i psykiatriske gråsoner. Erfaringer med Samhandlingsprosjektet. Utposten 1994;23(1) 4–6.
3. Kvinnslund S et al. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie nr. 4-93. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.

Hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?



Norsk allmennmedisin feirer åremålsdager, det skrives bøker og holdes taler om hvordan allmennmedisin har vokst frem og sogar blitt akademisk godt forankret. Pionerene hyldes og skyves ut i mørket. Nye krefter skal overta.

For tiden er denne prosessen mest synlig i Oslo. Generasjonsskiftet i hovedstadens akademiske allmennmedisin kommer samtidig med at Institutt for allmennmedisin flytter inn i nye lokaler.

Sett fra en utpost gir det som nå hender hverken grunn for glede eller begeistring. Pionerånden er borte. Jeg kjenner ikke lenger den sugende undringen da faget tok form og kom ut av mørket og inn i lyset. Humerfeldt og Borchgrevink forlot prestisjetunge posisjoner på indremedisinske universitets-klinikker og Bentsen viste oss at data fra allmennpraksis var viktige og kunne brukes i vitenskapelig arbeid. Det ble en gylden tid med smittsom begeistring og tro på fagets muligheter. Sett herfra nådde prosessen sitt høydepunkt da McWhinney ble æresdoktor i

Oslo med sin pasientsentrerte kliniske metode.

Så ble det stille. Generasjonsskifte, flytting til nye lokaler og taushet. Forstemmende rykter og moll-stemte, svake ekko om innbyrdes krangel og kiving når hit opp. Historien har lært at pendelen svinger. Det er som en naturlig rytme i all utvikling. De tause tider har også sin misjon. Det er tid for ettertanke og besinning. Hvor går veien videre, hva skal vi ta med oss av det gamle og hvor skal vi hente nytt? Fra utposten er det tid for å spørre: hva slags allmennmedisinske institutt trenger vi?

Instituttet må kunne hegne om det beste som var og samtidig være åpen for nye impulser og ideer. Det må både kunne bevare og fornye. Allmennmedisinens tid som enfant terrible i det akademiske miljø er forbi. Betales instituttet nå prisen for å være godtatt? Den prisen nemlig at universitetets spilleregler må godtaes. Instituttet innlemmes i gruppen av samfunnmedisinske fag og ufarliggjøres med nærmest fraværende ledelse og med

forpliktelser overfor etablerte akademiske spilleregler. Det er pasientene og primærhelsetjenestens møte med pasienten som gir instituttet legitimitet og ikke de akademiske spillereglene. Nå ser det ut for at instituttet fjernes fra sin berettigelse og sin grunn.

Den tause tiden må erstattes av en levende samtale om hva slags institutt vi trenger.

Vi trenger *ikke* et institutt som er seg selv nok og som bare tjener som arnested for de av oss som vil leve ut sine muligheter innenfor en konserverende akademisk tradisjon.

Fagets legitimitet forbyr en slik utvikling.

Traume

Skarven-prisen til JOHN LEER

En av redaksjonens privilegier er å opprette de priser vi vil. Som en påskjønnelse for usedvanlig innsats i bladets spalter har vi besluttet å opprette Skarven-prisen, konkretisert i en messingskarv med tillegg av den ære og berømmelse som følger av den status Utposten til enhver tid har blant sine lesere.

Da den nåværende redaksjon trådte i funksjon, ble det etter en viss diskusjon og noe intern skepsis, besluttet å forsøke å etablere et fast innslag med edb-stoff. Dette målet har vi nådd først og fremst takket være John Leer. Etter noen innledende, frittstående artikler ble edb-spalten lansert i nr.

5/93 med John Leer som kontaktperson, primus motor og produsent av de fleste innslagene. Til tider har nok et flertall i redaksjonen hatt problemer med å følge med i svingene når Mr. Megabyte har boltret seg som værst i datinen. Er dette for smalt og bare for de som er fanget i nettet? Heldigvis har vi latt skepsisen vike og registrerer



Skarven er Utpostens fugl – fordi den bebor de virkelige utpostene.

med glede at edb-spalten høster mange positive tilbakemeldinger.

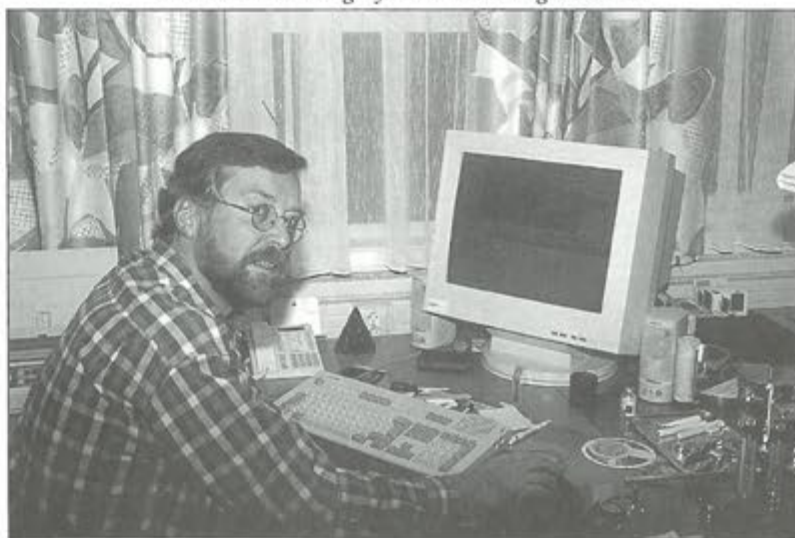
Et foreløpig klimaks ble nådd da Utposten ble lagt ut på Internett sist sommer som følge av et initiativ fra John Leer og et samarbeid med Hogne Sandvik ved Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF) ved Universitetet i Bergen. Utposten er plassert som en link fra ISF's hovedside. I oktober 1995 ble filer i ISF's websider åpnet vel 54.000 ganger. Brukere fra mer enn 70 land har vært innom, og flere godord har vanket. Vi har også latt oss fortelle at redaktøren av et herværende, landsdekkende legetidsskrift har vært rimelig misunnelig på Utpostens edb- og internetsuksess. John Leer

ønsker nå at Utpostens nettversjon oversettes til engelsk, men det har redaksjonen i dag ikke ressurser til å imøtekomme.

På dette grunnlag har det vært en enkel oppgave for redaksjonen å tildele John Leer den første Skarven-prisen. Måtte flere gjøre seg fortjent til den samme!

Redaksjonen

John Leer er cand.med. fra -74. Tidligere distrikts- og kommunelege i 7 år. Driver nå tolegepraksis i flerfaglig miljø på Florvåg i Askøy kommune med innslag av skolelege- og helsestasjonsarbeid. Spesialist og veileder i allmennmedisin. Har brukt datamaskin og edb-basert journalsystem fra 1982 og av enkelte venner kalt Mr. Megabyte. Trives i båt og ved havet.



1972 1977 1982 1987 1992 1997
 1973 1978 1983 1988 1993 1998 1999
 1974 1979 1984 1989 1994 2000
 1975 1980 1985 1990 1995 2001
 1976 1981 1986 1991 1996 2002

1972

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLEMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1998

ARGANG 27



UTPOSTEN

BLAD FOR ALLEMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 6

1998

ARGANG 27



utposten

No. 28 - 1999
 Argang 28

Blad for
 allmenn- og
 samfunns-
 medisin

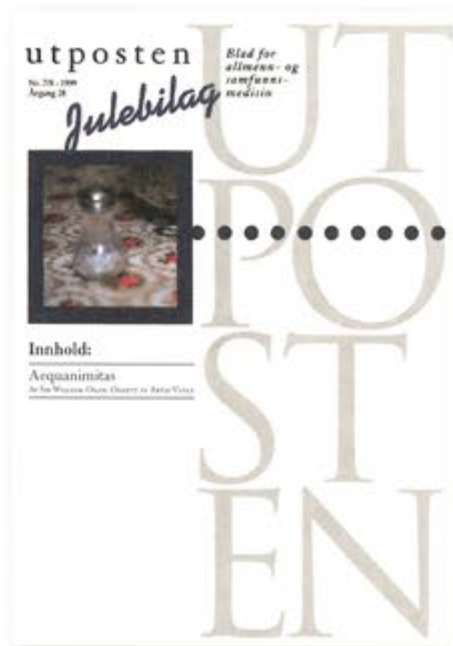
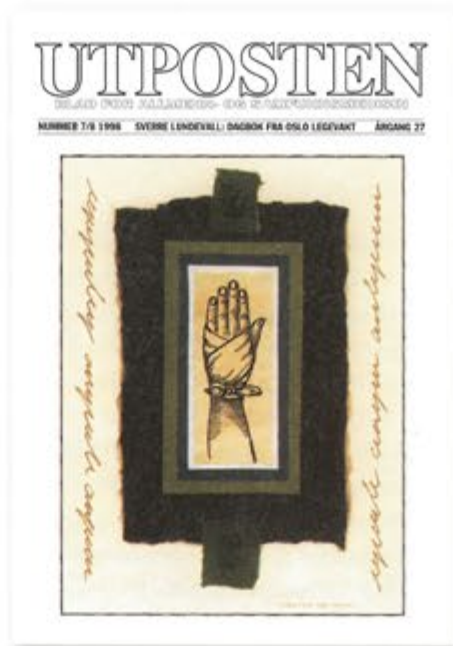


Innhold:

Leder:	
I menneskets verden: Av Torunn Gundersen	s. 1
Vi er alle Oden barn: Av Bjørn Klevstad	s. 2
Sannhet i seg og i seg: Av S. Skjott	s. 3
Lokalsamfunnet ved depresjon: Av Per J. Skjott	s. 6
I psykisk lidelse: Av S. Skjott	s. 8
MAERSK og miljøet: Av S. Skjott	s. 12
Allmennheten i møte med spesialiserer: Av S. Skjott	s. 18
Psykiatri og barn og ungdom: Av S. Skjott	s. 26
Akademisering av samfunnsmedisin: Av S. Skjott	s. 32
Om styrelser i de: Av S. Skjott	s. 36
Rubricer:	s. 40
Free-spill:	s. 48

2002

julebilag UTPOSTEN



FRA AINA SCHIØTZ: *Distriktslegen – Institusjonen som forsvant.*

Det offentlige legevesen 1900–1984. OSLO: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 2000.

Utkantleger på offensiven

«Utposten» – en ny premissleverandør

Første nummer av *Utposten*. *Almindeligt blad for primærleger* så dagens lys vinteren 1972. «Kontaktbehovet med kolleger er nøkkelordet bak initiativet til *Utposten*», skrev de tre initiativtakerne i sin presentasjon i Legeforeningens tidsskrift (1972:1738). Målsettingen var først og fremst å fremme debatt om primærlegens situasjon og spre informasjon og erfaringer kolleger imellom, og til de sentrale helsemyndighetene. Men initiativtakerne hadde større ambisjoner enn som så. Bak disse idealistiske vendingene lå målsettingen om å heve primærlegens, og særlig enelegens anseelse og prestisje innad i legeprofesjonen. Ved å heve hans eller hennes status ville det også bli mer attraktivt å søke seg til utkanten. Dette skulle i neste omgang komme befolkningen til gode. *Utposten* skulle være deres viktigste redskap i arbeidet med å realisere disse visjonene.

Utviklingstendensene – slik redaksjonen så dem – gikk nå i retning av å rasere primærhelsetjenesten i alle deler av landet. Det var hårreisende å se på et system der både forventet karriereinntekt og all prestisje var samlet hos spesialistene, i sykehusevesenet; forteller bladets første redaktør, Harald Siem, i sitt tilbakeblikk på bladets fødsel og første leveår (Siem og Nylenna 1996: 240–5). Viktig var det at terskelen for å skrive var så lav at alle følte de kunne bidra, og at formen var slik at man gjerne tok bladet med seg som fritidslektyre (Wium, personlig meddelelse 1997).

Bak *Utposten* sto tre unge distriktsleger som befant seg i hver sin øykommune i Ytre Romsdalen. Det var Tore Rud (1942–1995), Sandøy, Harald Siem (f 1941), Aukra, og Per Wium (f 1943), Midsund. De tre var blitt godt kjent gjennom vaksamarbeid. Siem og Wium var dessuten venner fra tiden som medisinerstudenter i Sveits, og fra turnustjenesten. Med god hjelp av ektefeller og med egne midler, gikk de løs på oppgaven med krum hals. «Vi tror vi skal lykkes», skrev legene i det første nummeret av bladet. Ja,

starten ble god. Etter tre nummer hadde nærmere 300 kolleger tegnet abonnement, de aller fleste av dem bosatt i distriktene. Etter 4–5 år hadde de rundt 750 abonnenter. Men hvorfor var ikke et slikt initiativ kommet før, og hvorfor lyktes utgiverne så raskt med å nå sine målgrupper? Harald Siem ser både tidspunktet for utgivelsen og den raske suksessen i sammenheng med to fenomener. For det første kom bladet i kjølvannet av de «grensesprengende» ungdomskullene som senere ble sekstiåttene. For det andre må suksessen ses i lys av den massive hjemkomsten av utenlandsmedisinere. Begge fenomenene rørte ved det etablerte.

Utposten initiativtakere og svært mange av dets abonnenter, var typiske barn av sin tid. De kom utenfra, viste ingen respekt for autoritetene, var velformulerte og bramfrie, stilte krav og forlangte å bli hørt. Slik tilhørte de en massiv bevegelse med basis i ideologiske strømninger som preget hele den vestlige verden fra slutten av 1960-tallet. Unge, velutdannede, teoretisk skolerte, velformulerte og radikale akademikere satte premissene for den politiske dagsorden. De nyutdannede norske legene ble som de fleste akademikere av sin generasjon, sterkt påvirket av disse strømningene, nærmest uansett politisk tilhørighet.

De fire første numrene av *Utposten* var alle nær knyttet opp mot dagsaktuelle temaer, slik som: Etterutdanning av primærleger (nr 1), samarbeidet primærlege/sykehus, primærlege/sentraladministrasjon (nr 2), om helsesenter og gruppepraksis (nr 3) og om Stortingsmelding 85, *Om helsetjenesten utenfor sykehus* (nr 4). *Utposten* stilte spørsmål ved «det meste»: Ved faget slik det ble forvaltet i Akademia og i de etablerte institusjonene, ved primærlegenes interesser slik de ble forvaltet av Legeforeningen, ved den ensidige fokuseringen på den kurative medisinen, og endelig ved den dominerende og snevre definisjonen av sykdomsbegrepet. Videre inneholdt bladet en strøm av protester mot de sen-

trale helsemyndighetene, og hva skribentene oppfattet som myndighetenes manglende kunnskaper om og forståelse for de problemene – faglige og personlige – som legene daglig måtte hankses med.

Ikke uventet ble *Utpostens* redaksjon tatt for å være venstrevridd, der den med brask og bram og blottet for respekt for autoritetene, nærmeste ustopkelig malte fanden på veggen. Men faktisk tilhørte ingen av de tre initiativtakerne ytre venstre fløy i norsk politikk. Ingen av dem hadde lest verken Marx eller Maos lille røde. En stemte Høyre, en Venstre og en Arbeiderpartiet, forteller Siem. Og *Utpostens* redaksjon ville – som Siem uttrykker det – ikke revolusjon, men reform (Siem og Nylenna 1996: 240 ff). Men de var preget av sin tid.

Utgivelsen manifesterte på sett og vis også et generasjonsopprør med de eldre kollegene. Dette gjenspeiles blant annet ved at den eldre generasjon distriktsleger og allmennpraktikere sjelden bidro som skribenter, og til dels hadde problemer med å identifisere seg med bladets innhold, selv om mange av «kampsakene» var av gammel dato. Ja, faktisk skapte bladet betydelig irritasjon hos enkelte av disse legene, som hadde en fortid i en helseverden med ganske andre forutsetninger. Men kanskje var det vel så mye bladets uvørne form som temafokuseringen, som irriterte – ? Redaksjonen fikk imidlertid uforbeholden støtte av den gamle radikaleren Evang, som på møtet for offentlige leger i 1972 slo fast at dette var det beste som hadde hendt distriktshelsetjenesten på atskillige år (Siem og Nylenna, *ibid*).

Et viktig trekk ved 70-tallsradikalismen handlet om «tjene folket». Blant relativt mange nyutdannede og samfunnsengasjerte medisinere nedfelte dette seg i ny interesse for allmennmedisin og offentlig helsearbeid (samfunnsmedisin). Å interessere seg for disse feltene av medisinen ble i vide kretser betraktet som «politisk korrekt». Dette gjenspeilte seg blant annet i søkningen til primærhelsetjenesten, først og fremst til de offentlige legestillingene, men også til allmennmedisin. Fra slutten av 60-årene og mot midten av det nye tiåret, var det f.eks ikke lenger mangel på søkere til de ledige distriktslegestillingene. Også her kom *Utposten* sine lesere i møte med aktuelle spørsmål og faglige artikler. Slik bidro denne typen stoff ikke bare til å skape ny interesse for fagdisiplinene, men også til å vedlikeholde kunnskapen. En av bladets redaktører ved 25-årsjubileet i 1996, Eystein Straume, hevder i sin lederartikkel i jubileumsnummere at «Utposten ble en bevegelse i norsk helsevesen. En bevegelse i retning av allmennmedisin og samfunnsmedisin på lokalt nivå.» Om *Utposten* ikke var alene om å forme og å drive samfunnsmedisin og allmennmedisin framover mot egne spesi- aliteter (1984), så fungerte bladet som en viktig pådriver.

Med i bildet hører at bladet medvirket til å heve de unge primærlegenes selvtillit, både faglig og sosialt. En selvtillit som var avgjørende for å kunne stå fram og vinne gehør. En av bladets tidligere lesere sier det slik: «Utposten var med og ga oss en identitet og stolthet over å være en helt vanlig doktor – også uten karriere og overlegetitler» (Aschim 1996: 233).

Bladet spilte en slik tredelt rolle: Det la premisser for den helsepolitiske utvikling mht finansiering og organisering, det bidro til å bygge opp fagene samfunnsmedisin og allmennmedisin, og det bidro til opplæring i og vedlikehold av standens eller delprofesjonens normer og verdier – ja nærmest til å forme en alternativ legerolle. Tharald Hetland (Olls formann 1979–83) sier det slik:

«Det er klart at det viktigste som skjedde omkring Utposten og de distriktslegene som samlet seg rundt denne fanebæren, var å skape og forsterke en egen distriktslege-ideologi. En ideologi som ikke lenger bare kunne næres av helsedirektørens årlige møter på Bygdøy, men som falt sammen med utviklingen av almenmedisin og samfunnsmedisin som spesialiteter» (brev av 22.10.97).

I de første fem årene, til redaksjonsskiftet i 1977, konsentrerte redaksjonen seg om fagpolitiske spørsmål, og fungerte først og fremst som distriktslegenes organ. I den neste femårsperioden ble fokus rettet mot allmennmedisinske problemstillinger, mens epoken deretter (1983–87) ble de «nye» samfunnsmedisinernes æra. Hele tiden er det seksti-åttenerne som har sittet ved roret, også fram mot årtusenskiftet.

Etter kort tid «erobret» Utpost-redaksjonen Oll. Siem gikk inn som leder av foreningen i 1975, og satt der til 1979. Senere overtok hans meningsfelle, Tharald Hetland. Forenignens profil ble fra nå av sterkt farget av de unge «radikalerne», mens Utposten naturlig nok ble foreningens tale- rør.

Utposten var på sett og vis de unge primærlegenes organi- serte opprør mot «etablisementet» – et opprør rettet mot så vel Legeforeningen som Helsedirektoratet. På mange måter nådde de unge legene fram med sine synspunkter. Det kan med andre ord ikke reises tvil om at bladets redaksjon, med Harald Siem og Per Wium i spissen, var en sentral ak- tør i utformingen av 1970- og 80-årenes primærhelsetje- neste. Føringerne fra landets politiske ledelse var klare, men de hadde neppe vært gjennomførbare uten de innspill og til dels støtte som *Utposten* og senere Oll, sto for. Hvorvidt eller i hvilken grad bladet var en representativ målbærer av hovedstrømningene innad egen stand, kan imidlertid dis- kuterres.

UTPOSTENS REDAKSJONER

1972-1977

Tore Rud,
Harald Siem
Per Wium

1978-1982

Aage Bjertnes
Martin Holte

1983-1987

Frode Heian
Jon Hilmar Iversen
Ola Lilleholt
Magne Nylenna
Øystein Pedersen

1988-1992

Eli Berg
Mette Brekke
Åsa Rytter Evensen
Marit Hafting
Kirsti Malterud
Berit Olsen
Janecke Thesen

1993-1997

Geir Sverre Braut
Sonja Fossum
Betty Pettersen
Eystein Straume
Eivind Vestbø
Helge Worren
Petter Øgar

1998-2002

Frode Forland
Torgeir Gilje Lid
Erik Jesman Pedersen
Jannike Reymert
Tone Skjerven
Gunnar Strøno
Elisabeth Swensen

Tove Rutle har vært fast redaksjonssekretær siden 1993

L'envoi

Fra *Aequanimitas* av Sir William Osler

Tale ved ein farvelmiddag gitt av profesjonen
i USA og Canada i New York, 2. mai 1905.
«Eg er ein del av alle eg har møtt.» (I Ulysses, av Tennyson).

Eg har hatt to mål i profesjonen: for det første å
bli ein god klinisk lækjar. For det andre ville eg
bygge opp ein stor klinikk etter tysk føredøme,
ikkje slik som før her og i England.

Eg har hatt tre personlege ideal. Det eine har
vore å gjere dagens arbeid godt og ikkje bry meg
om morgondagen.

Det andre har vore å leve etter Den gylne regelen
så godt eg kunne, mot kollegar og mot pasientar
eg hadde ansvaret for.

Det tredje har vore å dyrke såpass sinnsro at
eg kunne vere audmjuk trass i framgang, at eg
kunne nyte veners truskap utan ovmod, og at eg
kunne vere budd når dagen med sorg og sakn
kjem å møte den med eit mot som det sømer
seg ein mann.

omsett til norsk for UTPOSTEN 1999 av Arvid Vatle

