

Utpostens  
40-årsjubileum

Et møte med fylkeslegene og Helsedirektoratet (1973, nr. 2)  
I de første årene var Helsedirektoratet og Legeforeningen ofte skyteskiver for Utposten-redaktørens skarpladde penner. De to «bastionene» representerte et hovedstadsbyråkrati som mange distriktsleger anså for å være sendrekkelig, fjært og sogar distriktsfiendtlig. Her omtaler redaktørene et møte med helsedirektøren og fylkeslegene – med utislørt ironi, noe som kjennetegnet Utpostens formidlingsform.

# Kavalkade fra Utpostens tidlige år



Utpostens tre første utgaver fra den første årgangen som kom i 1972.

“ I dette nummeret tørker vi støvet av gamle artikler fra 1970-årene, den gang Utposten kjempet med nebb og klør for å styrke primærhelsetjenesten og distriktsmedisinen. Bladet ble lansert i 1972 som et kontaktblad for distriktsleger, men utviklet seg raskt til å bli et frittalende forum for helsepolitikk så vel som et primærmedisinsk fagblad. Redaktørene utfordret makt og myndighet og gjorde bladet til en pådriver for å styrke allmenntidning og samfunnsmedisinen som fag og spesialitet. Sist, men ikke minst: Utposten målbar et klart budskap om at det var på høy tid å bedre arbeidsforholdene for leger i distrikt.

Bladets formidlingsform var direkte, til tider noe røff – men bitende ironi ble elegant balansert med humoristiske, underfundige og latterfremkallende tekster. I en lederartikkel fra 1977 (bla videre for å lese), oppsummerer Harald Siem og Per Wium sin redaksjonelle «policy» slik:

Som kommunikasjonsorgan kan man ikke ta sikte på finpussede 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.

På de neste sidene gir vi deg en nostalgisk kavalkade med innlegg og artikler fra de første Utposten-årene. God lesing!



# Et møte med fylkeslegene og helsedirektoratet

"Den Herren giver et embede, den give Han også forstand." Innen det offentlige helsevesen har det synes akseptert at den som får en distriktslegestilling, han har også de nødvendige kvalifikasjoner for stillingen. Noe av oppgaven til UTPOSTEN, er å vise at så ikke er tilfelle, og å arbeide for lettere å kunne hente vann fra kildene når det har vanskelig for å gro i grasrota. Til dels er det vel kildenes forvaltere som bør ha plikt til å vanne når så synes påkrevet.

Dette ønsket lå også bak vår bønn til den nye helsedirektør i tidligere nummer av UTPOSTEN.

Det er derfor med glede vi nå kan berette at to av UTPOSTEN's redaktører ble innkalt til hoffet, til et møte med helsedirektøren og fylkeslegene. Vi ble dus med helsedirektøren og de andre adelige. Ved siden av å treffe fylkessosionomene, fikk vi se fylkeshelsesøstrene i bukett, vi fikk se fylkespsykiatrene i øynene, og vi fikk se Helsedirektoratets underskrivende i persona. Vi fikk også fravrisetet helsedirektøren en løvehistorie som er gjengitt på et annet sted i dette nummer. På programmet stod en diskusjon om samarbeidet mellom den lokale helsetjeneste, fylkeslegekontoret og Helsedirektoratet. Innledere var fylkeslege Tor Heide, distriktslegene Per Wium og Harald Siem.

Generelt ble det pekt på at det offentlige helsevesen må oppfatte seg som en enhet. Det er sterkt ønskelig at både Helsedirektoratet og fylkeslegekontoret ikke ensidig arbeider som et forvaltningsorgan for de forskjellige lover innen helsevesenet, men også som et serviceorgan for den lokale

helsetjeneste når det var behov for faglig støtte og råd i det perifere arbeidet. I motsetning til statssekretær Høybråtens utsagn om at man burde kunne nedlegge Helsedirektoratet, fremholdt vi sterkt ønskeligheten av at Helsedirektoratet blir styrket på en måte som gjør dem bedre i stand til å bli rådgivende, og lettere kan distribuere aktuell informasjon.

Det ble svart at Helsedirektoratet arbeider med å utgi Meddelelsesbladet hyppigere enn hittil er tilfelle. Det var enighet om at målet som er best mulig og mest mulig likeverdig helsetjeneste i hele landet, best kan nås ved en toveiskommunikasjon mellom Helsedirektoratet, fylkeslegene og distriktslegene. Ønskeligheten ved møter på fylkesplan mellom fylkeslegekontor og den lokale helsetjeneste ble understreket. Det ble påpekt at man her ikke nødvendigvis krever noe imponerende faglig program, det viktigste er kommunikasjonen som vil foregå på et slikt møte. Det er en oppgave å røke ut flest mulig distriktsleger til å delta på slike møter. Det ble også understreket at det er nødvendig for fylkeslegen å føle ansvar for nylttsatte distriktsleger, spesielt de som tidligere ikke har arbeidet som distriktslege. Disse burde aktivt oppsøkes av fylkeslegene. Det ble opplyst at "kokeboka", en praktisk veileder for distriktsleger, som har ligget i Helsedirektoratet noen år, nå snart vil bli trykket i ajourført stand og distribuert.

På tross av noen knehøner som ble satt av Per Wium og enkelte kanskje forsiktig innpakke skrekkehistorier fra svikt i samarbeidet, fikk møtet en rolig karakter med

## UTPOSTEN

### Redaksjon:

Harald Siem  
Per Wium  
Tore Rud

### Adresse:

6420 Aukra  
Tlf. Aukra 17  
Postgiro:  
34 78 23

### Abonnement:

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

### Utkommer med

ca. 8 nr. pr. år

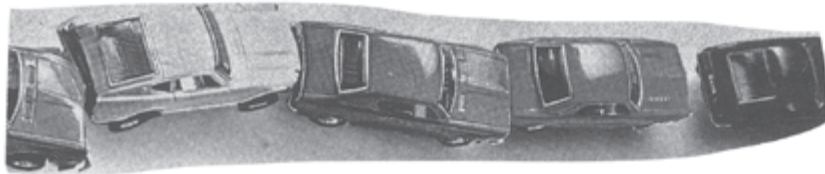
### Trykk:

ST-TRYKK A.s/Orkla-Trykk A.s,  
7300 Orkanger

sømmelig utveksling av argumenter. Fra benkene hørte vi til og med noen som mente at innleiderne ikke hatt vært provoserende nok, men på den annen side fikk man inntrykk av at alle som hadde innlegg, var like klar over at svikt og svakheter foreligger i alle ledd. Vi er taknemlige for å ha vært med på en slik diskusjon, og håper den har gjort deltagerne mer sensitive for samarbeidsproblematikk.

Per Wium og Harald Siem.





Glør Halvorsen:

## Blinkende, blått varsellys

### Merking av legebiler i utrykning

Jeg henviser til mitt brev til fylkeslegen av 18.8.72 foreløpig ubesvaret. I UTPOSTEN nr. 7 - 1972 tar distriktslege Leif Tormod Hansen opp samme saken. Er det ikke mulig for fylkeslegene å få omgjort bestem- melsene for bruk av varsel- lys på legebiler? Veterinæ- rene har jo sitt hvite kors på svart bunn, kan leger få noe lignende? Vi kjører jo ganske almindelige biler, og de fleste av oss har sett såpass mange skadede og så- pass mange drepte på eller ved våre veier at vi til daglig kjører "pent". Men en og annen gang må vi kjøre på mer enn fart, vei og føre tillater. For mitt vedkom- mende har dette skjedd fire ganger sommeren -72. Om igjen og om igjen har jeg erfart hvordan andre trafik- kanter som kjenner meg og min bil, omgående gir plass når jeg kjører fort. Har jeg tilfeldigvis legefrakk på meg, gir også andre nok- så fort plass. Men så har vi også de bilister som be- trakter meg som en fordømt råkjerer, de holder 80 km/ time og vil absolutt ikke slippe forbi "den tusselad- den av en råkjerer som kom- mer bakfra med litt større fart! Veiene i Rindal inn- byr de fleste stedene ikke engang til å kjøre 80 km/ time - foreløpig. Enda verre er de som kjører med ca. 70 km/time, enkelte ganger lang- sommere, og som plutselig øker farten når de blir inn- tentet. Akkurat dette skjed- de ved en ulykke da jeg må- te frem til et barn på 7 år som var blitt påkjørt med kraniefractur og blottet du- ra interna. I de aller fleste tilfeller utover i distriktene er jo legen hos den syke eller skadede lenge før ambulanse

eller sykevogn når frem. Sta- tens Veivesen sitter vel i Oslo-gryta og hører ambulans- sevoggenes sirener, uten å ane noe om hvordan det hele foregår i landdistriktene. Det er vi profane landsens leger som må yte førstehjel- pen, ikke ambulanspersonel- let. Svært ofte har jo ikke almindelige folk en gang greie på å ringe etter ambu- lansen eller sykevogn, det hender slett ikke så skjel- den vi til vår overraskelse får vite at personell som har vogn med lovlig blått blinklys ikke er varslet. Ta bare ulykken på selve julaft- ten i år. Først måtte jeg få pasienten ned fra en stol og ned på gulvet for å få sjokk- virkningene litt minsket. Derneft måtte jeg i all hast konstantere alvorlige intra- abdominelle skader. Så måtte jeg få rekvirert ambulansen som kom etter vel en halv ti- me. Først i ventetiden før ambulansen kom, fikk jeg tid til blant annet å verifisere sjokkdiagnosen - blodtrykket var 70/50, så fikk jeg tid til å vurdere nøyere hva slags abdominalska- der pasien- ten hadde. Pasienten var så dårlig at jeg fulgte med i ambulansen, og det tok nesten halvannen time fra jeg fikk telefonvarslet før pasienten var på sykehuset. Ulykken skjedde midt i verste trafik- ken julaften. Veiene var nifst glatte, og det hadde vært til stor hjelp om en blinklampe kunne varsle ut- trykningskjøring. I dette tilfellet var det viktigere for meg å komme fort frem de 20 km jeg hadde å kjøre enn de 2 x 26 km ambulansen måtte kjøre. Jeg har vært innom et elek- troteknisk firma i Levanger som tilbyr en liten batteri- drevet lampe som er meget fiks. Den gav skarpt blinken-

de lys, og det var ikke noe problem å utstyre den med blått glass. Det ville heller ikke by på noen vanskelighe- ter i en fart å plassere den i egnet holder på biltaket, evt. i forbindelse med ski- stativ.

Fylkeslegene bør ta opp sa- ken med Veidirektoratet. Fyl- keslegene bør undersøke blant legene hvem som mener de har behov for å varsle utrykningskjøring. Tillatel- se til å bruke en slik lampe kunne kanskje gis av de res- pektive myndigheter etter anbefaling fra fylkeslegen. Misbruk kan til en viss grad forhindres ved at vi melder fra til politiet hver gang lampen har vært i bruk. Jeg pleier jo alltid å melde fra til lensmannen når jeg har kjørt i forreste laget - jeg har vel til og med plikt til det. Under hurtigkjøring er vi jo en potensiell trafikkl- fare både for andre og for oss selv. Enhver er jo seg selv nærmest. En blinkende utrykningslampe vil etter min mening øke sikkerheten fordi andre trafikkanter vil forstå vi trenger å komme fort frem, at vi ikke er rå- kjørersvin.

Glør Halvorsen  
distr.lege i Rindal





Bengt Lasse lund:

## Blinkende, blått varselllys

I den senere tid er det kommet til offentlighet referat av brev fra distriktsleger til Vegdirektoratet om montering av blått varsellys på sin bil under utrykning til særs dårlige pasienter. Distriktslegene i Gamvik og Nitedal kan vise til håndfaste eksempler på at de kunne hatt nytte av dette varselingshjelpemiddel. Myndighetenes innstilling til søknadene er klart negative. Da det subsidiært ble søkt om gult varsellys, var holdningen den samme. Dette er særdeles beklagelig og det burde være en oppgave for oss å ta denne saken opp med myndighetene på bred basis.

I Sør-Aurdal legedistrikt, Oppland hvor jeg selv holder til innførte jeg ordningen med blått varsellys på vakthavende leges bil for vel et år siden. Dette gjorde jeg, vel vitende om at det var ulovlig i følge vegtrafikkloven, fordi jeg ved egen erfaring har sett hva det kan ha å bety i en kritisk situasjon. Gjennom dette distrikt løper E 68 som er svært trafikkert i ferietiden, i helgene, og ellers spesielt ved høytidene, men også til daglig. Jeg har ganger vært utsatt for "kappkjøring" ilter lysblinking fra forbikjørende

fra forbikjørt medtrafikanter når jeg har hatt grunn til å komme forttere frem enn den øvrige ferdsel for å hjelpe en pasient. Etter en stunds opplagret irtasjon over dette, monterte jeg blålys. Etter det har utrykningskjøring gått som en lek i forhold til tidligere.

Vegdirektoratet angir at loven ikke åpner mulighet for private til å ha blått varsellys monterert. Loven er tydeligvis ikke lik for alle i dette land. Loven sier at det kun kan monteres på politiets biler, ambulanser og brannbiler. Som politiets biler er definert de biler

staten eier og som er registrert på et politikammer. Hva da med lensmannsetaten? Jo, lensmannen har kunne bekreftede at han ikke hadde lov til å benytte blålys, men han gjør det. Slik er det over det ganske land. Vegdirektoratet har selektive skylapper.

Et annet forhold. Hvam som helst kan gå og kjøpe en ambulansbil og få den utstyrt med så mange blålamper og sirener han bare vil. Han kan bruke den til handleturer hvis han vil. Vi kan også kjøpe ambulansbil til bruk ved utrykning i praksis. Burde man ikke da heller bruke litt fornuft og vurder dette problem?

Vegdirektoratet var redd konsekvensene. Det kan da ikke være noe problem. De fleste distrikter i landet i dag har en ordnet primærvakt på ettermiddag og kveld i hvert fall. Det skulle altså ikke være nødvendig med mer enn ett blålys til hvert distrikt, ikke det engang, for på de steder der det er legeambulansordning, faller behovet naturlig bort. Jeg vil tro at de leger som sitter ute i primærtjeneste er såpass ansvarsfulle at de burde kunne få lov å administrere bruken av blålampe på like linje med ambulansførere som kun trenger førerkort for bil for å bruke lampen. Det kunne settes opp klare retningslinjer for bruken av lampen, og det kunne appelleres til brukerne om å bruke den med fornuft, så ville ikke dette representere noen fare. Politioverbetjenten ved det lokale politikammer, (Vestoppland), har uttalt på et møte om ambulansetjeneste at han ikke kunne se noe motargument mot bruken av lampen for primærvaktleger, som er sterkt nok til å hindre bruken. At Vegdirektoratet avslø søknaden om bruk av gult lys, skal man vel bare være takknemlige for, denne lampen ville ikke på langt nær ha

den samme effekt, tror jeg. Det finnes mange trafikkanter som positivt ser lampen, men som allikevel ignorerer den. En gul lampe ville lett kunne forveksles med utdige vegvesen/jordbruks/televerks/lysverks/osv.-kjøretøyer. Det er vi ikke interessert i. Misforstå meg ikke, jeg mener ikke at vi skal markere at her kommer dokter'n, men jeg mener lampen som et alvorlig hjelpemiddel for å kunne komme en nødlidende hurtigst mulig til hjelp når det er skikkelig indikasjon for det.

En tanke man kan leke med, er den at det kunne bygges ferdige units på skistativliknende holdere, med blålys, sirene, radiotelefonantenne og skilt som markerer at det er legeutrykning, koplet til bilens sigaretttenner. Det ville kunne være et aktivum for vaktordningene å få en slik unit, da kunne man sikre seg at vakthavende lege kunne nås på mobiltelefon, og at han hadde muligheten for å markere seg når det var behov for hurtig kjøring. Den ville på grunn av sin enkle tilkopling til el-systemet i bilen lett kunne skiftes fra bil til bil etter som vaktten gikk på turnus.

Det kunne være artig å høre kollegers tanker om disse problemer. Her kommer vi til å bruke vårt blålys til vi blir nektet. Fjerne det gjør vi vel først når den norske lensmannsetat og private brannsjefbiler blir renset for blålys.

Bagn, 10. januar 1973.

Bengt Lasse Lund,  
Distriktslege.

**Blinkende, blått varsellys** (1973, nr. 2)  
Skulle distriktslegene ha lov til å bruke blått varsellys på sine private biler under utrykning til kritisk syke pasienter? Spørsmålet ble behørig og heftig drøftet i Utpostens spalter i 1972-73. Her gjengis to leserinnlegg fra 1973. Pro-argumentene er ført i pennen av distriktslegene Gløer Halvorsen og Bengt Lasse Lund.

Har du bruk for skyssbåt? (1973, nr. 2)

Dr. Torleiv Robberstad skriver lattervekkende og underfundig om behovet for båtskyss hos leger som virker ved fjord og kyst. Han presenterer et utvalg av fartøyer som kan egne seg til formålet – og ikke minst, hvordan man går frem for å skaffe til veie finansieringen.

Distriktslege T. Robberstad:

## HAR DU BRUK FOR SKYSSBÅT?

Til alle tider har folk ferdist langs kysten vår. Men dersom du går langt nok kjem du til ein fjord som er for lang til å gå rundt, for djup til å vasse gjennom og for kald til å sømje over. Og dei fleste distriktslegar i kystdistrikt har for lengst funne ut at det alltid bur einkvan på andre sida av alle fjordar.

Men kva side av fjorden folk no bur på, så finn dei seg ikkje i å døy med resignasjon. Dei vil gjerne spørja fagfolk til råds om annan utveg, enten fagmannen no er medisinmann, seidkjerring, gandkall jordmor eller distriktslege. Og dette er slett ikkje ein nytanke i vårt moderne forbrukarsamfunn, men resultatet av ei utvikling som ser ut til å ha byrja i førhistorisk tid.

På eit helleristingsfelt i Hjelmland er avbilda ein tynn mann og ei fyldig kvinne som sit overskrevs på ein stokk, og mannen held ei lang stong. Dette er den eldste kjende avbildinga av jordmorskyss her i landet. Og på eit nes i Meløy er nyleg funnen ei runeinnskrift, som er noko omstridd, men som truleg skal tolkast slik: Torleiv riste desse runer då seidmanns skysskarar var sjuke.

Desse funna stør oppunder teorien om at det alt i førkristen tid var eit system av distrikts-seidmenn langs kysten. Desse blei etter kvart sentralisert bort då Harald Hårfagre bygde sentraladministrasjonen så urimeleg sterkt ut. På Olav Trygvasons tid finn mes stort sett berre seidmenn att i fylkesadministrasjonane og desse var så bundne i rituellet byråkrati at dei ikkje kunne gjere effektiv motstand mot kristendomen og andre radikale nye behandlingsopplegg. Men ein rest av denne striden finn me enno i Rikstrygdeverket, som ikkje vil refundere for seiding utanom institusjonar som kjem innunder reglane i sjukehuslova.

Til alle tider har altså medisinsk personell tronge båtskyss men no meir enn før. Dette er ikkje alle offentlege instansar klar over, så nokre av våre kolleger slåst framleis om båtskyssen med mjølkespann og skuleungar. Så dersom du treng betre båtskyss lyt du fyrst få ein høveleg offentlig instans med på tanken. – dersom du ikkje har tenkt å betale båten sjølv.

Du er heilt avhengig av treskotelegrafan for å finne fram til beste båttypen. Fylkeslegen kan truleg gje deg eit vink om andre distrikt i fylket som nyleg har hatt skyssbåtproblematikk men vent deg ikkje meir av han. Elles får du leite og spørje deg fram. Helsedirektoratet kan ikkje hjelpe deg. Du lærte ikkje noko om dette på dokterskulen. Men 2-3 år etter eksamen er det kanhende du som får det avgjerande ordet om korleis ein skal bruke ein halvmillion kroner eller så til båtskyss.

Det er mange typar å velje mellom. Du kan få 28-30 fots cabincruiserar med doble hekkaggregat og barskåp med innebygd lys. Men dette er



høgtrimma finmekanikk som ikkje plar tåle langvarig hardkøyring utan protest. Så finn fyrst ut kor lang ventetida i praksis er for reserverdelar til motorar og drev. Elles kan du få ein 32 fots båt med 2 midtmonterte dieselmotorar og 24 knops fart for ca. 270 000. Eller du kan få ein 53 fots båt med 20 knops fart for 630 000. Du kan få mykje anna rart og, dersom du leitar.

Korleis ein finn pengar til kjøpet? Lån. Detaljar? Veit ikkje, men spør kommunen. Moderne utkantkommunar er utruleg flinke til å leite fram lånehøve.

Etter alt for lang tid er båten kontrahert, du er lei av å krangle med kommunen og flyttar bort, og ettermannen din får innvie nybåten. Då skal det søkjast om godkjenning av kilometerpris for båten. Dette skal (sjølv sagt) gjerast på fastsett skjema: "Søknad om samtykke til bruk av egen større motorbåt på tjenstereiser" (2 eks.), endå det ikkje er din men kommunens skyssbåt. Der er mange rubrikkar, så som løn til båtførar, til maskinist og til dekksmann, samt til "kull, petroleum og fett" men ikkje til avskrivning. Eg har sterk mistanke om at dette skjemaet blei fødd for ca. 90 år sidan, då distriktslegen drog 13 000 kroner opp or vadsekken og kjøpte seg eigen dampbåt samt hyrte 3 stk. mannskap å kr. 24,-/månad til denne.

Så sender du skjemaet frå deg, og det vandrar vidare til fylkeslege, fylkesmann, Helsedirektoratet og Løn- og Prisdepartementet. Overalt møter det sjølvsgagt båtvane folk som veit korleis det er å arbeide i eit værhardt kystdistrikt. Og nokre månader seinare kjem samtykket tilbake, med gjenpartar til trygdekontor, RTV og Riksrevisjonen 573. kontor. Samtykke for eit år, søk på nytt neste år.

Tap ikke motet, du kjøre, om du ikkje får godkjent den kilometertaksten du søkte om. Dess fortare ein skyssbåt går, dess meir får den å gjere, og då er det gode sjansar for at budsjettet vil balansere likevel, vel å merke dersom det er kort ventetid på reserverdelar. For nokre år sidan fortalte truverdige folk meg at ein fattig kystkommune under sterke tvil hadde nytta sine siste lånesjansar til å kjøpe ny skyssbåt. Men denne bar seg så godt økonomisk at fleire sær pent brukte skrivemaskiner blei overført frå skyssbåten til kommunehuset ved årsslutt. Det er heilt sant, men Riksrevisjonen har ikkje funne fram dit enno.

4150 Vikevåg, 4. februar 1973.  
Beste helsing,  
Torleiv Robberstad.

Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste – og det utviskede ansvar (1973, nr. 5)  
Her utfordrer Henrik Seyffarth statsfysikus Fredrik Mellbye. Det var friske debatter også i 1973.

## Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste – og det utviskede ansvar

Statsfysikus Fredrik Mellbye hadde en meget interessant artikkel i nr. 3 – 1973. Jeg siterer: "Et annet sett av årsaker til det store behov for ytelser ligger i at i vårt samfunn og i vår kultur – eller mangel på kultur – finnes en rekke sykdomsårsaker som alle erkjenner, men som ingen vil gjøre noe effektivt med. Samfunnet sit-ter og ser på at disse årsaker som virker med stigende styrke, og kaster de medisinske konsekvenser av dem i fanget på helsepersonalet og i fanget på hver eneste lege som i dette land ikke har trukket seg helt tilbake til et vitenskapelig elfenbens-tårn."

Blant konkrete eksempler nevner han mangel på den mest elementære viten om hvordan menneskets kropp og sjel fungerer. Men så kommer det: "Har viten til å bekjempe langt effektivere enn vi gjør, – men samfunnet vil åpenbart ikke det, – og det er lite som tyder på at vi vil komme ut av den onde sirkel som til dels ligger bak det stadig økende behov for helsetjeneste."

Her må jeg få lov til å spørre statsfysikus: Hvem er samfunnet? Det er neppe de alminnelige mennesker. Jeg har i mange år holdt opplysningsarbeide om forskjellige belastningssykdommer, nervøs

anspenhet, arbeidsmåte osv. – og på alle steder synes det å være utbredt interesse blant alminnelige mennesker.

En slik interesse har jeg dog savnet hos dem som vakt skulle være, – f.eks. i Helseledelse, hvor statsfysikus Fredrik Mellbye var et fremtredende medlem i mange år. Eller på Universitetet, som skulle undervise våre leger. I begge tilfeller er det altså snakk om institusjoner som bemannes med leger, – og man må få lov til å spørre: Er det samfunnets skyld at medisinske studenter ikke får den mest elementære viten om hvorledes menneskets kropp og sjel fungerer? Er det ikke legene selv? Hvem er det som har mest ansvar, – enten det er Helseledelse eller Universitetet, kan jeg ikke uttale meg om. Men dette har jeg stor lyst til å vite. Jeg finner at det er feigt av Fredrik Mellbye å si at samfunnet åpenbart ikke vil det. Hele vår administrasjon kan ikke være bare en graut. Det må dog være noen som har ansvaret for utviklingen av medisinen på dette området.

Jeg håper Fredrik Mellbye vil være så snill å svare meg på disse spørsmål her i Utposten.

Vennlig hilsen  
Henrik Seyffarth

## SVAR:

Jeg tar gjerne opp Henrik Seyffarths hanske. Uten å gå inn på en detaljert debatt om hvem samfunnet er, mener jeg ganske bestemt at det verken er Helseledelse eller Universitetet eller forsåvidt noen annen bestemt institusjon, enn si enkelt person, og slett ikke Seyffarth eller Mellbye. Jeg oppfatter et demokratisk samfunn som en beslutningsprosess av særdeles komplisert natur hvor den enkelte person – men i relativt liten grad den enkelte institusjon – kan gi sitt beskjedne bidrag til det endelige resultat. Det er bare i de diktaturstyrte stater man muligens kan personifisere samfunnet.

Jeg kan meget vel forstå at Henrik Seyffarth er skuffet over at hans innsikt i og oppfatning på det spesielle område han særlig har interressert seg for, ikke er vunnet frem. Han er ikke alene om å befinne seg i en slik situasjon. Mitt inntrykk er at vi alle gjør det for de saker vi er særlig opptatt av. Etter den oppfatning jeg har dannet meg om det jeg kaller vårt samfunn, vil jeg avstå fra å legge den eventuelle skyld for dette på bestemte personer eller institusjoner. Vi får heller hevde våre synspunkter i skrift og tale med det forfengelige håp at våre synspunkter vinner frem på en eller annen måte. Når jeg da hevder at samfunnet sit-ter og ser på at enkelte forhold som jeg anser som uheldige, fortsatt får utfolde seg, er det fra min side ikke noe forsøk på å legge skylden på noen andre. Det er bare en konstatering av et faktum, og jeg vil – på samme måte som Henrik Seyffarth gjør – søke å yte min lille skjerv til at den prosess som jeg oppfatter samfunnet som, tar en fra mine synspunkter sett gunstig retning.

Jeg synes med andre ord at Seyffarth ikke bør lete med lys og lykte blant andre personer for å finne årsakene til at hans syn ikke er vunnet frem på en slik måte han gjerne ønsket. Det kan hende at årsaken er lettere tilgjengelig.

Fredrik Mellbye

**Astri Selmer-Olsen:**

# «Doktorfrua»

# på utpostene

«Doktorfrua» på utpostene (1973, nr. 7)  
Astrid Selmer-Olsen tar tingene på kornet, når hun setter ord på lokalbefolkningens forventninger til distriktslegens ektefelle. Et absolutt «must» å lese!

De fleste legefamilier har antagelig, før eller siden, vært gjennom følgende situasjon:

Familien kommer glade og forventningsfulle til et nytt distrikt, stedet hvor de i tiden framover skal arbeide, få nye omgangsvener og hvor familien skal trives.

Vel innenfor døren med kufferter, pakkasser, barnevogn eller hva det nå måtte være, kimer telefonen. Det er åpningsfanfaren til det liv som blir så ganske annerledes enn man egentlig tenkte seg den gang man lovet å dele "gode og onde dager."

Den hårdt tiltrengte, og av befolkningen etterlengtede doktormann, befinner seg med en gang nedlesset i arbeid. På utrolig kort tid får han anledning til å bli kjent med størstedelen av befolkningen, og - om han noensinne får tid til å tenke på det - vil han ha grunn til å føle at han er akseptert av menneskene på stedet, og at han gjør meget stor nytte for seg blandt dem. Skulle bare mangle! Det ligger jo i sakens natur!

Det samme er som oftest ikke tilfelle med legens kone. Etter en travel tid med utpakking og med å få evt. barn til å tilpasse seg de nye omgivelsene, får hun lyst til å finne ut hva dette nye, spennende livet går ut på. Nyttig føler hun seg nok. Ansvaret for barna hviler mye på henne alene. Huset skal stelles, og middagsmaten holdes varm og "nylaget" fra middagstid til midnatt for den alltid forsinkede ektemann. Telefonpass er også hennes jobb. Standardsvaret: "ta temperaturen og ring igjen", passer jo ikke både på evt. pneumonia og hæmorrhoider, men det er slike ting man lærer etter hvert.

snakker høyere og høyere. Litt ille tilmote går man inn. Hilser på samtlige. Frammeden beste stolen til doktorfrua, selvsagt. (Og vi som trodde det var "selvsagt" i riktig gamle dager, og ikke i vårt moderne likestilingssamfunn!) Man setter seg og oppdager --- stillhet! Strikkepinnene klirrer og går, annen lyd eksisterer ikke. Man klynger seg til emnet om været for - om mulig - å bryte den tause mulen. Noen få forsøker å være hyggelige, andre derimot blir rett så stramme i ansiktet. Man aner at hvert ord som blir sagt, blir veiet på en usynlig vekt. Som mennesker flest har også



Behovet for omgang og kontakt melder seg, og forsiktig nølende forsøker man å få innpass i den stedlige forening (fortrinnsvis av arten veldedighetsforening). Oh, gru! Hvem glemmer noen sinne det første møtetets sødme: Man er litt sent ute. På lang avstand hører man "the hens party". Det kakler og summer av kvinnestemmer. Alle i sin iver etter å bli hørt,

legefruer behov for kontakt. Derfor gjentar man gjerne ovenstående eksperiment noen ganger. Hvis man er heldig, kan man virkelig oppnå å få noen få, gode venner, samtids som avstanden overfor andre bare øker.

Hvis en legefrue skal ha håp om å trives på slike steder, må hun antagelig sette seg inn i problematikken, og selv takle situasjonen uten hjelp fra andre.

Noen generell oppskrift på framgangsmåten eksisterer ikke, men kanskje kan det være litt trøst og nytte for den enkelte å vite følgende:

Forhold fra "de kondisjonertes tidsalder", eksisterer fremdeles enkelte steder. Når man kommer til et nytt distrikt i utkantstrøk, må man derfor regne med å bli satt på en pidestall. Helt bortkastet å bli innbilsk av den grunn! Årsaken er bare en gammeldags, inngrodd respekt for medisinnmannen og alt hans vesen!

Ja, så inngrodd kan dette være at noen av stedets fastboende synes at "doktorfrua" ser ut som et vanlig snilt og hyggelig menneske som det ville være hyggelig å bli mer kjent med, så våger man bare ikke å ta et slikt initiativ. Risken for en harddom fra noen av stedets med-søstre, - lett krydret med misunnelse (?), er tilstede. Janteloven eksisterer i små samfunn!

Hvilke forventninger stiller egentlig den stedlige befolkning til distriktslegens kone? Bortsett fra at de av og til venter at hun skal være "klok kone" som kan ordne opp rent medisinsk når mannen ikke er tilstede, så venter de nok noe mer på det rent menneskelige plan. Noen steder ventes at hun skal kaste seg ut i alt foreningsarbeid, og helst være formann i samtlige foreninger. Andre steder er det motsatt: Foreningsarbeidet har de alltid greid opp med selv, her skal ikke tilføres noe nytt fra utenverdenen.

Allikevel forventes nok frivillig innsats på det sosiale plan. Hvor man her skal sette inn sine krefter, må bli opp til den enkelte, alt etter evner og anlegg. Om man tar initiativet og forsøker å hjelpe til med å dekke iøynefallende behov når det f.eks. gjelder felles barneparkering, ungdomsarbeid, studiegrupper o.l., vil dette sikkert bli hilst velkommen. Men viktig er det nok å huske at man må opptre neutralt og vennlig overfor alle, og framfor alt vise toleranse for de allerede bestående ting.

Har man ikke overskudd og krefter til å være så voldsomt aktiv, har det allikevel sin betydning at man er utadvendt og vennlig mot alle. Begynn med å bryte ned den usynlige muren ved først å snakke med barna på stedet

og med de gamle, så følger kontakten med de andre aldersgruppene også.

De fleste distriktsleger blir ikke boende lenge i et distrikt. Årsaken til at de er så lite stasjonære ligger nok delvis i at kona ikke finner seg tilrette. Det hjelper lite å bygge gode boliger og ellers legge alt, materielt sett, vel tilrette for en distriktslege og hans familie, om ikke miljøet på stedet er slik at man trives med det.

Dette problemet kan ikke løses på annen måte enn ved å ta spørsmålet opp med folk på stedet. Kunsten er å benytte sjansen til det akkurat i det øyeblikk den byr

seg. En sak har alltid to sider, og selvom vi kanskje aner den annen parts innstilling, så må vi, om det skal føre til noe, være villige til å snakke ut med dem om vårt syn på det hele. Først da kan det bli godt å være "doktorfrua" på utposten.

Astrid Selmer-Olsen

UTPOSTEN takker for innlegget og stiller sine spalter åpne for andre "doktorfruer" som har noe på hjertet.

Red.

## Helsesøstrenes lønnsforhold

Fra "Helsesøsteren", organ for landsgruppen av helsesøstre, trekker vi frem artikkelen om vanskeligheter i samarbeidet, og dette hemmer gruppen av helsesøstre når de nå skal prøve å bedre lønns- og arbeidsvilkårene. Det ser altså ut som om distriktsleger og helsesøstre har samme problemer på dette området, i alle fall når det gjelder å stå sammen for å bedre arbeidsvilkårene. Lønnsforholdene har Den norske legeforening tatt seg meget godt av, og det skal vi være takknemlige for. Men når helsesøstrene nå skal prøve å få hevet sine lønninger opp til et akseptabelt nivå, vil de sikkert møte vanskeligheter

ter på grunn av at de er en relativt liten gruppe. Jeg håper Legeforeningen og de enkelte leger vil støtte helsesøstrene i dette arbeidet. Kløften blir jo markant og uttalt etter hvert som hjemmesykepleierne kommer i arbeid, og hvor det viser seg at sjefen for hjemmesykepleien i kommunen vil ha høyere lønn enn helsesøster. Med dette mener jeg ikke å senke lønnen for hjemmesykepleiesjefen, men helsesøstrene må få en skikkelig betaling som den krumtappen hun er i den primære helse-tjeneste. Dette ville også sikkert kunne bedre på rekutteringen og den primære helsetjeneste vil ha stor fordel av dette.



KRUMTAPPER ER VIKTIGE OG SKAL VÆRE DYRE.....



## Trygdesjefens seier over fornuften



Søkeren er langsom og svært lite tress - er psykisk på linje med barn. Fysikken er voldsom, i omfang og vekst langt over hva kalles normalen.

Gangen er ynkelig, er ustø og treg, så kun med besvær hun seg røre. Ryggen er skrøpelig, det verker i ben, så neppe for brann hun kan løpe.

Å bøye seg, sitte på huk eller stå - med så mange fysiske plager - kaste, banke samt heve seg på tå - slett intet av dette hun klarer.

Ferdighet i fingre er så som så, vel kan hun stoppe en strømpe med "kaliber 16" i nål og tråd og kanskje en buksebak bøte.

Litt mat kan hun lage - middag til to - og koppene vaske i blandt samt tørke litt støv av reol og bord og kanskje en rammekant.

Golvvask og annet som krever litt kraft, er slikt hun ikke formår, så snart hun skal prøve å bruke litt makt, det verker og murrer så sårt.

Tilstanden er varig - blir verre etter hvert. Behandlingen helst brakt til opphør. Så langt som vi kjenner vår søker her - på det nærmeste helt er hun ufør.

Aldri en husmor i sådan tilstand noe stort av betydning utfører. La derfor skje fyldest i lovens navn: La armingen få hva hun ønsker.

Dette er en innstilling til en søknad om uføretrygd. Innstillingen ble oversendt Fylkesnemda, men om søknaden ble innvilget vet man ikke.

## RTV KAN OGSÅ BLI BEDRE

Jeg tillater meg å påpeke rutinen med søknader til folketrygden hvor legen gjør mye arbeide i og med at han fyller ut legeerklæring. Han gir da direkte eller indirekte sin mening til kjenne om hvor vidt vedkommende er berettiget til støtte eller ei. Gjennom trygdekantoret går saken til fylkesnemda som tar sin avgjørelse, men legen som har skrevet legeerklæringen hører ikke et pip om hvordan saken har gått med mindre han på eget initiativ oppsøker fylkesnemda eller trygdekantoret. Han vet desuten ikke når saken blir avgjort og har derfor vanskelig for å komme i kontakt med selve avgjørelsen og begrunnelsen for denne. Så vidt jeg har fått opplyst blir avgjørelsen i form av en orientering om hvor mye kontanter vedkommende søker får sendt til søkeren. Det blir lagt et ark inn i sakspapirene, ligningskontoret og sosialkontoret får sitt og Rikstrygdeverket skal også ha en kopi. Det er meg litt uforståelig hvorfor ikke legen som utfyller legeerklæringen får kopi av for det første begrunnelsen for et eventuelt avslag og dernest størrelsen på stønaden.

Trygdesjefens seier over fornuften (1973, nr. 7)  
Også på 70-tallet sukket legene over tung saksgang i trygdesystemet. Her kan vi lese noe så originalt som en lyrisk søknad om uføretrygd - oversendt Fylkesnemda. Hvem forfatteren er, vites ikke - ei heller utfallet av saken.

# Den gamle distriktslegens jolekveld

Ein legende, restaurert av Torleiv Robberstad

Det var jolekveld i Avdalen, det vesle distriktet langt frå byen. Den korte dagen var forlenget blitt borte i grå snøsnyer, og den gamle distriktslegen var på veg heim frå sjukebesøk i den gamle Volvoen sin.

Den gamle distriktslegen kom forbi den vesle raude stova å svingen nedmed elva, og måtte tenkje på vesle Anne som budde der ein gong for så lenge sidan. Mang ein gong før i tida hadde han behandla vesle Anne for bronkitt, ofte seint på kvelden. Og ofte hadde vesle Anne etterpå lagt dei so runde armane kring halsen hans, sett på han med dei alvorlege grå augene sine, og sagt: "Takk, onkel doktor. Eg skal bli distriktslege og hjelpe deg når eg blir stor".

Den gamle distriktslegen måtte smile når han mintest dette. Men Anne og den gamle mor hennes hadde fått fråflyttingstilskot for mange år sidan, og flytta til byen. Og sidan hadde han aldri høyrte noko meir om dei. Men det hadde vore ei flink jente, ho hadde evner i seg til å bli både spesialist og forskar og meir til. Den gamle distriktslegen sukka tungt. Ja, ja. No såg han taket heime. Men enno hadde han eitpar timars arbeid att før han kunne gå kring joletreet med familien sin.

Vaktordning trong han slett ikkje tenkje på. For grannedistriktslegen, kollega Sjue i Breivik, hadde alltid meint at slikt var noko nymotens tull: ein distriktslege skulle ta det fullstendige ansvaret for distriktet sitt. Men Sjue var nyleg død.

Den gamle distriktslegen svinga opp framfor huset, men der var det kome folk til gards: ein raud Mercedes med Oslo-skilter. Byfolk med virus-sjukdom, sukka han for seg sjølv. Han visste av lang erfaring at då var han sikra arbeid med febersjuka barn resten av den jolehelga.

Den gamle distriktslegen steig inn gjennom døra. Men kva var dette? Der kom ei ung kvinne mot han i gangen, og ho la armane kring halsen hans og sa: "Eg kom tilbake, onkel doktor, slik eg lova deg. No er eg blitt distriktslege i Breivik, og no skal me ha vaktordning saman. Og eg skal hjelpe deg med helsestasjonsplanen." Den gamle distriktslegen såg undrande på henne. Men dei alvorlege grå augene hennes vekte minne frå gamle dagar. "Nei, meiner eg ikkje det er deg, Anne", sa han glad. Bak henne kom ein smilande ung mann, og ho sa: "Du må helse på mannen min. Han er blitt likningssekretær i Breivik, og no kan han skrive sjølvmeldinga for oss begge".

Den gamle distriktslegekona sto attmed og var så glad: "Og Anne har alt sett på sju pasientar her, mens me venta på deg". "Naturligvis", sa Anne, "for i denne jolehelga skal eg ta vakta, så får du heilt fri".

Den gamle distriktslegen låg vaken seinare på natta, vel preparert med lutefisk og Doctor's Special. Telefonen hadde nett ringt om ei kvinne med gallesmerter, - ho hadde vel forsynt seg for godt av jolematen. Men ektemannen hadde vore rørende glad for at den gamle distriktslegen endeleg hadde fått vaktordning, "for me hentar så

gjerne lege frå Breivik når du synes du treng å ha fri", hadde han sagt. Langt borte høyrde den gamle distriktslegen eit helikopter blafre i den stille jolenatta, og han smilte for seg sjølv. Mens han glei inn i søvnen, tenkte han: "Til våren reiser eg på Gausdalkurset".

#### Merknader:

Denne legenden høyrer til den store sykklusen med bergtakingsmotiv, og har truleg opphavet sitt i eldgamle overleveringar, frå før Sunnhetsloven av 1860. Motivet fins i ei mengd Medisinalberetningar, frå ulike tider og frå størstedelen av landet, og botnar visseleg i sterke munnlege tradisjonar. Det inverterte kjønnsrollemønsteret tyder på nyare tillegg: sterk prins/ung prinsesse er her blitt til ung kvinne/gamal distriktslege.

Bak legenden ligg eit vart straumdrag av idealisering og populisme. Den unge legen fylgjer sine barndoms draumar og blir distriktslege, trass i Mercedes og evner til å bli forskar og meir til. Pasienten set distriktslegens fritid over alt anna. Men me finn også meir overnaturlige detaljar: grannedistriktslegen var nyleg død, men her var det ikkje lange vakansen før det kom ein ny. Det heilage talet sju har magisk symbolikk. Sju heitte han som var med på å trollebinde den gamle distriktslegen, og sju konsultasjonar trengs for å løyse fortrolinga, slik at han endeleg kunne rive seg fri.

Den gamle distriktslegens jolekveld (1976, nr. 8)  
Dr. Torleiv Robberstad var en flott leverandør av innlegg og essays. Han skrev med kløkt og vidd om en rekke temaer av så vel faglig som kulturell art. Her om distriktslegen som på julekvelden endelig kunne rive seg fri fra tjenestens tarv.

Eksemplar nr. 40 (1977, nr. 1)  
I en lederartikkel i 1977 forkynder redaktørene Utpostens oppdrag: Å si fra! De legger ikke skul på at de har et horn i siden på andre tidsskrifter, idet de tar til orde for at Utposten fortsatt må være et frittalende og uhøytidelig medium – etter deres redaktørtid.

# UTPOSTEN

## STARTET 1972

Tegninger  
Kåre Bjørn Huse  
Abonnement:  
Kr. 50,- pr. år  
Studenter kr. 25,- pr. år

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

JANUAR 1977:

# UTPOSTEN kommer med eksemplar nr. 40!

GODT NYTT ÅR og rikets sunnhetstilstand og alminnelige hygieniske forbedringer og alt som viktig er for alle! – Jeg mener: Alt som smaker av høytid og store ord får være for en stund. Dårlig legebemannning i nabadistrikt har satt sitt preg på denne julen, og etter nærmest sammenhengende vakt i et halvt år finner jeg det på tide å se etter en ledig jobb annet sted.

Det er det man kaller exit. Exit, voice and loyalty. – Kjente slagord fra administrasjonsteorier. Når forholdene er lite tilfredsstillende, har en tre muligheter:

Exit = liste seg stille ut, forlate arenaen.  
Voice = si ifra, klage, foreslå forbedringer (jevnfør UTPOSTEN).

Loyalty = føye seg, syng allsang, si store ord, korpsånd.

"Vi i distriktshelsetjenesten!"

"Det offentlige legevesen er en etat med lange tradisjoner, bla-bla."

" – Jeg er stolt av mine distriktssleger....."

HAN FALT PÅ SIN POST.

Ulempen med exit er at det løser problemet for den enkelte, men distriktshelsetjenesten blir neppe bedre (tja-hvem vet?) hvis distriktsslegen sniker seg over i en mer karriere-, familie- og ulcusvennlig stilling. Lojalitet i en viss grad er jo nødvendig forutsetning

for at vi skal kunne fortsette vårt arbeid, men jeg nøler – jeg vil vise lojalitet når jeg får mer enn store ord tilbake. (Dette blir forhåpentligvis lest på fylkeslegekontoret, i helsedirektoratet og i sosialdepartementet).



UTPOSTENS oppgave er å fortsette å si fra. Snakke om tingene, peke på problemer, helst før det er blitt fastlåste konflikter. Helsedirektørens blad, SYNAPSE, som jo redigeres av helsedirektøren selv, kan vel neppe tjene som noen voice før vesentlige forand-

ringer er foretatt. Hvis det ikke kommer ut med et nytt nummer snart, kan det ikke tjene som noen ting i det hele tatt.

Tidsskrift for Den norske lægeforening har en seksjon for voice: avdeling for forenings- og standsinteresser. Men den redigeres jo av generalsekretæren. Han har som hovedoppgave å forsvare standens interesser. Så da skal man ikke være forbauset om debatten i hans spalter kan bli noe dempet.

Hva med oss selv? Tillitsverv og innflytelser, kommitéer og annet øker på, og de nåværende redaktører er snart så "etablerte", har så meget å forsvare av tidligere meninger og forsømsmelser (?) at de vanskelig kan skrike om seg. Det har for eksempel vært lite kritikk av OLL's styre i UTPOSTEN's spalter! Hvis medlemmenes aktive kritikk uteblir, risikerer foreninger å bli selskapsklubber.

Vi tror at UTPOSTEN bør fortsette som umiddelbart, uhøytidelig, alminnelig blad for distriktshelsetjenesten, men at vi selv etter hvert står i veien for det umiddelbare, uhøytidelige og alminnelige. Vi kommer til å fortsette med UTPOSTEN ut året 1977, men lyser samtidig ut:

REDAKTØRSTILLING I UTPOSTEN FRA 1978 (se egen annonse).

Og så gjenstår det da å ønske et godt, alminnelig, umiddelbart og uhøytidelig 1977 med 8 nye nummer av UTPOSTEN.

## Hvorfor vil så få bli distriktleger? (1977, nr. 1)

Spørsmålet stilles av dr. Bjørn Martin Aasen i åpent brev til sosialministeren i januar 1977, der han peker på distriktslegenes uholdbare arbeidstid: Han fremlegger et regnestykke fra eget distrikt, der det fremgår at den enkelte lege er bundet av sitt arbeid 12,6 timer hver eneste dag!  
– Ikke rart det var rekrutteringskrise.

### Åpent brev til Sosialministeren:

## Hvorfor vil så få bli distrikts- leger?

Jeg undres om Sosialministeren har stilt seg dette spørsmål? I så fall håper jeg Sosialministeren vil finne det formålstjenlig å svare på ovennevnte spørsmål.

Vi som sitter ute i distriktene, har den senere tid merket at det er blitt vanskeligere og vanskeligere å få søkere til distriktslegestillingene. Det er videre flere og flere stillinger som blir lyst ledige, og siste utlysning i 1976 omfattet ca. 35 ubesatte stillinger.

Hva som skjuler seg bak disse tallene, er i dag ingen annen forunt å ane enn de distriktslegene som sitter som vikarer i vakante stillinger.

For å belyse bare en liten del av problematikken, har vi i vårt distrikt utført en enkel arbeidstidsregistrering de siste 9 uker av 1976 (inkludert juleuken som har gitt legene noen kjærkomne fridager).

Arbeidsforholdene kan beskrives slik:

- 8000 mennesker,
- 3 leger ved to kontor,
- 3-delt vakt,
- 4 ukers venteliste for ikke-akutt syke pasienter.

Timetallene for distriktslegen så slik ut for uke 45-53 (6 hele fridager i julen er inkludert i utregningene):

Arbeidstimer	490 timer
Passiv vakt	302 "
Fritid	720 "
Sum 9 uker	1512 timer



Dersom man regner litt på dette, finner man at distriktslegen har ved 3-delt vakt (arbeidstid registrert over 3 vaktcykler) hatt en gjennomsnittlig arbeidsuke på 57,7 timer, eller gjennomsnittlig 7,8 timer arbeid hver eneste dag i de 9 ukene. Det tilføyes videre at en del av dette arbeidet er utført utenfor vanlig arbeidstid og i helgen.

Gjennomsnittlig passiv vakt pr. dag blir 4,8 timer, slik at distriktslegen i disse 9 uker har vært bundet av sitt arbeid 12,6 timer hver eneste dag.

Sett med distriktslegens fa-

milie sine øyne, så hadde distriktslegen gjennomsnittlig 11,6 fritimer pr. døgn de siste 9 uker i 1976. Hva dette betyr for distriktslegen og hans familie (for distriktslegen har også familie, Sosialminister!), kan vel alle tenke seg.

Hvordan forholdene er i mange andre distrikt hvor der er bare en eller to leger, kan med letthet utregnes.

Undres Sosialministeren fortsatt over hvorfor det er så få som vil bli distriktslege?

Eggesbønes, 19.01.77

Bjørn Martin Aasen



**Utposten 10 år – et historisk tilbakeblikk** (1982, nr. 4)  
Vi har sakset tre artikler fra Utpostens gullnummer som kom i forbindelse med 10-års jubileet. Redaktørene Aage Bjertnæs og Martin Holte ga her et historisk tilbakeblikk over Utpostens første 10 år samtidig som de beskriver tidens utfordringer. Stikkordene her er folkehelsearbeid og samhandling. Tankevekkende når vi står midt oppe i det samme i 2012. Per Fugelli og Berit Tveit stiller seg i køen av gratulanter ved jubileet og filosoferer over Utpostens rolle og over forholdet mellom sykehusmedisinere og allmenmedisinere.

# UTPOSTEN

STARTET 1972

Kr. 100,- pr. år  
Studenter og pensjonister kr. 25,- pr. år

Trykk:  
ST-TRYKK A/S  
7300 Orkanger

## Utposten 10 år — et historisk tilbakeblikk

Da Harald Siem, Per Wium og Tore Ruud tok initiativet til å starte Utposten i 1972, fikk norsk primærmedisin et talerør som kunne brukes og høres. Med ett ble primærleger i vårt vidstrakte land knyttet sammen med konturene av et fellesskap i den veven som etter hvert tok form.

Etterkrigstidens utvikling med ensidig sykehusbygging hadde ført til fullstendig stagnasjon i distrikthelsetjenesten. Praktiserende leger og distriktsleger satt oftest faglig og fagpolitisk isolert langt fra hverandre.

Utposten gav oss langsomt en følelse av fellesskap og nærhet til problemer og gleder vi kunne dele. Bladets uformelle tone uten krav om tungtveiende videnskap og litteraturhenvisninger, fikk primærlegens naturlige meddelelsesevne til å fungere. Leserinnlegg og artikler om store og små saker strømmet inn og bekreftet felles interesser og tankegods i den almenmedisinske hverdag.

Da vi overtok stafettpinnen i Januar 1978 var det ikke uten en viss skepsis. Ville det lykkes å flytte Utpostens redaksjon fra øyriket i Møre og Romsdal

til storbyen med dens problemer? Det har vært en spennende tid full av utfordringer som har gitt glede og inspirasjon.

Hva har skjedd i løpet av de 10 årene Utposten har skildret almenmedisinsk historie? Vi har vært vidne til en fremvoksende yrkes stolthet blant primærlegene. Vår husmannsrolle i norsk medisin er iferd med å forsvinne. Den almenpraktiserende lege fremstår som fagmann på sitt felt. Dette har først og fremst skjedd ved iherdig arbeid med videre- og etterutdanning tilrettelagt av våre regionale kurskomiteer og APLF. Mange kolleger har gjort et stort arbeid med å tilpasse det faglige innholdet vår praktiske hverdag. Almenpraktiker DNLF-tittelen gav oss en definert videreutdanning. Vi står nå ved terskelen til forhåpentlig i 1983 å få en fullverdig spesialistutdanning i almenmedisin.

Kravet om bedre arbeidsvilkår har ført til at man har fått opprettet stadig flere fastlønnsstillinger i distriktene for å sikre en nødvendig vaktfordeling. I byer og tettbebygde strøk praktiseres fortsatt nor-

maltariffen av de fleste. Verdien av denne har variert; med de nye kompensasjoner for praktiserende leger synes den de fleste steder å fungere bra.

I en tid hvor legeover-skuddet synes uunngåelig kan en stille spørsmål om systemets mere langsiktige verdi. Når legene blir mange, er faren for at et system som favoriserer den kurative medisin så sterkt, snarere vil skape en syketjeneste for mange, enn en helsetjeneste for alle. Den nye loven om distrikthelsetjenesten som i snart 20 år har vært etterlengtet og savnet skal snart settes ut i livet. Hvordan fordelingen i fremtiden blir mellom driftstilskott, egenandel og refusjonsdel fra trygdekasse, vil være avgjørende for graden av styring og utvikling av praksis.

For å unngå kaos og overkapasitet i primærhelsetjenesten er det på det nåværende tidspunkt riktig at en tilbyr en godt strukturert videreutdanning som i størrelsesomfang er tilpasset et riktig antall sluttstillinger. Her trengs det et godt samarbeid mellom myndighetene og Dnlf.

De kommende tiår synes å by på mange utfordringer

for vår voksende primærlegestand. Først og fremst må primærlegene gå mere aktivt med i de samarbeidende organer som planlegger våre bo- og arbeidsmiljøer.

Fra våre reseptorer i det pulserende liv har vi mange nyttige opplysninger som kan gis politikere og samfunnsplanleggere.

Kanskje kan dette virke inspirerende på å få frem sluttregningen når man fremstiller kostnader i samfunnet.

Hvor store er de totale kostnader når man nedlegger skipsverftet i lokal-samfunnet?

Hva lød regningen på da skolen ble nedlagt, eller gjennomføringen av kort-siktige besparelser i skoleverket, etter at kriminalomsorgen og sosialapparatet hadde betalt sin andel?

Hva er de årlige driftsutgifter for våre moderne bomaskiner rensset for naturlige sosiale kontaktpunkter og interpersonell glede.

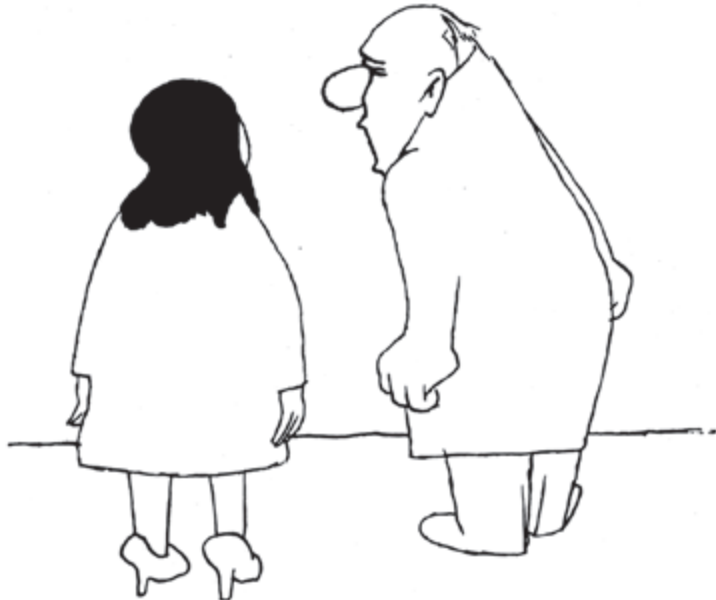
Det er ikke bare innskudd og husleie som stiger. Stedets primærleger og sosialetat registrerer også en stadig øking av hjelpebehov.

Fremtidens primærleger må bli bedre skolert til å se hvordan samfunnet og omgivelsene avspeiles som symptomgivende kriser i individet. Her hjelper vår viden fra våre klassiske universiteters sykdomspanorama og sykdomsmodeller lite. Innholdet av det medisinske studium må påny i støpeskjeen, revurderes kontinuerlig i takt med samfunnets behov.

Eldreomsorg, hvilket utfordrende felt!

Tiden løper fra oss om vi ikke snarlig får en bedre struktur på dette området. Det problemet som idag forstyrrer politikernes nattesøvn, vil om tjue år føre til kontinuerlig søvnløshet når vi har dobbelt så mange 75-åringer og 80-åringer som idag. I dagens situasjon bruker enorme sentral- og region-sykehus milliardbeløp. Samtidig angis fra enkelte

„Noch eine Widerrede von Ihnen, und ich überweise Sie an einen Spezialisten.“



hold at opptil 60% av pasientene er feilplassert og heller burde vært pleiet i sykehjem. Disse er igjen ofte fullstendig blokkert fordi hjemmesykepleien og distriktshelsetjenesten ikke fungerer på grunn av akutt pengemangel.

Her ligger en stor utfordring til morgendagens primærleger som sammen med hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere må medvirke til at de eldre får bo i sitt hjem så lenge som mulig. Til det kreves at primærlegene i langt større utstrekning må være villig til å ta hjemmebesøk til den mest trengende gruppe i vårt samfunn, de eldre.

Man hører ofte kravet om at det må satses mere på forebyggende medisin. Resultatene av forebyggen-de arbeid kaster som regel lite av seg på kort sikt. Rollen som observatør av utviklingen i samfunnet og hos det enkelte individ gjør at primærlegen kanskje er den som først øyner resultatene.

I dette ligger også store forskningsmessige utfordringer. Og her tangerer vi en foreløpig erkjent svakhet. Vi mangler viden. Basale facts og forskningsresultater trengs til den videre argumentasjon.

Våre institutter for almenmedisin har sammen med Den norske lægeforenings almenpraktikerstipend vært en viktig inspirasjonskilde for forskningslystne almenpraktikere.

Men vi trenger mere bredde, forskning fra hverdagen. Et Norsk selskap for almenmedisin vil kunne virke enzymatisk for store og små oppdagelsesreiser.

Det vil i sannhet ikke mangle på inspirerende oppgaver for fremtidens almenpraktiserende leger, eller Utpostens redaktører.

Aage Bjertnæs  
Martin Holte

Klipp fra Utpostens  
gullnummer 4/1982

## Fra tanke til handling i norsk almenmedisin

Av Per Fugelli

### To fødselsdagsvitser.

Når ungene mine har bursdagselskap passer jeg alltid på å fortelle en vits eller to. Litt for gjestenes fornøyelse håper jeg, men først og fremst til min egen, for de ler så godt når de er rundt om lo, og det er jo hyggelig. I håp om at det er med blader når de fyller år som med barn, forsøker jeg meg med to sannferdige medisinske skrøner nordfra, den ene har med helseøkonomi og den andre med helseopplysning å gjøre.

På Værøy gikk det mange historier om en distriktslege som jobbet der i mellomkrigstiden, og alle handlet om hvor grådig etter penger denne doktoren var. En gang kom en fisker til doktorgården om kvelden og klaget over tannpine. Doktoren visste råd, gikk inn i sitt apotek og tilberedte et hvitt pulver, aspirin etter sigende, som pasienten fikk i en pose mot å erlegge kr. 2,75. Fiskeren takket og gikk, men var bare kommet 50-60 meter ned i veien da døren til legekontoret fløy opp og doktoren kom opp på trappen og hojet og skrek at han måtte stoppe. Fiskeren stanset og doktoren kom løpende, pustende og pesende, i stor opphisselse, og fortalte at han hadde tatt feil medisin, - han hadde fått arsenikkpulver i stedet for aspirin.

" - Ka forskjællen ér?" undret fiskeren.  
"Forskjællen", - ropte doktoren, - "forskjællen er 3 kroner og femti øre".

Nå, fra Lofoten skal vi som vanen er på denne årstid dra nordover til sommerfiske på Finnmarka. Vi runder Nordkapp, stevner inn Porsangerfjorden, når frem til Lakselv og tar inn på stedet Gjestgiveri. Her, for ikke helt å glemme duften av den store verden og det søte liv, skeiet vi ut med

å spise søndagsmiddag en gang i mellom mens jeg arbeidet i distriktet fra 1977-1980.

En søndag kom kelneren haltende, trekkende på sitt venstre ben, ryggen var tilstivnet og ansiktet bar preg av lidelse, - han slepte seg frem til vårt bord og ga oss spisekartet med et tappert bukk. Jeg spurte medfølende: "Har de ischias?", - hvortil han svarte beklagende: "Nei, - men vi har en utmerket chateaubriand".

### UTPOSTENS VERDI

Jeg vet ikke hvor morsomt dette ble, men vitsene er ikke bortkastet, de kan tjene som innfallsport til en omtale av de almenmedisinske verdier Utposten har forvaltet gjennom sine lo år.

Humor er noe av det jeg har satt størst pris på med bladet. Skiftende redaksjoner har sørget for å ta vare på den treffende illustrasjon, den burleske billedtekst, den sarkastiske replikk. Det har vært en godartet humor, like gjerne rettet mot en selv som mot andre. Robberstads dikt og distriktsnissens brev kan stå som foreløpige minnestøtter (støtter for minnet) over denne del av Utpostens særpreg.

### Hverdagslig tone.

Humoren har vært med på å bygge opp bladets andre styrke, - uhøytideligheten. Utposten er blitt vårt hverdagsblad. Her kan vi pludre med hverandre om små og store ting uten å stille alt for strenge krav til form og innhold. Terskelen er lav i Utposten, og derfor har dette bladet maktet å få frem enkle, jordnære emner, viktige for faget, men ikke "fine" nok til å tas opp i mer vitenskapelige tidsskrifter. Ved sitt alminnelige- og ufarliggjorte preg har bladet stimulert kolleger til skriving og engasjement som ellers ville forholdt seg tause - til armod for debatten og skade for faget. Denne upretensiøse tone har også gjort Utposten til et publikasjonsorgan for små, enkle primærmedisinske utredningsarbeider og slik hjulpet forskere til å ta det første, famlende skritt på en spennende løpebane.

### Forsonende, sammenbindende virkning.

Nettopp ved å skape et genuint almenmedisinsk forum for debatt og fagutvikling har Utposten kommet til å bety mye for den identitets- og solidaritetsfølelse som er bygget opp i norsk primærmedisin det siste decennium.

Ikke så å forstå at her har hersket betenkelig enighet. Tvert om har det



i Utpostens spalter vært harde, om enn ikke blod - så blekkspjutende kriger om stykkpris mot fastlønn, om etableringslov, om adgang til å få danne lokalforeninger av almenpraktikere osv. Men diskusjonen har hele tide vært preget av den toleranse som følger av at partene, tross ulike meninger om midlene, har et felles mål - en helsetjeneste bygget på almenpraktikeren som kjerne.

Ikke minst i de senere tider med tendens til unødige polarisering og skyttergravsmentalitet etter helsetpolitiske og næringspolitiske skiller, kan Utposten stå som et forbilde med sin romslige åpenhet og sin satsing på følgende hovedprinsipp:

Det går utmerket godt an å drive fullverdig almenpraksis og samfunnsmedisinsk arbeid etter stykkprissystemet som etter fastlønnsordning, som enelege eller i gruppe, som distriktslege i kombinert stilling eller som selvstendig næringsdrivende. Det er smålig og tåpelig av ulike primærlegegrupper å mistro hverandres hensikter og evner. I stedet for å sløse bort krefter på innbyrdes strid bør vi samles om den store og krevende oppgave det er å foredle det felles gods av erfaringer og kunnskaper og ferdigheter som utgjør det almenmedisinske fag, hva enten det praktiseres av en høyremann eller av sosialist.

#### Almenmedisinsk fagutvikling.

I dette ærend har Utposten gjort en fremragende jobb. Ikke minst viktig har bladet vært ved å sikre det faglige utviklingsarbeid ankerfeste i praksis. Institutter, forskere og lærere står stadig i fare for å bli hverdagsfjerne og dermed urealistiske i sine emnevalg og anbefalinger. Vi trenger noen som kan holde oss på jorden når tankeflukten går for høyt.

I så henseende har Utposten vært et nyttig bindeledd mellom akademi og grasrot i norsk almenmedisin. Også på en annen måte har Utposten vært et nødvendig korrektiv.

Dere vet almenmedisinen kan lett bli forferdelig almen.

Så almen at pasienten og fagets kliniske kjerne skjules av lag på lag med helsetjenesteforskning, medisinsk sosiologi, samfunnsmedisin og meget annet som viktig og bra er, men som bør være biting og ikke hovedsaker i almenmedisinsk forskning og undervisning. Utposten har vært en garatist for pasientene og det kliniske arbeid i dette spill av kryssende interesser.

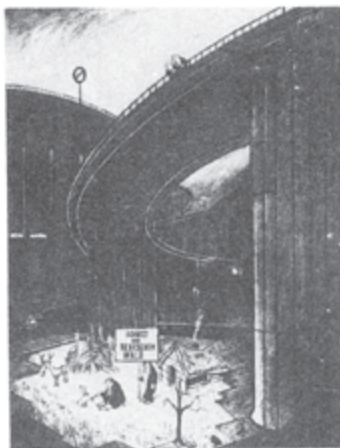
Westin og Østensen's interessante serie med pasienthåndteringsproblemer er et godt eksempel på hvordan Utposten har lagt prisverdig vekt på et område mange av oss andre har forsoømt, - den konkrete almenmedisinske klinikk.

#### ALMENMEDISIN I 80- ÅRENE

Så til del 2 av min bestilling. Redaksjonen har beordret noen gyldne jubileumstanke om norsk almenmedisin i fortid, nåtid og fremtid. Frykt ikke - jeg skal være kort, - for jeg er lei av å tenke og vil heller handle. Det mener jeg faget vårt også bør gjøre.

1970 årene var ideenes loår for norsk almenmedisin. Vi fant oss selv og slo på store trommer og blåste i basunene og bar bud om vår storartethet.

Det var som en oppbyggelse og den var nødvendig. Men etter vekkelsen kommer virkeligheten og troen forsvinner hvis vi ikke fyller



ordene med håndgripelig og målbart innhold. Derfor bør 1980-årene bli handlingsens 10-år for norsk almenmedisin.

Vi må forstå, og dette gjelder meg like meget, kan hende mer enn dere, for jeg har vært blant de gammeltestamentlige profeter - vi må begripe at religionskriger hører andre århundrer til. Tiden har modnet forbi tro og evige sannheter. I mange år, så mange at det nå lyder som et hult ekko, har vi slått oss på vårt bryst og påstått oss å forvalte enestående verdier: kontinuitet, helhetssyn, medmennekelighet, kjennskap til pasientens personlige legning, kjennskap til pasientens nærmiljø og alt annet som gjøvt og godt er. Det holder ikke lenger. Vi blir neppe tatt på alvor hvis vi ikke kan godtgjøre det vi alle føler, nemlig at det er målbart og beviselig innhold bak de store ord.

Altså, almenmedisin kan ikke, og jeg vil si bør ikke, overleve i det lange løp med en slags indirekte identitet, definert som forskjeller fra noe annet in casu spesialmedisinen. Vi må lage en original av almenmedisinen til erstatning for den nåværende reproduksjon bestående av uklare spesialmedisinske kontrapunkter. Vi må gå inn i vårt fag, hente ut deler av det, foredle verdiene, klargjøre feilene og slik gjennomførelig arbeid bygge et ekte bilde av hvem vi er og hva vi står for. Bare på den måten, tror jeg, kan vi få og forsvare den plass vi bør ha i helsetjenesten.

Det faglige klargjøringsarbeid bør først og fremst ta for seg den almenmedisinske klinikk. Vi vet at 90% av pasientene som søker lege her i landet tas hånd om av primærlegene og av oss alene. Det gir seg selv at dette store flertall av sykdommer som stopper opp i første linje bare kan utforskes der. Vi er en egen verden, er vårt omkved, forskjellig fra sykehusmedisin, med våre egne sykdommer og behandlingsformer.



# Flue på sykehusveggen

Kjære Utposten!

Gratulerer med tiårsdagen! Jeg håper det blir en hyggelig dag, kanskje med selskap?

Det er også på tide med en helsekontroll, selv etter Siems strenge kriterier. Mange er skikket for oppgaven, for de har et Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende forhold til både almenmedisinen og Utposten. Jeg er en av dem. I tillegg til at andre ser på "resten", velger jeg å følge Koksviks metode for "Helsjekk, doktor!" og konsentrere meg om en sak som synes å gi den ellers høyst levende kontrollandplager: Familieanamnesen, nærmere bestemt forholdet til våre fettere og kusiner i sykehusmedisinen.

Forholdet er ambivalent. Jeg har ofte følt meg dum sammen med sykehusleger. De omgås med faguttrykk så lett og presist, vet hvor de har lest hva og forteller det gjerne. Samtidig ser de av og til på meg med noe som ligner svært nostalgisk beundring.

På grunn av det infernalske påfunn fra diverse komiteer om tidsbegrenset almenpraktikertittel, ble jeg nødt til å søke nærmere kontakt med slekta. Jeg stilte med angst og skepsis:

Hva er egentlig så viktig med sykehustjeneste siden "alle" mener at det hører med?

Tjeneste som ass.lege ga ikke noe svar. Ukjente former for rutinearbeid tok overskuddet. Først den siste måneden begynte faget selv å bli spennende og jeg lånte tykke bøker. Nyttig lærdom fikk jeg, men var det verd alle timene med journaler, vakter osv.?

Jeg var ikke alene om å være usikker på svaret. På ekte medisinsk vis ble det gjort forsøk med en ny terapiform: Strukturert sykehustjeneste. Anført av Kjell Johansen foretok noen Vestlands-

## Av Berit Tveit

leger ekskursjoner til sykehusavdelinger. I to arbeidsuker av gangen vandret vi i de hellige haller, fri for rutinearbeid og ansvar, men med plikt til å holde øynene åpne. Vi lærte endel om fagene, og at sjeldne sykdommer finns.

For meg ble det like viktig at vår stilling som "fluer på veggen" ga en helt annen synsvinkel enn fra ass.lege-nivå. Det ble mulig å se sykehusets indre dynamikk som helhet. Resultatet ble noe annerledes enn ventet.

Vi erkjenner at et sykehus har to hovedoppgaver: Å behandle pasienter og å utdanne spesialister. Vi mistenker at hverken pasientgrunnlag eller spesialkunnskaper er av grunnleggende verdi for almenpraksis. Det ble bekreftet. Men jeg fikk noen punkter å tygge på:

1- Timeplanen var lik ved alle avdelingene, og lignet den eldgamle: morgenmøte, røntgen, nye pasienter, visitt osv. Men strukturen - inklusiv et fleksibelt og rommelig tidsskjema - tjente noe mer enn pasientbehandling: Det var anledninger til å møtes.

Det var likegyldig om man startet med noe i nattrapporten, et prøvesvar eller en pasient, og om det foregikk på sykesal, vaktrom eller i korridorene. Fagprat ble det.

Sykehuslegene minner



om hvite blodlegemer: De flyter fritt i systemet. Men et hvilket-somhelst problem medfører øyeblikkelig klebing til nærmeste faste gjenstand, ytterligere tilstrømning av hvite frakker og iherdige forsøk på å penetrere problemet.

En pasient med et uvant utslett ga en slik reaksjon. Hvordan legene fikk rede på at problemet var tilstede, forstår jeg ennå ikke. Kanskje de har en egen form for telepati? De kom iallfall, og bøker, preparater og ord fløy veggimellom i timevis. Resultatet var faktisk nokså viktig for behandlingen.

2- Jeg begynte å ane hvorfor sykehusleger imponerer meg slik. All denne mer eller mindre tilfeldige fagprat er egentlig en gjensidig og jernhard trening og konsis tale. Epikrisenes tåkeprat og sjabloner er ikke typisk for den interne informasjonsutveksling.

Det kom særlig godt frem når vi våget oss frempå med spørsmål. Kjappe miniforelesninger eller "Vet ikke helt, men la oss slå opp mmm-den boken". Punktering av fremmedordballonger var en yndet sport. Tross anfall av spisse albuer var den gjensidige toleranse stor. Det er tillatt å være uvitende, og å dumme seg ut. Men ikke å forbli dum.

3. Min bekymring for sløsing med ressurser på sykehus ble noe mindre, (men ikke borte!)

Tross alt er det en annenlinjetjeneste. Det innebærer at systemet må ha en viss reservekapasitet overfor katastrofer, som ulykker, epidemier og opphopning av infarkter. Når reserven ikke brukes, er ressursene ikke passive. De brukes til og med ganske intenst, særlig til undervisning og forskning. (Men de så på ski-VM også, stående ved pasientenes TV).

4. Den praktiske konsekvens ble at pasient-behandling og gjensidig læring er håpløst innfiltret i hverandre. Ingen av delene syntes å lide vesentlig av den grunn, selv om en hyppig bivirkning blir utveksling av fremmedord over liggende pasient. Men når praktisk arbeid, undervisning, forskning og kollegialt samvær blir blandet så ettertrykkelig, og kokt sammen med gamle tradisjoner både vel og lenge, da er det ikke underlig om vi har vansker med å skille ut de ingrediensene i suppen som er brukbare i almenmedisin.

Vi har litt lettvt begynt med sluttresultatet:

Når prosessen frembringer brukbare og kyndige spesialister, kan den også frembringe gode almenpraktikere. Under vår vandring på avdelingene lærte vi at den tanken måtte være gal.

Man har nok forvekslet kunnskapsinnholdet med selve læreprosessen.

Men så kon Jacobs-stigen.

Prytz og hans komite tegner konturene av femtidens spesialitet i almenmedisin. Der snakkes om lengre praksis enn sykehustjeneste, om evaluering og supervisjon.

Slikt er ennå fremmedord for oss, men jeg tror de inneholder noen av de samme momentene som sykehuslegene så elegant har blandet sammen med pasientbehandlingen.

Vi kan ikke gjøre det på samme måte, og har noen viktige vansker å overvinne:

1. Konsultasjonen er prinsipielt en "jeg-du"-situasjon, hvor samhandling foregår mellom pasient og lege alene. Erfaring med studentundervisning tyder på at mange pasienter reagerer lite på en tilhører, bare han/hun er definert som lege. Men likevel bør vi tenke oss godt om.
2. Selvtendighet er grunnleggende i almenpraksis. Dette fører med seg et særlig utvalg av leger, som både tåler og liker å arbeide alene. Sykehus-prosessene innebærer et intimt medisinsk samliv, med alle de bivirkninger slikt fører med seg. De vil vi nødig ha. Men vi er nok nødt til å både gi og ta imot mere enn før overfor hverandre.
3. Almen praksis er første-linjetjeneste. Vårt innarbeidede system er at vi fyller dagen opp med presserende oppgaver og mest med direkte pasientkontakt. Det fins lite reservekapasitet. Behovet er tilstede. Men det var først etter to perioder med sykehustjeneste at jeg våget å karakterisere egen lunsjpause i legegruppen som arbeidstid.

Uformell læring er god læring.

Vi er oppdradd til å tro på den hellige tre-enighet av Forelesninger, Timeplan og Skriftlesning, med Eksamen som konfirmasjon. Som nevnt er det en viss struktur også på sykehus. Men både tre-enigheten og eksamen er liksom smuldret opp i småbiter. All min erfaring tyder på at læreprosessen da blir bedre. Den tar atskillig mer tid, og ens selvbilde lider unektelig noe. Men det er en gjensidig prosess. Vi observerte at professor-titel ikke ga immunitet! Kanskje vår viktigste oppgave fremover blir å overbevise samfunnet om at bevilgninger til læreprosesser i almenmedisin er god

investering, og at det vi trenger mest er større reservekapasitet.

I og med at politikere ifølge ryktet også har korridorer og kaffepauser, burde de ane at vi ikke er ute etter hverken mer fritid eller mer penger.

Prytz & Co. har antydnet 10% av arbeidstiden til "læring osv".

På grunn av sykehuslegenes grundige blanding av pasientarbeid og læring er det umulig å si noe sikkert om deres prosentandel, men det føltes som minst 30%. Så la oss ikke være for beskjedne!

Under sykehusoppholdet fikk vi våre velfortjente smekk for utidig summing, men også det endelige bevis på at almenmedisinen har fått sin status: Fluene fikk lov til å smake på suppen!

PS: Hvor mange har "løst" Utpostens problemserie til kaffen, og hvor mange har lært noe av det? Q.E.D.



Klipp fra Utpostens  
gullnummer 4/1982  
– og hermed er det  
slutt på kavalkaden!