

# Allmennmedisin som akademisk fag

*Michael* 2009;6:11–126.

*Redigert utskrift fra et aktørseminar om innføring av allmennmedisin som akademisk fag ved Universitetet i Oslo i 1968, avholdt 29. september 2008<sup>1</sup>.*

## Deltakere som var aktive i diskusjonen<sup>2</sup>

Asdahl, Torgeir	Kristoffersen, Jan Emil
Ballo, Olav Gunnar	Nordby, Trond
Borchgrevink, Christian	Schjøsby, Hans Petter
Brodal, Per	Siem, Harald
Bruusgaard, Dag	Skoglund, Einar
Evensen, Stein A.	Straand, Jørund
Fugelli, Per	Syvertsen, Jan Otto
Gedde-Dahl, Dagfinn	Telje, Jo
Helsvig, Kim Gunnar	Westin, Steinar
Hjort, Peter F.	Ånstad, Hans
Hjortdahl, Per	

---

1 Seminaret ble i sin helhet tatt opp på elektronisk medium. Ordrett utskrift ble foretatt av Helge Nylenna og korrekturlest for skrivefeil m.v. av Øivind Larsen. Denne utskriften er sammen med en CD av opptaket deponert i Riksarkivet. CD'en er den primære historiske kilde og utskriften kan tjene som støtte. Det som foreligger her i *Michael*, er en redigert utgave av utskriften. Den er gjennomgått av redaktørene og ble før trykking sendt ut til seminardeltakerne for gjennomlesning og godkjenning. Innkomne opprettinger av uklarheter og småfeil ble så innarbeidet av Øivind Larsen, dog slik at teksten skal gjenspeile det som ble *sagt* på seminaret.

2 Fra initiativtakere og arrangører deltok også Siri Jensen, Christoph Gradmann, Øivind  
→

## Velkommen

*Stein A. Evensen:* Velkommen alle sammen. Det er en stor dag i dag for oss i styringskomiteen. Før vi starter er det viktig å understreke hva målet med seminaret er. Det er ment som et supplement til *historien*. Vi ønsker på denne måten å skaffe et supplerende kildemateriale til historien om allmennmedisin som akademisk fag. Og det er ikke et seminar om allmennmedisinens *fremtid*. Jeg håper at alle kan legge seg dette på sinne når vi skal prøve å skape en fin dag sammen.

Det blir gjort opptak, og det håper jeg ikke oppleves som overvåking. Men det er altså lydfilene som senere skal gå til Riksarkivet, og det er veldig viktig at det blir god kvalitet på dem. Derfor har vi et meget godt opptaksutstyr. Når man skal snakke, eller får ordet, trykker man på den grønne knappen på mikrofonen. Så sier man navnet sitt. *Hver gang* sier man navnet sitt. Dette er viktig, for ellers kan vi lure på i etterkant hvem som snakket. Det betyr ikke at folk ikke kan snakke over hodet på hverandre, for det vil vi egentlig. Når man blir uenig, for eksempel hvis Dagfinn Gedde-Dahl blir for ivrig, kan han bryte inn og trykke på knappen og snakke han også. Inntil fire mennesker kan snakke i munnen på hverandre. Selvfølgelig på en elskverdig måte.

## Bakgrunnen

*Steinar Westin:* Jeg har lest spillereglene et par ganger. Jeg ble slått av at dette låt omtrent som sannhetskommisjonene i Sør-Afrika. Her skal det vises åpenhet og ærlighet. Alt skal på bordet og her skal ingenting stikkes under en stol. Det syns jeg var en strålende mulighet og på mange måter spennende. Og vi kan se på det vi skal gjøre med stor forventning. Det er en

---

2 forts.: Larsen, Jacob Birger Natvig og Elisabeth T. Swärd. Relevante biografiske opplysninger om legene som deltok i seminaret finnes i Larsen Ø. (red.) *Norges Leger I–V*. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.

3 Historikeren Aina Schiøtz, professor i medisinsk historie ved Universitetet i Bergen, skulle vært møteleder, men fikk sykdomsforfall. Steinar Westin overtok på meget kort varsel. Arne Ivar Østensen, sentral person innenfor allmennmedisinens utvikling i Norge, var invitert som debatt deltaker, men han måtte også melde avbud.

uhyre spennende historie vi skal inn i. Kanskje ikke like dramatisk som sannhetskommisjonene, men likevel.

Innføring av allmennmedisin som universitetsfag i Oslo, og jeg tenker da også på Norge, for det ble en norsk sak. Det er en av de betydningsfulle hendelsene i norsk universitetshistorie. Jeg innbiller meg at Institutt for allmennmedisin i Oslo var et av de første i verden i 1968. Jeg tror vi skal få belyst mange saker av vitenskapsteoretisk interesse i løpet av dagen.

Så jeg synes det er et godt valg at dette temaet har blitt det første av det som skal bli en seminarserie. Jeg tok medisinsk embetseksamen, ikke i Oslo, men i Bergen i 1970. Jeg hadde knapt sett en allmennlege da jeg gikk ut av studiet. To timer tror jeg at jeg var innom et legekontor, med store forbausede øyne, for noe slik hadde jeg ikke sett før. Og det ble med det. Jeg tilhører en generasjon som kom til turnustjenesten i distrikt fullstendig uforberedt på denne virkeligheten. Vi visste knapt nok at den fantes. Jan Ivar Kvamme var innom studiet i vårt siste semester og fortalte oss om helse og sosialsentret i Alta. Det ga oss et glimt av noe som virket som om det hadde en viss faglig anstendighet. Men ellers må jeg si at allmennmedisin for oss i medisinstudiet på den tiden, var noe som ikke helt eksisterte i seriøs form. Det var bare «noe» der ute. Det var ikke særlig faglig fundert. Vi lærte om allmennpraktikere i form av dårlige henvisningsskriv. Det var noe for de mindre flinke, for dem som ikke hadde tenkt å gjøre karriere. Dette tror jeg er en erfaring som mange medisinstudenter på denne tiden delte.

Til langt ut på 1980-tallet, kanskje fortsatt i dag, eksisterer det såpass sterke motsetninger i det akademiske liv at du veldig godt på internasjonale kongresser kan høre om du som ung student har tenkt å velge *general practice* eller *research*. Det var en åpenbar motsetning den gang og mange steder i verden ennå. Altså et fag som ble ansett for ikke å ha noe akademisk, vitenskapelig fundament og som derfor heller ikke var noe universitetsfag. Historien fra 1950- og 1960-tallet til i dag er derfor en historie som har vitenskapsteoretisk interesse. Men det vil også være en historie om personer. For historien befolkes av personer og konstellasjoner av personer. Det er konflikter mellom personer og allianser mellom personer. Dette er en historie jeg håper vi skal få belyst i løpet av dagen.

Jeg må tro at jeg ikke har noen alvorlige interessekonflikter når jeg er møteleder. Jeg kom som amanuensis i allmennmedisin til Trondheim i 1978 fra en distriktslegestilling på Askøy. Jeg har ikke hatt noe å gjøre med Oslomiljøet som gjør meg inhabil. Så vi er på en måte alle aktører rundt bordet.

Da tror jeg vi skal ta fatt på første tema:

### **Allmennmedisin 1945 til 1968: Opp fra sottesengen**

*Stein A. Evensen:* Den gjengse oppfatningen om allmennmedisinen i 1950- og 1960-årene var at det hersket kriseartede forhold. At allmennpraktikerne i midten av forrige århundre var en knuget faggruppe, preget av manglende selvtillit, status og prestisje. Er det et riktig situasjonsbilde? Det kan være riktig, men det kunne også være svartmaling for å fremme fagpolitiske mål. De rikeste tilgjengelige kildene vi har, er *Tidsskrift for Den norske legeforening* og spesielt festskriftet til Christian Borchgrevink på hans 60-års dag i 1984 og Apf's jublieumsskrift, også i *Tidsskriftet*, i 1988. Men det er seierherrenes historie, de som hadde kjempet og vunnet en rekke store saker. Er de nøytrale? Eller hadde de interesse av å beskrive fortiden så grim som mulig, for å fremheve egen suksess? Det var mangel på mye for mange i disse gjenreisningsårene. Så min tilnærming er: Gir den overleverte beskrivelse en balansert framstilling av forholdene for allmennmedisin i 50- og 60-årene. Er det ikke også sant at distriktslegene hadde høy status i befolkningen, og at privatpraktiserende leger tjente godt, til dels meget godt, og meget bedre enn leger på sykehus. Var det i det hele tatt noen krise?

Heldigvis finnes det en god del objektive opplysninger som kan hjelpe oss. I Norge på 1950-tallet var det vel 900 privatpraktiserende leger og 450 distriktsleger med allmennpraksis som hovedoppgave. Det er godt dokumentert at disse legene, særlig i utkant-Norge, hadde et enormt arbeidspress med kontinuerlig vakt og hvor muligheten for ferie lå i godvilje fra den som var i nabadistriktet. Kona måtte hyppig trå til som telefonvakt og kontorhjelp.

Data fra 1964 viser at det knapt fantes distrikter i Norge med mindre enn 2500 innbyggere per allmennpraktikerårsverk og at det i flere distrikt var over 8000 personer for hver primærlege. Andre talende tall er det at i tiårsperioden mellom 1956 og 1966 falt antallet allmennpraktikere fra 976 til 877, parallelt med at andelen allmennleger over 50 år ble fordoblet. Sammenfatningsvis viser dette en uholdbar arbeidsbelastning for mange, alvorlig rekrutteringssvikt og tydelige tegn til forgubbing av faget.

Gode råd var dyre og flere forsto at noe måtte gjøres. Men *hvorfor* gikk det utfor med allmennmedisinen? På noen minutter er det ikke tid til annet enn å gi noen stikkord. Men slik jeg leser meg til historien, hersket det en utviklingsoptimisme i etterkrigstiden med en kullsviertro på teknologi og på utvikling av nye medikamenter som sterkt favoriserte sykehusmedisinen. Distriktslegen sto fortsatt høyt i status blant pasientene, men hadde en relativt lav status blant kolleger. Dette var ikke noe isolert norsk fenomen, men allmennpraksis i Norge hadde i tillegg en mektig motspiller, det var

Karl Evang som kombinerte embetet som helsedirektør med å være ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet.

Evang var ikke interessert i allmennmedisinen, slik vi kjenner yrket. Sykehusene med et korps av spesialister skulle være navet i et sentralstyrt helsevesen. Det slående er ikke hva han mente om allmennpraksis, men fraværet av allmennmedisinen i hans meget vidtgående planer. Distriktslegene var hans håndgangne menn som satte direktoratets planer ut i livet i en top-down styrt modell. Riktignok ivret han sterkt for forebyggende medisin, men da fortrinnsvis henlagt til helsestasjoner eller delegert til noe han kalte sanitæringenører. Han ville opprette kombinerte helse og sosialsentre, men med diverse tilknyttede spesialister.

Heller ikke var det noe drahjelp fra universitetene. De medisinske fakultetenes oppgave var, og er, å utdanne leger til det alminnelige helsevesen. Men forbildene for studentene på den tiden var hvordan medisin ble praktisert på sykehus, hvor allmennpraktikere ofte ble gjort til syndebukk for sen eller gal diagnose.

Men langsomt snudde stemningen. Hva var årsaken til at allmennlegen ble restaurert? Den enkleste forklaringen kan være den beste – at det faktisk *var* krise. Alle helseproblemer kunne ikke løses av spesialister i institusjoner. Det ble for dyrt, og ikke minst var det svært lite effektivt. Og så manglet det mange leger til å ta seg av folk der folk bodde.

Da stemningen først snudde, så var det mange som arbeidet i samme retning. Igjen må det bli i telegramstil. Sentralt i gjenreisningen av faget, også som et potensielt akademisk fag, sto Allmennpraktiserende legers forening, Aplf. Blant foreningens medlemmer var det noen ildsjeler som opererte sammen og ble omtalt som en gjeng. Det vil si, kildene omtaler to gjenger med til dels sammenfallende medlemmer. Den mest omtalte er trykk-og-press-gjengen, som besto av Reidar Mathisen, som jeg har intervjuet, Bent Guttorm Bentsen, Egil Elle og Fridtjof Christie. Den andre var ABC-gjengen som besto av Torgeir Asdahl, som er med oss her i dag, Bent Guttorm Bentsen og Fridtjof Christie. Hvordan disse arbeidet, kan vi kanskje høre mer om senere her i dag. For akademiseringen av faget var Bent Guttorm Bentsen utvilsomt den viktigste. I perioden 1961-66 publiserte han en serie på 13 artikler i *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Fortsatt står disse som en bauta i norsk allmennmedisin. Han fikk ikke doktorgraden for denne innsatsen, og det er noe Universitetet i Oslo bør skjemmes ved. Men ellers også i Legeföreningen var det sterke krefter som støttet saken. Redaktør Ole K. Harlem var hjelpsom, men generalsekretær Odd Bjercke står for meg som bærebjelken i prosjektet, fordi han sørget for at institutt og professorat ble finansiert av Legeföreningen i de første årene.

For å bringe gode planer over i praksis, måtte departementet på banen. Nå lå forholdene til rette. Paradoksalt nok var Evang indirekte til stor hjelp for reformer han langt på vei egentlig var imot. Årsaken var at han hadde rekruttert mange tidligere distriktsleger inn i departementet. De hadde ikke glemt sitt opphav. Kringlebotn-komiteen leverte i 1967 mange gode argumenter for å styrke allmennmedisinfaget, inklusive å gjøre det til et akademisk fag.

Jeg stopper her, flere kan være uenige i min fremstilling og det kan være viktige forhold som er utelatt. Men alt i alt er jeg ganske trygg på at vi kan enes om at det var personer *utenfor* universitetet som gjorde allmennmedisin til et akademisk fag.

Det i seg selv er tankevekkende.

*Steinar Westin:* Takk til Stein Evensen. Interessant å høre en indremedisiner skildre allmennmedisinens tidlige år. Vi skal med en gang be om utfyllende synspunkter. Jeg har lyst til å be Torgeir Asdahl være den som begynner. Du er den rundt bordet her som kanskje vet best eller har synspunkter på hva som skjedde i 50-årene, for det er vel det vi snakker om når vi omtaler ABC-gjengen, der du var A-en. Har du lyst til å føye noe til Stein Evensens skildring?

*Torgeir Asdahl:* Lyst har jeg ikke. Jeg husker ikke lenger hva jeg tenkte når, eller når jeg tenkte hva. Jeg har et vanskelig forhold til tidsrelasjoner, og det har blitt verre og verre med årene. Nå er det omtrent håpløst fordi jeg er stenotisk både mellom øra, øverst i nakken og nederst i korsryggen. Og computeren fungerer veldig dårlig, men jeg sitter her med et brev jeg skrev til Bent Guttorm Bentsen i anledning hans 70-års dag i 1996. Det sier en hel del om hvordan vi så på tingene den gangen. Og det var et brev som ledsaget en omtale i Aftenposten, men som ble nedskåret til en tredjepart. Så Aftenposten ga ikke noe godt bilde.

*Steinar Westin:* Jeg synes det interessante er det Stein Evensen skildrer i at Legeforeningen spilte et veldig aktiv rolle i å drive markarbeid. Og det markarbeidet, så vidt jeg vet, skjedde i Aplf vis a vis moderforeningen. Er det riktig at det var en motsetning der?

*Torgeir Asdahl:* Nei. Hvis vi betrakter det ut fra min rolle i *Tidsskriftets* redaksjonskomité, så var det ingen motsetning. Og jeg tror *Tidsskriftet* spilte en veldig positiv rolle i forhold til utviklingen av allmennmedisin som spesialitet. Ole K. Harlem var veldig interessert i det. Men samtidig var han



*Figur 1: Møteleder var fra (venstre) Steinar Westin og Stein A. Evensen. (Foto: Ø. Larsen)*

jo også negativ til eventuelle konkurrenter på det markedet, han var svært skeptisk til *Utposten*. Han oppfattet det som en konkurrent til *Tidsskriftet*. Vi som hadde en rolle i redaksjonskomiteen i *Tidsskriftet*, følte behov for en lojalitet overfor Harlem og måtte støtte Harlem. Men Harlem var en veldig sterk medspiller i utviklingen. Og for så vidt så oppfattet jeg Legeforeningens rolle gjennom Harlems holdning.

*Steinar Westin:* Jeg har oppfattet det slik at det er relativt spesielt at en profesjonsforening bærer fram allmennmedisinens interesser i den grad Legeforeningen endte opp med å gjøre det på 1960-tallet. Jeg prøver å finne ut om det til slutt ble foreningens politikk. Det ble det vel på et vis, nå uttrykt ved Bjercke og ved Harlem, til tross for hans forsøk på å kontrollere *Utposten*. Men dette er vel til dels før *Utposten* kom i 1972. Så vi snakker vel nå om 1950- og 1960-tallet? Var det Trond Nordby som hadde hånden i været?

*Trond Nordby:* Jeg er ansatt ved Institutt for statsvitenskap, men jeg begynte som historiker. Og det var som historiker jeg skrev en bok om Karl Evang. Den kom ut i 1989. Så jeg har dette litt fjernt, men jeg kjente meg igjen i den beskrivelsen Stein Evensen ga. Evang var ikke spesielt opptatt av allmennmedisin. Han var drevet i fra første stund av det jeg kalte – og det var et låneord fra min side – det teknologiske imperativ. At alt skulle bygges

opp på det høyeste teknikalisererte nivå, som han sa. Det preget norsk helsevesen og det preget også Verdens Helseorganisasjon fram til Halfdan Mahler overtok og lanserte begrepet barfot-leger, blant annet i India. Så dette gikk igjen på alle bauger og kanter. Det jeg skulle si, var et supplement til Evensen om at dette ikke var noe særnorsk fenomen. I 1986 og 1987 oppholdt jeg meg i Moskva sammen med min daværende kone som studerte russisk. Jeg intervjuet blant annet ledende administratorer ved Shemasko-instituttet. De var veldig imøtekommende fordi jeg skrev om Karl Evang. De gjorde honnør da jeg kom inn og sa at jeg skrev om Karl Evang. Neste dag hadde de til og med tatt på seg militære ordener da de stilte opp. Det de anså for å være noe av det samme problemet, var at landsbylegen hadde sunket i aktelse i forhold til helsesentrene. De påpekte som det store problemet at de hadde mistet landsbylegen som et bindeledd mellom sentrale helsemyndigheter og befolkningen. For landsbylegen kunne kommunisere begge veier. Befolkningen kunne gå til ham og han kunne gå til myndighetene og bringe informasjon nedover som et bindeledd mellom topp og bunn i samfunnet – hvis man sier at legene er toppen og vanlige brukere er bunnen, er det en kommunikasjon via landsbylegene. Men hva de har gjort, det vet ikke jeg, for jeg valgte et annet prosjekt, jeg fikk to-tre forskjellige stipender videre, og jeg hoppet av dette, dessverre vil jeg si i dag. Men jeg kjenner meg igjen i Evensens beskrivelse. Jeg vet også at dette er et stort og vidt problem som ikke bare hefter ved norsk helsevesen.

*Per Fugelli:* Jeg tror at hvis vi skal forstå utvikling og fenomener i medisin, må vi ikke betrakte medisin eller helsetjeneste i isolat. Det som skjer i «det medisinske hus» er på mange måter et ekko av det som skjer i «det norske hus» eller i verden for den saks skyld. Og jeg er helt med Stein Evensen i at sentrale forklaringer er overtroen på vitenskap og teknologi opp igjennom 1950- og 1960-åra. Sentrale forklaringer er den mektige Karl Evang, arkitekt for helsetjenesten og med fokus på sykehus og spesialisthelsetjeneste. Men jeg tror ikke at vi skal glemme at vendepunktet for allmennmedisinen kom på samme tid som vendepunktet for sosialdemokratiets hegemoni. Når hadde vi Kings Bay? Lyngs regjering? Altså samtidig med at allmennmedisin begynte å fødes på ny, så mistet sosialdemokratiet sin totale, programmerende og mentalitetsformende makt i dette landet. Med vekt på sentralstyring, kontroll, plan, ingeniører osv. Og i den tidsånden var ordet «privatpraktiserende» nesten et fyord som fremkalte allergi. Men så snur tidsånden. Den makropolitiske mentaliteten begynner å snu. Og det er klart at det ikke er tilfeldig at allmennmedisinen framvekst og sosialdemokratiets gradvise fall skjer samtidig.



*Dag Bruusgaard:* Jeg vil også ta tak i det samme som Stein Evensen var inne på. Men det var jo her snakk om motsetninger mellom en statlig distriktslegetjeneste og de som jobbet med det som ble kalt privat praksis. Det var en sterkt Oslo-dominert gruppe. Det var det samme som allmennpraksis. Og det var helt klart noe blant annet Karl Evang ikke var glad for. Men han støttet distriktslegene. Jeg tror ikke at hans motstand mot allmennpraksis var så stor som det du ville ha det til. Han hadde en viss forståelse for denne arbeidsformen. Men privat praksis slik han så, og slik den fremsto som Oslo-dominert, solopraktikere som satt på hjørnet og som vi som medisinestudenter så på med forferdelse – hva drev disse menneskene med? Det hadde verken vi som studenter eller Karl Evang noe særlig sans for. Med en viss rett, men selvfølgelig ikke helt.

*Per Fugelli:* Fordi jeg tror det kanskje er feil. Og jeg bygger på, det er for så vidt anekdotisk, men likevel. Etter at jeg hadde vært på Værøy i tre år i 1970-73, skrev jeg en slags hyllest til allmennpraksis. Ikke til privat praksis, men til *personal doctoring* om du vil, som engelskmennene så vakkert kaller det. *Tilbake til huslegen* heter den boken. Den kom i 1975. Da fikk jeg et veldig skarpt, irettesettende brev fra Karl Evang, som jeg hadde møtt ved noen anledninger tidligere. Og som jeg var på bølgelengde med, tror jeg. Men det var virkelig en nesten litt skarp irettesettelse fordi jeg hyllet den gamle anakronismen i stedet for å slutte opp om de nye helse- og sosialsentraene.

*Hans Petter Schjønby:* Det er et element som bør inn i denne diskusjonen, hvor spørsmålet ble reist av Stein Evensen. Det er det som skjedde med den økende tilstrømningen av utenlandsmedisinere<sup>4</sup>. Denne tilstrømningen begynte å komme i allmennmedisinen i begynnelsen av 1980-årene og den økte utover. Dette må ha hatt en klar virkning på det som skjedde med utviklingen av allmennmedisinen. De som kom fra utlandet hadde ikke de holdningene man kanskje hadde ved universitetene i Norge. Man var utdannet først og fremst, og helt bevisst fra de europeiske universitetenes side, til å bli allmennmedisinere. Og det var det man først og fremst gikk inn i. Dette var av betydning fordi utenlandsmedisinerne etter hvert gikk inn i de ulike foreningene. Blant annet er *Utposten* et produkt av personer som bevisst valgte å gå inn i vanskelige utposter for å si det sånn. Man må ikke glemme dette elementet når man diskuterer de ulike årsaker til den endrin-

<sup>4</sup> Med utenlandsmedisinere menes i denne tidsperioden i all hovedsak norske studenter som hadde studert medisin i utlandet. Tilstrømningen av utenlandske leger med utdanning fra utlandet kom senere.

gen som kom i den tiden som Per Fugelli snakker om – desentraliseringen og politisering av helsepolitikken. Og hierarki-nedbrytingen – det skjedde en masse, i en tid som Legeforeningen så vidt greide seg igjennom.

*Steinar Westin:* Denne ABC-gjengen, Asdahl, var dere en konspirerende gjeng som virkelig møttes, eller ble dere kalt slik bare fordi dere ble nevnt sammen? Hadde dere avtalte møter hvor dere la planer, eller hvordan var det dette egentlig virket?

*Torgeir Asdahl:* Vi hadde møter hvor vi diskuterte situasjonen fordi den var alvorlig med svært mange behov. Man må tenke på hvordan utviklingen var fra begynnelsen av 1950-tallet, da legene stort sett var soloarbeidende uten hjelp. Det oppsto et problem å gjøre noe med det. Det andre var behovet for å utdanne hjelpepersonell og få legene til å modernisere sin praksis og gjøre noe med utdanningsforholdene. Der spilte Bent Guttorm Bentsen en betydelig rolle, også sammen med Johan Greve Brun i Legeforeningen. Greve Brun var veldig opptatt av å utdanne legesekretærer og av hvordan den utdanningen skulle være. Når det gjaldt legenes behov for å øke sitt renommé, var det ikke konflikt mellom Evangs disipler, distriktslegene som jeg også var en av i en periode. Vi må ikke glemme at distriktslegene hadde plikt til å drive med allmennmedisin der det var behov for det. Så de var absolutt terapeuter mange steder. Når det gjaldt utviklingen av legens rolle, var det jo en kjensgjerning at man bare kunne sette en passer på kartet og dra en sirkel som gikk så langt nord som til Kløfta og så langt sør som til Jan Otto Syvertsen i Moss. Noe sånt noe. De områdene som lå innenfor der var forum for allmennmedisin den gangen. Bent Guttorm var ikke uinteressert i å være misjonær for allmennpraktikerne. Han var villig til en periode der han hadde et stipend så vidt jeg husker, da han var disippel hos Axel Strøm. Da ble det vedtatt i det snevre APLF-styret at Bent Guttorm formelt kunne dra rundt som en slags emissær og fortelle om APLF og forsøke å styrke foreningen og utvide den geografisk. Og det skjedde vel også. Jeg tror det hadde en ganske stor betydning.

*Steinar Westin:* Var han selv leder av APLF på noe tidspunkt?

*Torgeir Asdahl:* Nei, han var ikke det. Vi hadde Egil Elle<sup>5</sup> og Reidar Mathiesen og flere APLF-ledere som spilte en rolle der. Men jeg husker ikke hvem som var formann da eller når. Men der spilte også Fridtjof Christie en rolle

---

5 Formann i Aplf 1968-1969.



*Figur 2: Fra venstre: Harald Siem, Jacob Birger Natvig og Elisabeth Swärd.  
(Foto: Ø.Larsen)*

som formann i Oslo legeförening og i Asker og Bærum. Jeg hadde min rolle som formann i Akershus legeförening, ved siden av at jeg satt i en posisjon hvor jeg kunne påvirke *Tidsskriftet*.

*Jo Telje:* Jeg har to kommentarer angående Evangs rolle. Det ene er hvordan han backet oss i distriktslegevirksomheten. Han kalte oss sitt korps, men han ga oss en støtte som jeg til de grader har savnet fra sentrale myndigheter senere. Vi ble overrisset fra sentralt hold av den verdi vi representerte ved å sitte oppover i bygdene i Norge. Jeg satt på Helgelandskysten og hadde en sommer fire distrikter alene, jeg satt kontinuerlig på vakt. I fire distrikter. Vi kunne ikke ha overlevd denne type belastning uten å ha en sånn usedvanlig stolthet og backing som jeg kaller det. Og den har vi ikke hatt senere.

Det andre jeg vil arrestere Evensen på, det er Evangs rolle vedrørende spesialisert medisin. Snarere tvert i mot, og jeg har foran meg et sitat fra Evang og det er fra 1969, legeföreningens landsmøte. «Spørsmålet om en har en prioritering til å bedre folkehelsen innenfor de summer som kommer, er blitt av fenomenal betydning. Her vil politikerne naturlig nok ut fra sitt utgangspunkt – og det ligger ikke noe bebreidelse i det – ha en tendens til å gi etter for trykket fra visse pressgrupper som aldeles ikke taler den samlede befolknings interesse, eller de vil gi etter for bestemte kliniske spesialister som med sitt fremragende kikkertsyn er i stand til å presentere sine særproblemer på bekostning av andres, selv om de dermed får en prioritering som virker ødeleggende innenfor den rammen vi får.»

*Steinar Westin:* Vi kommer tilbake til dette. Vi skal gå videre, men jeg har bare lyst til å slutte meg til Jo Telje her. For jeg har vært i samme posisjon som han og opplevd det samme. Denne eventyrlige støtten fra Evangs sentrale direktorat og hvor viktig det var å ha den faglige backingen, og som forsvant som et stort, svart hull etterpå. Jeg minnes Evang i sitt avskjedsintervju i 1972 på TV hvor han oppsummerte sin tid. Vi må forstå at dette var etterkrigstidens teknologiske optimistiske tid hvor Evangs prosjekt var å bekjempe gammelmoralisme, overtro, få fram en moderne medisin. Vi må se hans verk i sin tid og se at det han sa til slutt i 1972, var at han angret én ting, og det var at han ikke hadde sett primærhelsetjenestens grunnleggende funksjon foran sykehustjenesten. Det sa han, jeg husker det ganske tydelig. Så han var nok klar over at tiden var kommet for allmennmedisinen og primærhelsetjenesten.

Men vi skal høre mer. Jeg vet det er veldig mange som vil si noe, men jeg vil gi ordet til Einar Skoglund nå, som har fått i oppdrag å gå videre med samme tema:

### **Legeforeningen som fødselshjelper for akademisk allmennmedisin – en ideell og uegennyttig satsing?**

*Einar Skoglund:* Jeg vil ta utgangspunkt i at det var erkjent i Den norske lægeforening at allmennmedisinen var i en krise og at den negative trenden måtte snus. Jeg vil fremheve noen av de viktigste tiltakene Legeforeningen initierte for å gjøre dette.

Etableringen av sykehjelps- og pensjonsordninger for leger i 1965 fikk stor betydning for rekrutteringen. Ordningen ga fremtidig trygghet for allmennpraktiserende leger også ved at den omfattet uførepensjon og enkepensjon. Jeg kunne også nevne låneordningen som gjorde det lettere å opprette praksis.

Enda større betydning for utviklingen av allmennmedisinen fikk opprettelsen av Fondet for legers videre- og etterutdannelse i 1967. Legeforeningen fikk gjennomslag overfor Rikstrygdeverket og Sosialdepartementet for å gjøre et krafttak for videre- og etterutdanning generelt, men først og fremst for allmennpraktiserende leger, som inntil da hadde hatt et usystematisert utdanningstilbud. Ved forhandlinger om normaltariffen kom den første avsettingen til utdanningsfondet i 1967. I vedtektene til fondet, vedtatt av landstyret i 1969, heter det: «Fondets formål er å fremme videre- og etterutdannelsen av leger samt grunnutdannelsen i allmennmedisinen. Fondet bør spesielt tilgodese tiltak som kan bedre videre- og etterutdannelsen av allmennpraktiserende leger, særlig i perifere strøk av landet.» Tydelig ideologi.

Neste store begivenhet er åpningen av Institutt for allmennmedisin i 1968. Det ble raskt vedtatt av sentralstyret å bruke av fondsmidlene til å bevilge et gaveprofessorat i allmennmedisin på Universitetet i Oslo i fem år. Det ble faktisk vedtatt i sentralstyret før landsstyret hadde vedtatt vedtekter. Det ble ytterligere bevilget midler til etablering og drift av et institutt med tilknyttet gruppepraksis for studentundervisningen. Legeforeningens president, professor Martin Seip, sa i sin tale på åpningen at dette var en historisk dag for norsk og nordisk medisin. Instituttet var det første av sitt slag i Norden og ett av de første i verden. Det var vel så langt bare ett i England og ett i Nederland. Seip fremhevet at den status som selvstendig, akademisk fag innen legeyrket som denne gruppen leger hadde arbeidet for gjennom flere år, nå var oppnådd for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo.

Fondsmidlene fikk stor betydning for den faglige utviklingen av allmennmedisinen ved at det ble finansiert studieturer, deltakelse ved internasjonale konferanser, samt etablering av ukekurs ved høyfjellshoteller for de allmennpraktiserende legene. Vi husker dem alle, Gausdalkurset og Geilokurset m.v. Noen kurs lever videre.

I 1972 ble det på samme måte bevilget av fondsmidlene et gaveprofessorat i allmennmedisin også til Universitetet i Bergen for fem år.

I 1970 ble Rådet for videre- og etterutdanning av allmennpraktiserende leger etablert. Det kan uttales på forskjellige måter, VEAP-rådet ble det kalt av noen. Christian Borchgrevink var første leder. Blant annet førte arbeidet i rådet til etableringen av den formaliserte utdanningen – Allmennpraktiker Dnlf. «Spesialoiden» Allmennpraktiker Dnlf ble etablert ved et landsstyrevedtak i 1973 som en formell kompetansegivende utdanning for allmennmedisin med en godkjenningsperiode på fem år og med resertifisering etter fem år. Dette arbeidet tok usedvanlig lang tid. Det første forslaget til en formalisert utdanning i allmennmedisin ble reist for landsstyret i 1967. Og da var det pressgrupper fra Aplf som sto bak forslaget.

Å etablere allmennmedisin som en spesialitet var derimot fortsatt et filologisk problem for mange. Som det ble fremhevet i diverse landsstyredebatter, var det ikke logisk å etablere en spesialitet i det generelle. Problemet var selvfølgelig mye mer enn filologisk. Det var en reell motstand mot spesialitet i allmennmedisin blant sykehusleger. Og det skulle gå vel ti år før det var enighet i legeforeningens landsstyre om å gjøre allmennmedisin til spesialitet. Det var altså i 1985.

Legeforeningen opprettet allmennpraktikerstipendene i 1977, også finansiert av utdanningsfondet. Og i dag er det 36 stipender á 40 000 per år. Det er stor søkning til disse stipendene som fyller et nisjebehov i all-

mennmedisinsk forskning og det er en viktig rekrutteringsordning. Mange av de etablerte forskerne i allmennmedisin har startet sin forskningsvirksomhet med noen måneders allmennpraktikerstipend.

Gjennom 1970-tallet styrket akademisk allmennmedisin sin posisjon. I tillegg til de to allmennmedisinske instituttene i Oslo og Bergen, ble det etablert institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø i 1973 og i Trondheim i 1975. Norge ble et av de første landene i verden med primærmedisinske enheter ved samtlige medisinske fakulteter. I 1974 ble allmennmedisinsk forskningsutvalg etablert i et samarbeid mellom disse fire instituttene og Allmennpraktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening.

Jeg må også komme inn på de siste begivenhetene for å styrke akademisk allmennmedisin. I forhandlingene om normaltariffen 2006-2007 ble det gjort avsetninger til et allmennmedisinsk forskningsfond i Legeforeningen. Fondets formål er å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktiviteten ved de fire allmennmedisinske forskningsenhetene. Forskningsenhetene er basert på at Stortinget bevilget ni millioner kroner i desember 2006 til planleggingen av nye forskningsenheter knyttet til de fire medisinske fakultetene. Det nye fondet for allmennmedisinsk forskning vil få en viktig rolle som koordinerende instans av aktivitetene ved disse fire enhetene som allerede er etablert og forskningslederne er tilsatt.

Selvfølgelig har det vært elementer av fagforeningsarbeid i mange av de tiltakene Legeforeningen har fått gjennomført. Men først og fremst er det naturlig å fremheve dem som eksempler på det samfunnsgavnlige arbeid i Legeforeningen. Til det er det jo å si at godt fagforeningsarbeid over tid betyr å ta samfunnsansvar. Dette understrekes også av det nære samarbeidet mellom Legeforeningen og representanter for helsemyndighetene, Rikstrygdeverket og andre instanser. Det er naturlig å nevne presidentene i Legeforeningen i årene 1958 til 1969, Kaare Schanke, Gerhard Larsen og Martin Seip. Tidsskriftets redaktør Ole K. Harlem var en aktiv pådriver for allmennmedisin, både gjennom tidsskriftet og med velformulerte innlegg i blant annet landsstyret. Først og fremst må generalsekretær Odd Bjercke nevnes. Han var den visjonære, pågående aktøren i samspelet mellom Legeforeningen, helsemyndighetene og Rikstrygdeverket. Odd Bjercke hadde et uvanlig sterkt og smittende engasjement og utviklet gjennom sin sjarmerende fremferd et omfattende nettverk i samfunnet. Jeg tør hevde at Bjerckes person gjorde det mulig å oppnå de historiske milepælene på 1960- og 70-tallet.

Allmennpraktiserende legers forening og fra 1983 Norsk selskap for allmennmedisin må nevnes. Arbeidet i de to foreningene og de mange

underutvalg, pressgrupper o.l. har hatt stor betydning for utviklingen av allmennmedisin som akademisk fag. Dette arbeidet er for øvrig godt videreført av dagens fagmedisinske forening og spesialforening for allmennmedisin.

*Steinar Westin:* Jeg vil aller først spørre Einar Skoglund: Når det gjaldt Legeforeningens bevilgning til professorat til Universitetet i Bergen og Oslo og støtte til praksisene, må det stemme at de også støttet instituttene i Tromsø og Trondheim med amanuensisstillinger med fem års varighet – for jeg kom inn i en av dem. Det var derfor jeg sluttet i praksis og ble akademiker.

*Einar Skoglund:* Ja, det er helt riktig. Legeforeningen betalte ikke på samme måte hele opprettelsen av instituttene i Trondheim og Tromsø, men den betalte stipendiatstillinger eller amanuensisstillinger. Og det gjorde den også på instituttet i Oslo.

*Steinar Westin:* For fem år pluss det som heter styrking av annuum, fikk vi en liten ekstra porsjon for å ha litt armslag for å lage de halvårlege instituttmøtene felles for de fire instituttene og allmennmedisinsk forskningsutvalg. Det var også betydningsfulle såkornsmidler.

Christian Borchgrevink, du hadde hånden oppe, du skal riktignok snakke etterpå, men du hadde hånden så ivrig oppe i sted. Jeg klubbet deg da, men har du lyst til å si noe nå?

*Christian Borchgrevink:* Det er egentlig til det spørsmålet ditt til Asdahl, til om de tilfeldigvis møttes eller om det var planlagt. Da jeg ble trukket inn i dette arbeidet, ble jeg innkalt til Reidar Mathisen, og der møtte Asdahl, Bent Guttorm Bentsen og Christie. Og da følte jeg at jeg sto overfor en slags liten mafiagruppe på sitt beste, og det var ikke noe tilfeldig. Så jeg følte at dette var en vel planlagt gruppe som drev det frem.

*Steinar Westin:* Det er fristende å spørre hva som var grunnlaget for innkallingen, men det skal vi kanskje få høre siden.

*Jan Otto Syvertsen:* Det ble spurt om Bent Guttorm også var formann i foreningen. Den pressgruppen som besto av Bentsen, Mathiesen, Elle, Christie og senere også Ernø. De var helt sentrale i starten i at Aplf fikk et oppsving, og de ble ledere i Aplf alle sammen i tur og orden.

*Steinar Westin:* Også Bentsen?

*Jan Otto Syvertsen:* Ja. Det står også i festskriftet fra Aplf's jubileum. Så var det den utenlandske innflytelsen. Det var selvfølgelig sånn at allmennmedisinen hadde forskjellig status i forskjellige europeiske land. I Nederland sto allmennmedisinen høyt i kurs på 1960- og 1970-tallet. Jeg kan nevne at i styret i Aplf i begynnelsen av 1970-årene var det 12 som møtte, 11 leger og en sekretær. Det var fem som hadde stemmerett og på midten av 1970-tallet var tre<sup>6</sup> av de med stemmerett utdannet i Nederland. Hans Petter Schjønby var også utdannet i Nederland, også en inspirator. Men jeg tror at vi ikke skal undervurdere innflytelsen fra utlandet når det gjelder fighten for allmennmedisin.

*Steinar Westin:* Fint at du nevner det, for det tror jeg ikke har vært nevnt hittil. Det hadde stor betydning. Det var ikke bare Nederland, men også Storbritannia. Men det kommer vi sikkert tilbake til senere.

*Jan Otto Syvertsen:* Og ikke bare i allmennmedisin. Jeg husker vi tok imot studentene som nettopp hadde kommet hjem fra utlandet. Legeforeningen arrangerte en hyggelig velkomstmiddag i Medicinsk Selskab . Det var da noen som ba om unnskyldning for at de hadde studert ute. Men jeg som var leder i Aplf hadde studert i Groningen, presidenten Haffner i Skottland og generalsekretæren som sto ved siden av meg hadde studert i Göttingen. Så det var ganske stor innflytelse sentralt i Legeforeningen og ikke bare i allmennmedisinen.

Legeforeningen er resultatet av medlemmenes aktivitet og de beslutningene som tas der etter press fra Aplf og andre grupper. Opprettelsen av instituttene har selvfølgelig vært til stor glede for forskningen. Men også for inputs til det fagforeningspolitiske arbeid som vi gjorde for å få til ordninger osv. videre i 1970-årene. Så det som kom fra universitetene var helt avgjørende, blant annet for mitt arbeid med å reise kjerringa i allmennmedisin på 1970-tallet.

*Dag Bruusgaard:* Skoglund, jeg synes ikke du nevner den lille passusen i Videre- og etterutdanningsfondet hvor det var et komma *og forskning* i allmennmedisin. Det tror jeg var en av Bjerckes tilføyelser, og det er jo egentlig ganske merkelig, at i et *etter- og videreutdanningsfond* sto det *og forskning*. Og det var grunnlaget for at Universitetene i Tromsø og Trond-

---

6 Arne Svilaas, Jakob Prytz, Jan Otto Syvertsen.



heim og instituttet i Oslo fikk penger utover. Da kunne vi referere til fondsvedtektene om forskning i allmennmedisin. Det sto eksplisitt.

*Torgeir Asdahl:* Jeg tror Jan Otto husker litt feil når han mener at Bent Guttorm var formann i Aplf på et tidspunkt. Det var derimot Tore Koksvik, og Koksvik må nevnes. Men det virker helt unaturlig at Bent Guttorm både skulle ha vært leder i Aplf og hatt behov for å bruke meg som støttespiller i Aplf. Det virker ikke logisk på meg.

*Steinar Westin:* Dette tror jeg vi greit kan oppklare, så jeg tror ikke vi kan bruke mer tid på det. Jeg foreslår at vi lar det henge, og takker Einar Skoglund. Du hadde lyst til å stille Einar et spørsmål angående hans innlegg. Vær så god, Stein.

*Stein A. Evensen:* Den var selvfølgelig ikke helt uten plan selve foredragstitelen du fikk. Du løste oppgaven på en aldeles utmerket måte. Men jeg har lyst til å gå litt mer inn i det likevel. En ideell og uegennyttig satsing? Var det slik at det bare var store vakre tanker som lå bak Legeforeningens engasjement i saken, eller kunne det være næringsinteresser i det. Eller kunne det være at det var en slags opplevelse av at de måtte gjøre noe for allmennpraksis *også*? Det er en annen som ikke sitter langt fra meg som en gang sa «Jasså, ble det ansett som avlatspenger det at man skulle ruste opp og gjøre noe med allmennpraksis?» Har du noe å si eller kommentere til dette?

*Einar Skoglund:* For det første så har jeg for lengst strøket spørsmålstegnet. Og som jeg sa: Godt fagforeningsarbeid over tid betyr å ta samfunnsansvar. Og Legeforeningen har svært lite, heldigvis, vært noe godt «heiseforbund». Jeg synes Legeforeningens historie viser at den er en seriøs forening som tar samfunnsansvar. Men samtidig er det klart at fagforeningsarbeid og samfunnsansvar ikke er motstridene interesser. Det behøver i ethvert fall ikke være det. Og Legeforeningen så nok mange fasetter i det vanskelige bildet man hadde på 1960-tallet. For det første hadde man en rekke medlemmer man skulle ivareta. Man hadde et sett av medlemmer, noen arbeidet på sykehus noen i allmennmedisin, og disse skulle fungere sammen og alle skulle være fornøyde med legeforeningen. Så sånn sett så ligger det medlemsansvar i det som ble gjort. Og det å øke honorarer, øke muligheter til å drive praksis, forbedre vaktordninger og ferieordninger, låneordninger og pensjonsfond. Man kan godt kalle det fagforeningsarbeid, men i det ligger det også at man sørger for rekruttering til en svært viktig del av norsk helsevesen.



*Figur 3: Fra venstre: Jo Telje, Dag Bruusgaard, Jørund Straand, Per Hjortdahl, Per A. Brodal, Einar Skoglund, Jan Emil Kristoffersen, Hans Petter Schjønby, Jo Asdahl (nesten helt skjult), Harald Siem. (Foto: Ø. Larsen)*

*Stein A. Evensen:* Så det var altså elementer av taktikk i tillegg?

*Einar Skoglund:* Jeg synes de fleste av de tiltakene som ble gjort her er godt gjennomtenkt. De spilte en positiv rolle i flere retninger.

*Steinar Westin:* Kan det ha hatt noen sammenheng med Kringlebotn-komiteén som vakte slik bestyrtelse på slutten av 1960-tallet og som truet med å beordre helsepersonell?

*Einar Skoglund:* Det er klart det. Kringlebotn-komiteéns arbeid ble heftig diskutert i Legeforeningen og den trengte mottiltak, helt klart. Kringlebotn kom i 1967-68. Da var allerede den prosessen som ledet fram til etableringen i 1968 forlenget unnagjort.

*Steinar Westin:* Hadde det noe med balansen mellom sykehusmedisinens og allmennmedisinens tyngde i Legeforeningen å gjøre, eller er det spørsmålet irrelevant her? Det var nemlig det avlatsbildet jeg fikk da jeg kom inn her en gang og noen sa at det var det minste foreningen måtte gjøre for allmennmedisinen når man nå hadde hatt så stor tyngde på sykehusmedisinen og så mye arbeid for sykehusmedisinen i så mange år. Jeg vet ikke dette.

*Einar Skoglund:* Visse motsetninger var det her helt klart. Men jeg synes foreningens styrende organer veldig raskt kom inn på riktig tankegang om å få etablert en god primærhelsetjeneste.

*Hans Ånstad:* Det som vi har hørt om Legeforeningen er veldig imponerende, men det er et poeng fra da jeg var prosjektleder for arbeidet med kommunehelsetjenesteloven hvor jeg vel førte det meste av forarbeidene i pennen. Det står ingenting om forskning i de forarbeidene. Det skyldtes nok i ikke liten grad at dette var noe man regnet med at Legeforeningen stelte med og som det offentlige ikke behøvde å bruke penger på. Og det har blitt en sovepute vi har fremdeles – bare til ettertanke.

*Steinar Westin:* Det må være en ironisk konsekvens av Legeforeningens utmerkede satsing. Jeg tror vi skal gå rett videre til Christian Borchgrevink som skal få holde neste innledning som heter «Professoratet i allmennmedisin ved instituttet de første år – strategi, mål og resultater». Vær så god Christian Borchgrevink.

### **Professoratet i allmennmedisin ved instituttet de første år – strategi, mål og resultater**

*Christian Borchgrevink:* Når man tenker tilbake til 40 år siden, er det i hvert fall én ting jeg er sikker på. Og det er at de to ansatte ved instituttet – det var Dag Bruusgaard og jeg – var mer opptatt av handling enn av teori. Vi satte oss ikke ned og utformet en strategiplan i ro og mak med så og så mange punkter som kunne etterprøves for å se om målene var nådd. Vi var enkle sjeler som sa til hverandre: La oss komme i gang og se hvordan det går! Og slik gikk det.

Et institutts oppgave er tredelt: Det er forskning, undervisning og formidling. Og vi kan trygt si at vi de første årene hadde lite å formidle. Av de to andre oppgavene er det liten tvil om at vi prioriterte undervisningen. Det hadde nok flere forklaringer. Dag hadde beskjeden forskningserfaring da han kom til instituttet. Jeg hadde riktignok fått professorkompetanse, men min forskning dreide seg mest om eksperimentell hemostaseforskning og kontrollerte kliniske forsøk basert på sykehusmateriale. Og før Dag kom i gang med sitt doktorarbeid, var forskningsaktiviteten vesentlig knyttet til stipendiater.

Vi var relativt flinke til å skaffe penger, og det var lett å tiltrekke seg forskningsinteresserte allmennpraktikere, enten de kom med egne prosjekter eller bare hadde lyst til å forske og ikke visste riktig hva de skulle forske på. Vi må dessverre innrømme at vi på instituttet den gangen var relativt skep-

tiske og negative til dem som kom med forslag om egne prosjekter. Vi syntes ikke de alltid var så gjennomtenkte. Og med en viss rett ble vi av og til kalt institutt for akademisk abort eller forskningsabort.

I vår frustrasjon over at vi ikke kom så fort i gang med forskning, inviterte Dag Per Andersen, vår kjente nevrofysiolog, til instituttet for å fortelle oss hva vi kunne gjøre for å komme skikkelig i gang med forskning. Det er ikke noe problem, sa han, det er bare å få fatt i en skikkelig leder. Og der fikk vi den!

Vår forskning besto den gang i stor grad av å *telle*: Hva gjorde allmennpraktikerne? Og i liten grad spurte vi om hvorfor. Det er vi kanskje litt skamfulle over. Og vi hadde vel en målsetting: La de tusen blomster blomstre fremfor de få, store prosjekter.

Mens jeg nok føler at vi ikke har så mye å skryte av de første årene når det gjaldt forskning, så synes jeg det gikk bedre på undervisningsfronten. Men det var selvsagt ikke problemfritt. Allmennmedisin var ikke noen del av studieplanen. Undervisningen var frivillig. Det var ikke noen eksamen i allmennmedisin, noe vi kunne bruke til å skremme studenter til økt oppmøte. De to fast ansatte hadde lite praksis fra allmennmedisin selv og kunne vanskelig på en troverdig måte undervise i allmennmedisin. Vi hadde heldigvis en gruppe på tre erfarne allmennpraktikere knyttet til instituttet, og de hjalp oss godt.

Målsettingen var å komme inn i alle kliniske fag. Det viste seg meget vanskeligere enn jeg hadde tenkt meg. Jeg ble ofte møtt med «I mitt fag har vi så få timer at vi ikke har noen å avgi, men prøv nestemann, han har mye bedre tid.» Og sånn gikk det rundt. Heldigvis hadde vi Martin Seip. Han var president i Legeforeningen på det tidspunktet da vi begynte og var på en måte fadder for instituttet. Han tok sitt fadderskap alvorlig, slik at vi kom ganske godt og tidlig inn med pediatri i allmennmedisin. Det ble ganske populært. En målsetting var å vise studentene at allmennpraksis ikke betyr solopraksis på et litt dårlig kontor på et hjørne i Oslo nesten uten hjelpepersonell. I den forbindelse var den nystartede gruppepraksisen i Hokksund et funn. Gruppe etter gruppe av studenter fikk anledning til å være en dag eller en halv dag på gruppepraksisen i Hokksund. De kom ofte tilbake med tårer i øynene og det var klart motiverende for allmennpraksis videre.

Det at vi startet på bar bakke, var ikke bare et handicap, det var klart en utfordring som skrek etter initiativ og nytenkning. Vi ønsket å møte studentene tidlig i studiet før de ble indoktrinert i sykehusmedisinen. I tillegg til at jeg hadde en forelesning for studentene på instituttet allerede første dag de begynte på universitetet, hadde vi seks dobbelttimer den første

terminen. På frivillig basis ble studentene delt inn i seks grupper. Hver gruppe ble ansvarlig for en dobbelttime. Det kunne dreie seg om den gamle pasient, den psykiatriske pasient, den alvorlig syke og døende pasient, eller problemer når pasienten vet mer om sin egen sykdom enn legen. Gruppene fikk utlevert litteratur og en liste over steder og personer de kunne kontakte. Jeg hadde kontakt med gruppene underveis og var til stede på selve dagen, men det var studentene som ledet og drev hele undervisningen, ofte sammen med en pasient de hadde med seg. Det var vel en form for PBL før dette ble aktuelt senere. Jeg lærte i hvert fall at studentene var en ressurs som vi også kunne utnytte i undervisningen. Vi ønsket også utplassering i allmennmedisin, men det kom senere og ikke i de første årene.

I den sosialmedisinske termin på slutten av studiet fikk vi slippe til med en rekke seminarer. Disse ble stort sett positivt mottatt, sannsynligvis fordi vi tok opp emner som ikke vanligvis ble belyst i studiet ellers: Om å ta feil, hva gjør man når man har begått en alvorlig feil? Om å handle under tvil, det er lett å handle når man er sikker, men hva gjør man når man er i tvil? Og hva svarer man når man får et brev fra den farmasøytiske industri at du er buden til et tre dagers møte i Paris for å høre om moderne blodtryksbehandling? Det ble en spennende debatt. Vi introduserte Balint-grupper<sup>7</sup> ved hjelp av psykiaterne på Lovisenberg sykehus.

Noe som jeg la mye arbeid i, men som jeg dessverre ikke fikk til, var å prøve å vise betydningen av kontinuitet i allmennmedisinen overfor studentene. Vi prøvde å knytte en student til en familie og følge denne familien gjennom seks år på den måten at hvis en av familiens medlemmer skulle komme til konsultasjon hos meg skulle jeg også innkalle studenten, skulle de på sykehus, skulle også studenten bli informert. Det virket veldig ålreit i teorien, men var veldig vanskelig å få til i praksis. Jeg klarte det med én pasient, og det var moro, men mer ble det ikke ut av det.

*Steinar Westin:* Takk til Christian Borchgrevink. Jeg har med en gang lyst til å føye til et spørsmål angående mitt bilde av Institutt for allmennmedisin i Oslo – riktignok er det fra 1978 og utover. Det var muligens noe senere, men det fantes en Peter F. Hjort på korridoren eller i så nært samkvem med dere på instituttet at jeg av og til ikke var klar over hvem som var på hvilket sted. Og jeg vil jo tro at samlivet med Peter Hjorts gruppe for helsetjenesteforskning var viktig, kanskje du kan kommentere akkurat det?

---

<sup>7</sup> System for psykologisk gruppeveiledning av allmennpraktikere, oppkalt etter ungareren Michael Balint (1896-1970).

*Christian Borchgrevink:* Ja, gjerne. Jeg ble bedt om å snakke om de første årene. Jeg hadde god kontakt med Peter også på den tiden, men ikke på instituttet. Men det betød jo mye for hele stemningen på instituttet å ha den gruppen som var så spennende og aktiv hos oss, men ikke akkurat de første årene.

*Steinar Westin:* Men som da etter hvert fikk mange forskningsprosjekter med klar tilknytning til primærhelsetjenesten og allmennmedisinen, og som vi utenfra etter hvert assosierte som en del av det samme miljøet. Kanskje Peter F. vil kommentere det?

*Peter F. Hjort:* Ja, Christian, du var jo en avgjørende hjelper i Tromsø, i studieplanutvalget der. Så jeg tror dine ideer spilte en stor rolle for Universitetet i Tromsø.

*Steinar Westin:* Da skal Peter få snakke mer om dette siden. Per Fugelli:

*Per Fugelli:* Steinar Westin, i din innledning så sa du veldig riktig at når vi skal prøve å begripe oss på historie, så må vi ikke bare tenke på makter og på politiske og økonomiske krefter og tidsånd, men det er også noe som heter mennesker. Og da er det en viktig del av historien som jeg tror de aller fleste rundt dette bordet har erfart og kan skrive under på, at Christian Borchgrevink var, i seg selv, en formgivende kraft i denne perioden. Som begeistringsskaper, som byggmester. Som en magnet på unge folk, unge grådige hjerner som så at her gikk det an å komme inn i ett nytt fag. Og hvor det var en leder, uansett hva Per Andersen sa. Hvor det var en leder som gikk frem med freidig mot og sang og spill. Som de sier i Nord-Korea: Du var vår sol.

*Steinar Westin:* Stein Evensen hadde lyst til å kommentere:

*Stein A. Evensen:* Ja, det var litt i samme retning som Per. Christian, din rolle og hvilken betydning du hadde for unge mennesker etter deg, det tror jeg mange skal komme tilbake til i løpet av dagen. Men hvis vi nå går tilbake til de aller, aller første år, så var det jo et faktum at du kom fra «den andre siden». Før du hadde demonstrert at du faktisk la livet ditt i allmennmedisinen, for det har jeg følelsen av at du virkelig gjorde, så var det jo et spørsmål om hva slags mottakelse du egentlig fikk. Det var ikke slik at du ble opplevd som en utenifra som skulle til å styre og stelle? Ble du varmt mottatt, eller var det visse vanskeligheter med å etablere seg som en representant nettopp

fra den dominerende sykehusmedisinen som seiler inn på dette feltet også?

*Christian Borchgrevink:* Jeg føler at jeg ble veldig godt mottatt. Og for å besvare det spørsmålet jeg ble stilt isted, om hvorfor jeg ble innkalt til Trykk og Press-komiteen: De skulle se hvem denne fyren var som hadde søkt en stipendiatstilling med tanke på en eventuell akademisk stilling. Jeg følte hele tiden av sinn at jeg var en allmennpraktiker og det skyldes den samme bakgrunn jeg har med Peter Hjort. Vi hadde begge et år på Vestlandet hos Aage Johansen<sup>8</sup> som amanuenser. Og han satte nok preg på oss ved å vise hva en allmennpraktiker sto for, den kontakt han hadde med befolkningen og den pris de satte på ham. Så det har nok preget meg. Dessuten – også før jeg kom til den nye jobben, hadde jeg vært tre år i WHO's arbeid i Indonesia. Så jeg følte på en måte at en sykehuskarriere, en eksperimentell karriere, at min legning lå utenfor det.

*Dag Bruusgaard:* Jeg også hadde tenkt til å ta opp dette, i og med at vi har snakket om Legeforeningens rolle og at universitetet gjorde lite. Og det er jo riktig, men for å følge opp det Christian sier, vi ble mottatt åpent, nysgjerrig, ikke sett på som noen trussel. Vi fikk jo ikke det vi ba om og mulighet for å undervise, så på den måten var en stilltiende, ikke spesielt entusiastisk, oppbacking. Men folk var hyggelige. Jeg så noen universiteter i Tyskland der allmennmedisinen kom inn med et professorat som så forsvant ut igjen etter noen år. Jeg følte at vi var innenfor fra nesten dag én. Det var ikke noen som prøvde å reversere den utviklingen. De godtok at dette var noe som hadde skjedd, at sånn måtte det være, og det var bra. Det var den grunnleggende måten vi ble møtt på i akademiet ved det medisinske fakultet.

*Steinar Westin:* Som møteleder har jeg behov for å sortere litt. Det ene er hvordan man ble møtt i akademiet. Men jeg vil jo tro at det måtte ligge motsetninger mellom sykehustradisjonen og Christians bakgrunn som sykehusmedisiner og allmennpraktikerkorpset med en annen type kultur. At det kanskje var en motsetning som var minst like betydningsfull. Asdahl, du hadde tegnet deg.

*Torgeir Asdahl:* Jeg har et litt ambivalent forhold til professoratet til Christian. Jeg støttet det i sin tid i landsstyret og har ikke angret på det. Men jeg har vært litt i tvil om du oppfattet din hovedrolle som forsker eller som

---

<sup>8</sup> Aage Johansen (1901-64).

allmennpraktiker, professor i allmennmedisin. Nå snakket jeg med min fastlege for et par dager siden, eller litt mer kanskje. Jeg fortalte ham om dette seminaret. Han heter Martin Chapman og var en av dine første studenter etter at du ble professor. Og han var full av begeistring. For han ga utvetydig uttrykk for at du var reklame for allmennmedisin, og derfor skulle han bli allmennpraktiker. Okey, men så må jeg stille deg et spørsmål: Når du er forskeren i denne rollen, slår det deg da noen gang at en som forsker kan stå i veien for terapeuten? Hvordan kan man som forsker ivareta den dobbeltrollen? Hvordan kan terapeuten understøtte, for vi snakket den gangen om selvhelbredende og helsebevarende mekanismer, så vidt jeg husker. Det er ikke noe som bare kom opp senere, men det har vært med fra den gangen. Hvordan ivaretar, spiller du den rollen – ivaretagelse av pasientens behov for å tro på legen, og tro på det han foreskriver, og ikke møter en forsker som alltid skal være i tvil om det han foreslår om terapi, om den rette, om den virker og så videre.

*Steinar Westin:* Det er vel noe av dilemmaet for alle som skal være i akademiets verden og samtidig være utøvende lege.

*Trond Nordby:* Jeg hører med stor interesse på det som blir sagt her, og det er om et felt som jeg kan veldig lite om. Men det som melder seg som et spørsmål er at jeg får inntrykk av at dere tenker veldig mye om at ordninger kommer gjennom enkeltpersoner. Gjerne flytende som ei fjæl. Men jeg vil nok si at som statsviter og historiker legger jeg vekt på et helhetsspektiv. Og derfor tente jeg veldig på det Per Fugelli sa i sted om den desentraliseringsideologien som brøyt igjennom på omtrent samme tid. Høyre ville da bryte ned den sterke staten og åpne opp for private initiativ, og Kristelig Folkeparti så på staten som ugudelig, Senterpartiet ville ha overføring av makten til kommunene, desentralisering av makten og så videre. Og dette kom veldig sterkt, og Modalsli-utvalget kom i 1971 og pustet Helsedirektoratet som en del av Sosialdepartementet i ryggen, men det fikk lov til å leve ut Karl Evangs tid. Så det var en veldig bred bølge som kom på denne tiden. Og det som jeg spurte om her, og som jeg fikk et negativt svar på, det var hvilke andre krefter enn Legeforeningen og fremtredende leger var engasjert i opprettelsen av dette instituttet. Var det ikke politiske aktører som presset på, var det ikke andre aktører i det hele tatt, var det andre aktører ved universitetet som ønsket et fag i allmennmedisin?

*Christian Borchgrevink:* To ting. Det ene er hvordan vi, jeg og Dag Bruusgaard, ble møtt av fakultetet med veldig åpne hender og med åpent sinn.



Og det hadde nok sin fordel, for jeg hadde samtidig søkt et professorat i indremedisin. Og ble innstilt som nummer én til det, og sa nei til det. Og sa ja til allmennmedisin. Det syntes folk kanskje var rart, men de kunne ikke si at jeg hoppet over til noe annet fordi jeg ikke hadde sjanse i mitt eget fagområde. Det var en fordel. Men det er klart at det må ha vært et problem for Aplf at de skulle ta en mann som kom fra sykehusmiljøet og bli deres første professor. Nå var det ingen fra allmennmedisin som søkte, det var bare to søkere og den andre ble ikke funnet kompetent, så det var ikke så stor konkurranse. Og det har slått meg ofte hvorfor ikke Bent Guttorm Bentsen søkte. Det er mulig at han ikke hadde fått professorkompetanse, men han var dog en erfaren forsker. Med lang praktisk erfaring og den eneste på den tiden som hadde forsket på allmennpraksis, men han var simpelthen ikke søker. Og det vet jeg heller ikke hvorfor.

*Steinar Westin:* Interessant. Hvem var den andre søkeren? Kan vi spørre om det?

*Christian Borchgrevink:* Victor Lindén.

*Jan Otto Syvertsen:* Til hvordan Christian ble mottatt. I allmennmedisinske kretser har du alltid hatt en veldig høy stjerne, og du ble veldig positivt fulgt opp av allmennpraktikerne. Og du var som person en stor inspirator for sentrale tillitsvalgte i Aplf som kjempet fram vilkår etter hvert. Både du, og ikke minst Peter Hjort, på sin måte, en av de største inspiratorene for ting vi etter hvert fikk til som løftet allmennmedisinen.

*Steinar Westin:* Takk Jan Otto Syvertsen. Vi gir ordet til Jo Telje som har fått i oppdrag å komme med det som heter en «kommentar fra grasrota». Jeg går ut fra at det er fra ditt ståsted som distriktslege på Vinstra som vi nå skal få høre, hva?

### **Kommentar fra grasrota**

*Jo Telje:* Leonardo da Vinci skal ha sagt at visdommen er erfaringens datter. Av det utleder jeg at vitenskapen er basert på erfaringer i praksis, på grasrota. Og det begynte på grasrota.

Bent Guttorm Bentsen har vi allerede hørt om. Han begynte altså tidlig på 50-tallet med systematisk registrering av hva han faktisk holdt på med der oppe på Vormsund. Hvilke pasienter søkte ham, hva gjorde han med dem? Dette resulterte i 14 artikler, ikke 13 artikler, i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og de ble senere samlet i kjempeboken *Illness and General Practice*

som ble utgitt i 1970. Selve opptakten til en rekke deskriptive arbeider i praksis. Per Fugelli gjorde sitt arbeid på Værøy og Røst, jeg gjorde det på Nesna. Men det største og mest gjennomførte arbeidet var Olav Rutles store arbeid fra 1981 *Primærlegen ut av skyggen* og *Pasienten fram i lyset* (1983).

Men den første doktorgraden i allmennmedisin, den har hittil ikke vært nevnt. Den første doktorgraden er det Bjørn Øgar som sto for. Og Bjørn Øgar, han fikk 56 leger spredt rundt i hele Norge til å registrere forekomsten av psykisk lidelse i deres praksis. Jeg var selv en av de 56 «vannbærerne» som sto for innsamling av materiale i praksis. Dette ble så bearbeidet sentralt av en forsker. Dette er en metode som i stor utstrekning har blitt brukt senere, og kanskje i størst grad av legemiddelindustrien. Vi kan si mye både frem og tilbake om akkurat den biten.

Vi har hørt at i 1968 kom Institutt for allmennmedisin i Oslo. Og Christian og Dag skulle promotere allmennmedisinen, vitenskapelig allmennmedisin for oss i praksis. Stein spurte hvordan disse ble møtt i det akademiske miljø. Jeg kjenner til hvorledes de ble møtt fra allmennmedisinen side, og det var ikke udelt positivt i starten. Det var høygradig skepsis til disse to som ikke hadde sin egen bakgrunn fra allmennmedisinen. Og den skepsisen, den varte lenge. Og jeg som var heldig nok til å kjenne disse gutta, jeg husker at jeg reiste land og strand rundt og promoterte hvor bra dette instituttet var og hvor mye de kunne bidra med av veiledning og støtte og så videre. Og etter hvert som folk ble kjent med dere, så har dette helt klart blitt en populær institusjon, og jeg tror ingen i norsk allmennmedisin har noe som helst skepsis i dag. Jeg var selv så heldig å ha Christian som veileder på det lille jeg selv har gjort av vitenskapelig arbeid.

Utover på 1980- og 1990-tallet så fikk vi en rekke andre undersøkelser, mer med et klinisk preg. Hvorledes skulle vi håndtere de medisinske problemstillingene, ideelt sett? Hvor flinke var vi til å oppfylle disse ideelle målsettingene? Og særlig interessant var det når dette ble grunnlagt i lokale grupper, ute på lokalt plan. I mindre grupper sånn som SATS<sup>9</sup> blant annet. Som jeg selv var med på. Det interessante er at det ikke var akademiet som sto bak disse undersøkelsene og fremmet dette, det var Legeforeningen.

I 1978 fikk vi en skjellsettende begivenhet for oss i praksis. Det er «Den lille grønne» som den heter: *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*<sup>10</sup>. Tre av forfatterne sitter her. Schjønby, Siem og Syvertsen. Denne boken betydde mye for oss. Den skapte utrolig mye debatt, interesse og ideologi.

9 Legeforeningens sekretariat for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer.

10 «Tenkekomitéen» innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening. *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*. Oslo: Den norske lægeforening, 1978.



*Figur 4: Fra venstre: Christoph Gradmann, Christian Borchgrevink, Per Fugelli, Peter F. Hjort, Jan Otto Syvertsen, Kim Gunnar Helsvig. (Foto: Ø. Larsen)*

For det var her første gang uttrykket KOPF ble lansert som målet for norsk allmennmedisin. Kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Dette er honnørord som allmennmedisinerne har blitt svært, la oss si, bekymret for. For vi følte at det var for ambisiøst. Så sterkt ble det sagt, at noen rygget unna disse idealene og kravene og sa at dette var galskap å lansere som et ideal for norsk allmennmedisin.

Parallelt med den økte forskningsinnsatsen, akademiseringen, fikk vi et løft i allmennmedisinen i disse årene. Spesialitet, opprettelsen av NSAM<sup>11</sup>, økt prestisje, selvspekt, økt rekruttering, nye lover og forskrifter. Store ord fra politikerne. Dette var allmennmedisinens gylne tidsalder, og når jeg ser tilbake: Du verden så moro å være med på det. Men så kom det et omslag i 1990-årene. Da har det snudd. Og etter hvert sier mine dyktige og entusiastiske studenter som har vært utplassert i seks uker og sett hva jeg sier er rimelig god allmennmedisin på landet, helt klart at de ikke ser en framtid i allmennmedisinen. Dette er for oss utrolig alvorlig. Og jeg mener at dette ikke skyldes at de har dårlig undervisning i allmennmedisin, for kort utplassering eller manglende akademisk backing. Det er etter min mening helt andre, og mye tyngre, trender som er utslagsgivende: Sentralisering, spesialisering, mediapress, forventningskrise, pasientrettigheter, frykt for å gjøre feil, unnfalighet fra politikerne, stort arbeidspress, vaktbelastning, ansvar. Og jeg håper nesten at vi kunne brukt noe tid i løpet av dette seminaret for å prøve å gi oss noen innspill om hvorfor denne utviklingen er blitt slik den

<sup>11</sup> Norsk selskap for allmennmedisin.

er blitt fra midten av 1990-tallet og til i dag. Dette er dypt alvorlig med tanke på hva vi står overfor fremover.

I tillegg til disse forhold synes jeg vi har sett en skummel trend hos mine praktiserende kolleger. Og med det mener jeg en todeling. Det er en relativt liten og aktiv gruppe, aktive i fagforening og aktive i fagpolitikk og fagutvikling. De har hatt nær og god kontakt med instituttene. Men det er en langt større gruppe som vi ikke har fått tak i, og som akademiet ikke har greid å innlemme. Det er en stor gruppe som jeg opplever i dag som passive, desillusjonerte leger. De drukner i dagliglivets trivialiteter og arbeidspress. De har ikke overskudd og initiativ. Og disse er etter min mening et offer for innflytelse fra legemiddelindustrien. Det er for meg veldig alvorlig. Jeg opplever at denne gruppen i stor utstrekning ender som salig Ibsen ville ha sagt det, fastlege, vær deg selv nok!

*Steinar Westin:* Takk til Jo Telje. Jeg hører distriktslegen snakker!

*Dag Bruusgaard:* Apropos skepsis, jeg går et skritt tilbake til Legeforeningen. Altså det *var* motsetninger her. Og jeg ble ansatt uten allmennmedisinsk bakgrunn, så skepsisen gikk nok mest på meg. Og jeg var aktiv i Sosialistiske legers forening. Det var den gang Aftenposten skrev om de *to* legeforeningene. Den ene hadde vel 12 000 medlemmer, den andre 120. Men de snakket om *de to*. Sosialistiske legers forening snakket om sosialisering av primærhelsetjenesten, og Legeforeningen kjempet for privat allmennpraksis. Det er ikke noen tvil om at her var det motsetninger.

Og til deg Per: Man kunne godt være *for* allmennmedisin og *mot* tilbake til huslegen. Det var det flere som var enn Evang, blant annet undertegnende. Men det var noen motsetninger, og jeg var ikke allmennpraktiker. Og dessuten var jeg da i opposisjon til både Legeforeningen og til APLF. De hadde en klar politisk føring på dette. Riktignok ikke de første årene, men da jeg blant annet var med på å prøve å få etablert fastlønn til allmennpraktikere på Stovner helse- og sossialsenter, truet Legeforeningen med å boikotte stillingene. Så det var motsetninger, det er ingen skjær idyll. Heldigvis har det vært motsetninger og ulike synspunkter. Ellers så ville det jo vært kjedelig, og det var slettes ikke kjedelig. Det var kjempespennende.

*Steinar Westin:* Jeg hører. Jeg ser flere hender. Det var Per Fugelli først, så Jan Otto Syvertsen.

*Per Fugelli:* Jeg synes bare, uten at vi trenger å ta den diskusjonen nå, men at vi skal ha det med oss gjennom dagen, dette som Jo reiser. Stein Evensen,

du sa innledningsvis, og jeg er ikke enig med deg, at vi ikke skal bruke dette møtet til å tenke fremover. Men altså, Gud bevare meg vel, er det noe av det som gjør historien spennende, så er det at den kan gi oss noen tips, noen råd, noen føringer. Og jeg synes det er veldig viktig det Jo sier, at vi på en måte har et slags åndsskifte der ute i allmennpraktikerfeltet de siste 10-15 åra med en økende grad av, om ikke oppgitthet, så i alle fall et potensfall. Og jeg synes det er viktig å prøve å fortolke universitetsinstituttene rolle, eventuelt utfordring, knyttet til å prøve å puste nytt liv, fagutviklingsliv, inn i allmennpraksisfeltet.

*Jan Otto Syvertsen:* Jeg sa at Christian Borchgrevink ble mottatt med åpne armer og hadde stor støtte blant allmennpraktikerne og var en stor inspirator. Men det er også riktig, som Dag sier, at det var en stor skepsis i Aplf mot de som var fanebærere for å få omtrent alle leger på fast lønn. Vi hadde det til felles at vi ønsket å få en god, solid allmennmedisin og at man skulle ha de to systemene ved siden av hverandre. Men de som gikk for enten bare privatpraksis eller bare fastlønn, de falt i dårlig jord hos oss. Og det skal jeg ikke legge skjul på.

Jo var inne på tanken om *Morgendagens primærlegetjeneste* som er allmennmedisinens ideologi, og som ble skrevet i midten av 1970-tallet av oss. Da har jeg lyst til å si at i 1974 eller 1975 var vi samlet til årsmøte i Aplf i Trondheim. Da hadde vi et foredrag av Peter F. Hjort som var fantastisk, og som til de grader var inspirerende for oss tillitsvalgte. Harald var den gangen leder i OLL, Harald Siem, og jeg var veldig aktiv i Aplf. Og vi gikk hjem og nedsatte denne komitéen, inspirert av Peter F. Hjort, som også tegnet trygghetsfanen og sa vi skulle satse på ideologien. På bakgrunn av det foredraget og det vi sydde sammen, så fremmet vi denne ideologien.

Det var da spørsmål om man skulle satse på allmennmedisin i Norge eller bare den spesialiserte sykehustjenesten. Det var en stor diskusjon. På landsmøtet i Loen i 1977 foregikk det et slag om allmennmedisin: ja eller nei. Harald Siem og jeg innledet til debatt på den åpne delen av landsmøtet om det skulle satses på allmennmedisin i motsetning til en oppsplitting av primærhelsetjenesten i særomsorger og åpne spesialistpoliklinikker. Og det ble slik at allmennmedisin gikk av med seieren. Man bestemte seg for å satse på allmennmedisin.

Boken ble så kort etter gitt ut. Det var faktisk nesten med tårer i øynene jeg hørte formannen i Stortingets sosialkomité, Odd With, på Solstrandkurset året etterpå fortelle hvordan Sosialkomitéen så på allmennmedisin. Og han sto faktisk i nesten en halv time og leste opp fra *Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste* og gjenspeilte hvordan Stortinget så på utfordringene våre.



*Figur 5: Fra venstre: Olav Gunnar Ballo, Dag Bruusgaard, Jørund Straand, Per Hjortdahl, Per A. Brodal, Einar Skoglund, Jan Emil Kristoffersen.  
(Foto: Ø. Larsen)*

*Steinar Westin:* Jeg hører av det vi beskriver her, at vi befinner oss i et farvann med ulike dimensjoner av motsetninger. Vi har én motsetning mellom sykehusmedisin og allmennmedisin. Grasrota utenfor og byene er en åpenbar motsetning. Vi har en motsetning mellom høyre og venstre i politikken. Den private legepraksis mot Dag og noen andre sterke aktører. Det var en veldig sterk trend den gangen for å få Jan Ivar Kvammes helse- og sosialsentre i offentlig regi, for å få godt samarbeid mellom disse tjenestene. Vi hadde Stovner som ble nevnt her, og vi hadde det med at legen skulle være mindre næringsdrivende og mer *helsearbeider* som det het i disse årene, på lik linje med mange andre. Så her lå det også en motsetning.

Men så ligger det kanskje også en motsetning *i tiden*? Trond Nordby etterlyste det her, var det *andre aktører* som var interessert i å bringe allmennmedisinen fram? Var det bare Legeforeningen? Jeg vet ikke om det går an å reise dette spørsmålet. Er det en sak her vi ikke har fått belyst godt nok? Hvem kan svare Trond Nordby på hans spørsmål?

*Stein A. Evensen:* Bare for å supplere det igjen. Jeg synes at Trond Nordby bør få svar på det han stiller spørsmål om. Dette er noe vi trenger av hensyn til nettopp hva dette seminaret egentlig handler om. Hva med Stortinget? Hva ble løftet i Stortinget? Er det noen som vet noe om det? Jeg ville tro at kanskje Christian vet noe, kanskje Dagfinn vet noe, det er viktig «for the records» at dette kommer frem. Og så til slutt bare et hjertelig hjertesukk: Jeg merker nå at temperaturen begynner å stige litt, og det er bra. Det er utmerket.

Og så til deg Jo: Jeg er slett ikke imot å snakke om allmennmedisinens fremtid, for den er uhyre viktig. Men vi har altså veldig lite tid for å dekke selv dette store emnet her, og da gjelder det å konsentrere seg, tror jeg. Bli det tid til overs.... det er middag i kveld! Så det er alle muligheter!

Men tilbake til spørsmålet: Er det noen som vil ytre seg om andre enn Legeforeningen når det gjaldt å få dette i gang? Det er et sentralt og viktig spørsmål.

*Hans Petter Schjønby:* Kanskje noen stikkord. Jeg er helt enig i at utenlandsmedisinerne som kom, og som etter hvert ble like tallrike som hjemmemedisinerne tidlig på 1970-tallet, men allerede fra midten av 1960-tallet hadde de en avgjørende betydning. ANSA var nesten alene om å opprette plan om medisinundervisning på Aker og Lørenskog og fikk utvidet kapasiteten. Ønsket var da at mange av de studentene som hadde reist ut og følte seg forvist til utlandet, ville fort hjem igjen. Andre av oss ville gjerne være lenger ute. 1968-bølgen var selvfølgelig helt avgjørende. Det var en antiautoritetstid som betød mye. Kringlebottn-komiteen ble diskutert husker jeg, også på seminarer med utenlandsstudenter og hjemmestudenter på Leangkollen fra slutten av 1960-tallet. Men også tanker om hvem som skulle ta ansvar for helsetjenesten utenfor sykehus, var et vesentlig tema i tiden. Vi fikk Stortingsmelding nr. 85 om helsetjenesten utenfor sykehus. Betegnende nok «utenfor sykehus», det var som «resten av tjenestene». Det som *var* helse-tjenesten, var jo det som var *innenfor sykehus*. Men så hadde man da også noe utenfor murene, som Dag Bruusgaard brukte å si. Og så vi fikk vi stortingsmelding nr. 9 om et regionalisert sykehusvesen og LEON<sup>12</sup>-prinsippet. Alt dette skjedde bredt i samfunnet, og ikke bare innenfor fakultetet eller Legeforeningen.

*Jan Otto Syvertsen:* Jeg vil jo si at etter at Odd With som leder av sosialkomiteen signaliserte veldig klar forståelse for og støtte i 1977-78, så opplevde jeg en veldig positiv holdning fra Stortinget i det forhandlingsarbeidet

---

12 LEON = Laveste effektive omsorgsnivå.

som foregikk. Det kan kanskje også Hans Ånstad bekrefte – du var jo med i forhandlingene, på andre siden av bordet. Det var mye positivt i forhold til allmennmedisinen i de forhandlingene som måtte føres for å få et løft i betingelsene for faget.

*Dagfinn Gedde-Dahl:* Først: Det var ikke så veldig mange allmennpraktikere med erfaring som hadde den akademiske kompetansen som skulle til for å bli professor. Derfor var det helt selvsagt at vi måtte lete blant sykehusmedisinerne for å finne egnede kandidater. Det skjedde både i Oslo og i Bergen. Humerfelt kom fra indremedisinen i Bergen og var første professor der, og Christian kom fra Rikshospitalet og var første professor her.

Jeg tror jeg må foregripe noe av det jeg skal si senere, og det er at Legeforeningen på den tiden var en tredelt organisasjon. Det var en fagforening for alle fast ansatte leger, det var en næringsorganisasjon for alle praktiserende leger, altså de som var selvstendig praktiserende, enten de nå var spesialister eller de var allmennmedisinere. Og så var det en faglig forening som helt siden starten i 1886 hadde vært ansvarlig, som ethvert ansvarlig laug, for at standarden på det laugsmedlemmet utøvet var patent. Det er dette som er bakgrunnen for at samfunnet på sin side var så vant til at «det der tar Legeforeningen seg av». Derfor var det først ut på 1970-tallet at de virkelig begynte å blande seg inn i det som foregikk. Og inntil da så hadde de faktisk regnet med at «dette ordner Legeforeningen med». Derfor er jeg den siste, kanskje, som opplevet en del. Jeg hadde blant annet Bjercke som generalsekretær i det første halvåret jeg var president. Jeg har opplevd gammeltida og sett den enorme forskjellen som det er å være Legeforening i dag i forhold til den gangen. Jeg tror at det er en av grunnene til at vi må lete litt for å finne politiske aktører som pådrivere. Og som Evensen har vært inne på: Fra universitetets side så var ikke aktiviteten urovekkende høy.

*Steinar Westin:* Det Harald Siem lanserte om at det var noe med tidsånden – den hadde stor betydning. Sigurd Humerfelt ble den første professor i allmennmedisin i Bergen. Han var hypertensjonsforsker og indremedisiner. Denne utnevnelsen skjedde heller ikke uten mumle mumle blant allmennpraktikere som også tenkte seg at en som virkelig kom fra allmennpraksis ville vært gunstig. Sigurd Humerfelt hadde vel ikke turnustjeneste og tok tre måneder som nødløsning på Askøy for å få noe som lignet på en autorisasjon. Så han hadde vel ikke stor troverdighet, men ble en utmerket fagperson. Men ikke med den så tydelige profilen som jeg tror instituttet i Bergen senere fikk. Jeg tror Per Fugelli måtte gjøre en liten revolusjon der borte før vi fikk en sterkere allmennmedisinsk profil på det.



Men jeg tenkte å få med det Harald Siem sier her, at vi ikke må glemme at vi er inne i den store antiautoritære bølgen. Pariseropprøret 1968. Vi begynner å få den voksende motstanden mot EF/EU-medlemskap. En slags ny bølge av en sterk venstrevind selvsagt, koblet til «a passion for the periphery» som Peter F. Hjørt har uttalt noen ganger.

En slags bølge gjorde at det å *ikke* gå inn i sykehusvesenet ble litt *in* blant ledende studenter på den tiden. Man begynte plutselig å snakke om at det å være ute blant folket var åleit. Det at Mads Gilbert ble doktor på Karlsøy var ikke helt uten sammenheng med det her, ikke sant. Det var mange som gjorde slik. Per Fugelli havnet på Røst. Det var *in* i tiden å ikke lage seg karriere i sykehusene, men å være der folket var. En slags idealistisk idé om å tjene folket. Vi skal ikke undervurdere, tror jeg, at det lå i veggene, at det lå i studentmassen, at det lå i tiden. At allmennmedisinen på den måten fikk en uventet og ufortjent drahjelp i mange år framover som en følge av den bølgen, tror jeg det er riktig å si. Det er mitt synspunkt i ethvert fall.

*Christian Borchgrevink:* Bare en kommentar til Dagfinn. Det er ikke riktig at man *måtte* gå til sykehus for å få en professor i allmennmedisin. Hvis man ville ha en *professor* nå, så måtte man gjøre det. Man kunne isteden sagt: Vi satser på en allmennpraktiker, interessert i forskning, som har drevet med forskning og gjør han professorkompetent ved å gi ham stipendier. Da får vi en professor i løpet av 3-4-5 år. Om valget noen gang har vært bevisst, at man gjorde det valget, det vet jeg ikke. Men det var i hvert fall en mulighet.

*Einar Skoglund:* Det er jo en selvfølge, men Legeforeningen hadde ikke fått til alt det man fikk til, uten at man hadde grobunn for det og tillit og støtte i det norske samfunn. Å få avsatt 4,5 millioner kroner første gang til utdanningsfond og deretter 1,03 % i kommende forhandlinger år etter år, krevde støtte i det norske samfunn også politisk. Politikerne hadde sett krisen, og den måtte også løses politisk. Så det var i et veldig nært samspill med Sosialdepartementet som også hadde politikerne i ryggen, og Rikstrygdeverket. Og gaveprofessorat, det er ingen billig gave å få. Det gikk riktignok litt mer enn fem år, så det ble dyrere for fondet enn ventet. Men det ble overtatt av universitetet og er en fremtidig utgift. Så det var avklart på regjeringnivå, ikke bare med universitetet, at man tok imot den gaven.

*Steinar Westin:* Det var alltid en krig på universitetene om hvorvidt man klarte å konvertere disse femårige engasjementene. Det var ikke riktig alle som ble konvertert, men nesten alle stillingene ble overtatt av universitetene.

*Per Hjortdahl:* Det er et motsetningsforhold som ikke er tatt opp i noen særlig grad, og det er by versus land. Jeg var god, gammeldags distriktslege på Værøy og Røst en del år. Jeg kom så inn som bydelslege i Oslo. Jeg så da hvor stor forskjell det var i allmennpraksis mellom land og by. Jeg synes vi bør nevne stadsfysikus Fredrik Mellbye i denne sammenheng. Han satte et helt nytt system, eller et rimelig nytt system, i gang i Oslo med bydelslegetjenesten som er veldig annerledes enn den allmennlegetjenesten vi ellers har snakket om.

*Trond Nordby:* Dere snakker nå om motsetninger. En motsetning jeg er nysgjerrig på, er i forhold til distriktslegene og helserådene, fordi Karl Evang og hans stab satset veldig mye på distriktsleger, offentlige leger og helseråd. Var det en erkjennelse av at de ikke strakk til i det arbeidet som skulle gjøres, slik at allmennpraktikerne ble sett på som et supplement? Er det misforstått eller? Ble det erkjent at den enheten som Evang satset stort på, med helseråd og distriktsleger, at den ikke strakk til i helsearbeidet, slik at man måtte øke staben gjennom allmennmedisinere? Slik at det ble et større tilfang av leger som kunne hjelpe til på lokalt nivå enn det som tidligere var løst gjennom distriktslegene først og fremst, men også med støtte fra helserådene?

*Steinar Westin:* Jeg oppfatter det slik at Evang i avskjedsintervjuet snakket mer allment om prioritering når det gjaldt ressurstilgang. Det er klart at han var tilhenger av det offentlige helsevesen og distriktslegene som bærebjelke i primærhelsetjenesten. Når han mente at han ikke satset nok, så forsto jeg det slik at han ville forlenge den type organisering av primærhelsetjenesten, og var fremdeles ikke spesielt ivrig for privat praksis. Sånn hørte jeg ham i dette intervjuet. Hvordan det foregikk, kan man jo lure på. Men det ble en ganske sterk oppbygging senere med flere slike distriktslegestillinger og distriktslege II-stillinger. Han dublerste mange stillinger innenfor det samme konseptet. Vi fikk også en stor vekst i fastlønnsstillinger gjennom en periode etter at Evang gikk av. Men det var den type utvikling jeg så for meg at han fremmet den gangen. Jeg hørte ham ikke snakke spesielt varmt om privat praksis som selvstendig næringsdrivende virksomhet. Men han snakket en del om primærhelsetjenesten i sin helhet. Sånn hørte jeg ham.

*Hans Petter Schjønby:* Jeg vil bare understreke det som flere nå har vært inne på, og som jeg skjønner er veldig viktig å få presisert, dette at utviklingen av helsetjenesten til enhver tid er en integrert del i en samfunnsmessig utvikling. Den kulminerte for helsevesenets del i kommunehelsetjenesteloven i 1984, og senere mer generelt i den nye kommuneloven i 1992, var det vel,

som ga nærmest uinnskrenket makt, for overdrive litt, til det enkelte kommunestyre her i landet. Det ligger politisk vilje bak dette her, og det er Stortinget som mer eller mindre enstemmig har kjørt denne desentraliseringslinjen, denne grasrotlinjen, hvis man kan bruke et sånt uttrykk.

*Stein A. Evensen:* Bare for ikke å være overprøvende: Vi må minne hverandre om at det vi snakker om ikke er allmennmedisinens utvikling, det er *akademiseringen av faget* og det som skjedde den gangen. Det kan sies utrolig mye om hvordan allmennmedisinen har utviklet seg i forhold til samfunnet forøvrig, men det er altså utenfor emnet som vi skal prøve å få belyst.

*Steinar Westin:* Vi hører. Vi må prøve å ikke svikte våre oppdragsgivere her.

*Harald Siem:* Det var til spørsmålet til Nordby. Jeg er enig med Stein i at vi nå snakker om helsevesenets utvikling og ikke så mye om det akademiske faget allmennmedisin.

Men ganske kort: Distriktslegen var mye eldre enn Evang. Ordningen ble sett på som en genistrek ved at man hadde en statlig ansatt lege som var formann i helserådet. Det kunne føre til en desentralisering av helsepersonell som fikk anledning til å drive privat praksis, men da som en entreprenør som var pliktig til å bo i distriktet. Og skulle han være ute av distriktet mer enn 24 timer, var han pliktig til å søke fylkeslegen om det. Ellers var han pliktig til å gi nødvendig legehjelp til den befolkningen der han bodde. Det er en viktig ting.

Det andre er at det var snakk om privat praksis – stykkpris og fastlønn. Det var vel særlig Svein Hindal som i flere år sa at det som det egentlig dreier seg om, er å legge et offentlig ansvar for å tilrettelegge for allmennmedisin. Og jeg reiste ett år land og strand rundt, etter Syvertsen, etter at vi var enige om *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*. Nå var det om en offentlig tilrettelagt helsetjeneste. Det var stor interesse fra alle legeföreninger i fylkene for å se på dette. Og vi ble ganske godt mottatt. Det var ikke noen stor motsetning i legekretsene når det gjaldt at det offentlige skulle ha et ansvar for å legge til rette for enten privat praksis eller fastlegestillinger. Og i Oslo fikk man det ved at Fredrik Mellbye tok initiativ på vegne av Oslo helseråd og la til rette for fastlegestillinger der man ikke fikk søkere fra privatpraktiserende.

*Jan Otto Syvertsen:* Spørsmålet til Nordby bør jo besvares. Det var jo slik at distriktslegene hadde en sentral posisjon. Det var ikke noen dårlig ledelse

av helserådene den gang. Men distriktslegen forsvant med innføringen av kommunehelseloven i 1984, og om det var det en kamp: Skulle distriktslegen forsvinne eller skulle han ikke? Vi skal ikke legge skjul på det. Den saken ble veldig grundig drøftet i Legeforeningen. I Aplf-styret, som jeg den gang ledet, var det bare jeg som syntes at distriktslegen burde tas vare på videre. Da var jeg allerede blitt distriktslege. De andre var ikke for det. De mente dette skulle avgjøres av OLL, og at vi fikk høre på hva de bestemte. Og det ble diskutert der, og der ble det en avgjørelse, 3-2, som vi lurer på hvilken vei egentlig gikk. Dette var etter Harald Siems tid, men der kom altså beslutningen, som en 3-2 avgjørelse, for å avskaffe distriktslegen i Norge. Og det tok Sentralstyret til følge og oversendte til myndighetene. Faktisk snakket jeg den gangen med Erlandsen som satt i Sosialkomiteen, og han sa at det var stor betydning for hva vi fant på, hva som kom fra Legeforeningen, og der kom det klart signal om at man ønsket å avskaffe distriktslegene. Noe av det dumme vi gjorde. Også Mork var sterkt i mot det og var ganske fortvilet over at han mistet alle distriktslegene i Norge. Distriktslegetjenesten hadde en annen viktig rolle. Det var at den ga en veldig god rekruttering til utkant-Norge. Det ble borte og mye vanskeligere etter dette. Det er faktisk Legeforeningen som har en stor del av skylden for at dette forsvant, ikke fordi den var dårlig.

*Steinar Westin:* Det er interessant å høre, og særlig fra en tidligere leder i Aplf, denne varme talen for distriktslegen. Vi skal runde av dette punktet, men Hans Petter Schjøsby.... du var ikke riktig ferdig med innlegget ditt.

*Hans Petter Schjøsby:* Det snakkes her om den store mengde med distriktsleger og distriktslege II som ble pøst ut på markedet i slutten av 70-årene av Evang. Det var slett ikke Evang, dette var et vedtak som ble fattet i Stortinget og Stortingets motiv var én ting: Det var å skaffe legehjelp til distriktene, og ikke noe annet. På lik linje med det første helsepolitiske vedtaket som ble truffet i Stortinget 1820, da man opprettet distriktslegestillinger, men med ulik avlønning om du satt nordpå og vestpå, eller sentralt på Østlandet. Det er en linje her når det gjelder forholdet – politikerne og allmennmedisin.

*Steinar Westin:* Jeg er helt enig i det, klart dette er lenge etter Evang. Men jeg sier at det er vel noe i Evangs ånd å tenke det offentlige helsevesen også når det gjaldt primærhelsetjenesten.



*Figur 6: Fra venstre: Jørund Straand, Per Hjortdahl. (Foto: Ø. Larsen)*

*Hans Petter Schjønby:* Jeg tror Evangs forhold til distriktshelsetjenesten, til sine distriktsleger er så komplekst og vanskelig, og fortsatt litt ømt og sårt hos mange, at Evang krever et par-tre seminarer.

*Steinar Westin:* Jeg har flere ganger gitt studentene våre eksamensoppgave i å beskrive Evang-epoken. Men vi skulle gjerne hatt flere historikere på den saken, det er et interessant spørsmål. Jeg er helt enig.

Skal vi nå rett og slett si at vi gjerne vil høre på Peter F. Hjort som har i oppdrag å snakke om drahjelpen fra Tromsø. Vær så god, Peter:

### **Allmennmedisinen – drahjelpen fra Tromsø**

*Peter F. Hjort:* Mitt oppgitte tema er «Allmennmedisinen – drahjelpen fra Tromsø». Jeg har valgt et personlig perspektiv, selv om det virker både selvopptatt og urettferdig, for Universitetet i Tromsø var et stort felles prosjekt. Jeg havnet helt uforskyldt i prosjektet:

Universitetet i Oslo har alltid holdt sin årsfest den 2. september i Aulaen, og det skal holdes en stor forelesning som går på omgang mellom fakultetene. I 1967 skulle professor Alf Brodal holde forelesningen, men han ga oppdraget til meg. Jeg sa OK, jeg skal gjøre det på én betingelse – at du ikke får ikke manuskriptet. Ja vel, sa han. Her fikk jeg lov til å si alt det jeg hadde brent inne med i fakultetet som ung dosent, og jeg kalte forelesningen «Tanker om medisinen i framtidens samfunn».

Noen måneder senere, den 28. mars 1968, vedtok Stortinget at det skulle opprettes universitet i Tromsø. Det skulle ha klinisk undervisning i medisin, slik som Universitetet i Bergen hadde hatt. Dette vedtaket om Universitetet i Tromsø utløste en storm av protester fra Helsedirektoratet, Legeforeningen og Universitetet i Oslo. Alle hevdet at det var en håpløs idé. Jeg var for eksempel den eneste som stemte for idéen i Det medisinske fakultet i Oslo.

Motstanden førte til at departementet ikke klarte å finne en egnet medisinere da de skulle oppnevne et interimstyre for det nye universitetet. Statsråd Kjell Bondevik ringte til meg og ba meg ta oppdraget, og sa: «Nå kan De gjennomføre Deres tanker om medisinsens rolle i framtidens samfunn ved det nye universitetet». Jeg stilte en rekke betingelser, blant annet at det måtte bli en komplett medisinsk skole fra starten. I sin store nød godtok departementet alle betingelsene. Dermed var interimstyret i gang fra januar 1969.

I mars 1969 oppnevnte styret fagutvalget for medisin, og ga det i oppdrag å lage en studieplan. Vi plukket ut medlemmene av dette fagutvalget med stor omhu for å sikre oss at de var enige med oss, blant annet var Christian Borchgrevink en viktig person.

Jeg tok meg en rundtur til det Verdens Helseorganisasjon kalte «progressive medical schools» og kom hjem med de nye idéene ute i verden. Jeg besøkte også alle sykehusene i Nord-Norge for å få dem med på laget. Så laget vi studieplanen og publiserte den som «den lille halv-røde fra Tromsø», halvt rød for det nødvendige i det nye, og halvt hvit for det gode i det gamle. De viktigste trekkene i denne studieplanen kommer nå:

For det første: Full integrasjon av teoretiske og kliniske fag i de såkalte organkursene.

For det andre: Studentene skulle møte pasientene fra dag én. Jeg holdt selv den første forelesningen for kull én, og viste frem en dame med leddgikt.

For det tredje skulle studentene ut fra universitetssykehuset i perioder, dels for å arbeide i allmennmedisinen og dels for å arbeide ved lokalsykehusene.

For det fjerde skulle alle studentene skrive en hovedoppgave, ca. tre måneders arbeid.

Og for det femte skulle det ikke være noen karakterer, bare *bestått* eller *ikke bestått*.

Studieplanen var en radikal nyskaping i Norge, men noen av ideene skrev seg fra medisinske skoler i utlandet. Planen ble en fane for det nye universitetet. Det var full oppslutning fra studentene, fra lærerne i Tromsø, fra allmennpraktikerne i landsdelen og fra lokalsykehusene. Etter hvert er flere av idéene tatt opp ved de andre universitetene i Norge. Enhver studie-

plan må selvfølgelig stadig revideres, men de grunnleggende ideene er blitt stående i Tromsø gjennom 40 år.

Hva har så disse tankene i Tromsø betydd for allmennmedisinen i Norge? Det var et klart mål i Tromsø å styrke allmennmedisinen i det medisinske studiet. Og da var det selvfølgelig nødvendig å arbeide for høyere kvalitet i allmennmedisinen. Legene skulle være lærere for studentene, og de måtte sørge for kvalitet i faget og i sin undervisning. De måtte bokstavelig talt gjøre seg fortjent til anerkjennelse fra studentene. Vi måtte selvfølgelig opprette et institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, og vi så den nære forbindelsen mellom allmennmedisinen og samfunnsmedisinen, eller sosialmedisinen som vi kalte det den gangen. Vi så også at epidemiologi måtte bli viktig, og derfor startet vi med Tromsøundersøkelsen<sup>13</sup>.

Når jeg ser tilbake, blir dette konklusjonene: For det første var studieplanens grunnleggende idéer riktige. For det andre ble Tromsø en drahjelp for den nasjonale opprustingen av allmennmedisinen. For det tredje var hele Tromsøprosjektet en stor dugnad, hvor folk fikk lov til å prøve idéer og kreativitet. Jan Ivar Kvamme var et eksempel på det.

Jeg vil si at Stortinget ga norsk medisin en mulighet ingen andre hittil hadde fått. Vi hadde vett til å gripe sjansen der og da, og vi hadde hellet med oss. Det er viktig for meg å slutte med en takk til alle de som var med på å dra dette lasset. Vi hadde det gøy sammen, Christian, og vi følte at vi fikk det til! Takk for meg.

*Steinar Westin:* Takk Peter Hjort. Vi må vel føye til at i denne perioden lå det også og duppet et universitet i Trondheim med et medisinsk fakultet i vannskorpen. Blant annet var det stor uenighet om man etter Oslo og Bergen skulle satse på Tromsø eller Trondheim. Vi fikk etablert «halvstudiet»<sup>14</sup> i Trondheim i 1975. Allmennmedisinen var da for meg et tydelig anliggende. Jeg fikk en pekefinger fra Trondheim mot meg på Askøy. Den viste til at vi trenger en til å bygge opp allmennmedisinen i Trondheim også. Tromsø hadde gjort sitt, og da kom Legeforeningsstillingene inn som skulle styrke allmennmedisinen ved de to nye fakultetene.

*Jo Telje:* Jeg synes det var morsomt å høre deg Hjort, om den flotte tilbivelseshistorien. Men jeg vil supplere med ett eneste punkt: Det er om de første kullene med studenter. De hadde faktisk spart opp tid, unnlatt å studere andre steder. For de *ville* til Tromsø. Særlig de to første kullene var

13 Epidemiologisk kartlegging av helseforholdene i Nord-Norge, et prosjekt som senere ble landsomfattende.

14 Bare klinisk undervisning. Preklinikken ble tatt i Bergen.

en entusiastisk gjeng av studenter som gikk fullt og helt inn for den ideologien som lå bak studieplanen. De bar på en måte alle disse idéene fram ved sin egen entusiasme. Jeg glemmer det ikke, fordi med det tredje kullet, da først møtte vi en del som reiste spørsmål. Faktisk kom det forslag til studiestyret om endringer i studieplanen. Men det kom med det tredje kull – de to første var «devoted» til hele idéen rundt Tromsø.

*Stein A. Evensen:* Jeg har bare et supplerende spørsmål som kanskje kan reises til Per Brodal. Og det er dette med utplasseringen som dere gikk inn for Peter – den var jo fra starten, hvis ikke jeg husker feil, betydelig lenger i Tromsø enn den har vært senere og faktisk fortsatt er i Oslo? Denne delen av undervisning som altså er en strikt del av akademiseringen av faget, hva slags mål skal vi legge på den? Sviktet Oslo når de ikke gjorde noe mer ut av det? Hvorfor fulgte de ikke Tromsø på dette feltet? Per, det er ingen som har bedre oversikt på dette punktet enn deg.

*Per Brodal:* Jeg må bare si at vi lærte mye av Tromsø. Vi hadde et veldig tillitsfullt og godt samarbeid i perioden mens vi planla «Oslo -96» som det heter, som kom i -96. Og utplassering var jo der en av tingene. Men jeg tror at i våre vurderinger mente at det tross alt – i et så langt og i et så presset studium hvor det er så mye som skal inn – ble brukt for lang tid i Tromsø på utplasseringsperioden. Det lå nok også i det at vi så at hvis kvaliteten på denne skal opprettholdes, kreves det betydelig oppfølging. Det er ikke noe som går av seg selv. Det krever oppsøkende virksomhet, oppfølging og i kontakt ut mot miljøene. Og vi så vel også – med vårt større studentall – problemet ved å få dette til på en kvalitativt god måte. Så det var en blanding av ressurstankegang og at vi mente at den teoretisk-akademiske delen av studiet egentlig ikke er for stor. Denne delen av studiet burde egentlig være enda lenger.

*Stein A. Evensen:* Peter, var det full enighet om lengden av utplasseringen? Var det noe dere nådde veldig raskt? Eller hvordan var det?

*Steinar Westin:* Snakker vi om åtte eller tolv uker nå? Det var tolv i starten ikke sant? Var det åtte?

*Per Fugelli:* I allmennpraksis var det åtte.

*Steinar Westin:* Åtte i allmennpraksis... okey.



*Peter F. Hjort:* Så vidt jeg husker var det ingen stor uenighet om dette. Og jeg kan fortelle dere at jeg har to barnebarn hvorav den ene er ferdig student i Tromsø nå og er doktor, den andre er midt i studiet. Og begge er fornøyde med utplasseringen og føler at det er der de lærer, sier de.

*Dag Bruusgaard:* Det er fristende å polemisere litt mot deg Peter og se litt annerledes på det – se at frustrerte lærere fra Oslo som hadde gitt opp å endre studieplanen i Oslo, altså fikk Tromsø som en mulighet for å realisere idéer. De fleste som var med i dette arbeidet, var jo fra Oslo. Og så fikk man realisert det i Tromsø, og så brukte man dette som en brekkstang for å forandre igjen i Oslo. På en måte begynte det i Oslo og gikk til Tromsø og tilbake.

*Peter F. Hjort:* Du har helt rett i det du sier Dag, men det var et annet moment som også var viktig: De begavede i den generasjonen kunne bli professorer i Tromsø ti år før de kunne bli det i Oslo.

*Steinar Westin:* Jeg får kanskje føye til at da Trondheim kom tre år etterpå, to år etterpå, så rekrutterte vi våre professorer fra Bergen. Trondheim ble befolket av løytnantene fra Bergen, utmerkede folk de også.

*Per Brodal:* Bare en liten replikk. Jeg bare lurer på...egentlig... utplasseringsperioden for *allmennmedisin* den er ikke så forskjellig, det er seks og åtte uker. Men det er i *sykehus* så vidt jeg forstår at den store forskjellen er, der har vi seks, jeg innbiller meg at den er vesentlig mye lenger i Tromsø<sup>15</sup>.

*(lunsjpause)*

*Steinar Westin:* Da ønsker vi igjen velkommen og Harald Siem skal fortelle om:

### **Hva betydde *Utposten* for utviklingen av allmennmedisinen som universitetsfag?**

*Harald Siem:* Det spørsmålet har jeg ikke noe klart svar på. *Utposten* var mer et perspektiv enn det var et initiativ som skulle fremme allmennmedisin som universitetsfag. *Utposten* ble til på kjøkkenbenken på Aukra. Tre nabo-

---

<sup>15</sup> Ifølge nettsiden for Universitetet i Tromsø (2009) er sykehusutplasseringen i studiets femte år på 16 uker, dvs. sju uker på kirurgisk avdeling, sju uker på medisinsk avdeling og to uker på gynekologisk og fødeavdeling. I tillegg er det åtte ukers klinisk tjeneste i primærhelsetjenesten.

distriktsleger<sup>16</sup> som satt og klippet og limte det vi hadde klart å skrive på tynde strimler for å få til et påvirkningsblad, hvor vi i første nummer skrev at det er kontaktbehovet som var det viktige. Kontaktbehovet og forståelsen mellom dem som driver helsetjenester i utkant-Norge. Et perspektiv.

Det hører med en liten anekdote til det første nummeret, hvor du Christian faktisk kom på side 2. Men hele bladet ble borte i posten. Vi gikk og ventet i uker og uker. Da det ikke kom noe, ringte vi trykkeriet i Oslo. De sa de hadde aldri fått manuskriptet. Dermed måtte vi sette oss ned og gjøre hele første nummer på nytt igjen. Det var bratt oppoverbakke!

I dag ville vi vel ha sagt at *Utposten* var med på å skape en kontekstforståelse. En forståelse for hvilke betingelser vi arbeidet under og en forståelse av hva som var viktige helseproblemer. Det var nok på den tiden en stor irritasjon for oss som skulle bli «ordentlige doktorer», en irritasjon overfor sykehusene som da hadde all makt, alle privilegier og som kunne overlate nattevakt, snørr og tårer til oss i primærhelsetjenesten. Ellers skulle de ta, i ethvert fall på dagtid, alle de interessante medisinske problemene. Jeg husker at det var ett av motivene for oss som sto som en fylking av allmennpraktikere og distriktsleger og gjerne ville ha en mer helhetlig medisin som vi kunne ha ansvaret for.

Vi opplevde at turnuskandidatene i distrikt kom nokså uforberedt til gjerningen som leger. De hadde aldri fjernet ørevoks. De hadde kanskje ikke sett i en øregang engang. Ingen hadde plukket forstenet avføring, det var helt ukjent for dem. Jeg kan nevne en lang rekke små medisinske triks og hverdagsmanøvre som de måtte lære for første gang når de kom over til distriktslegen. På den måten oppfattet de tjenesten som veldig meningsfull. Jeg kan huske takknemligheten fra turnuskandidatene. De var fulle av beundring for at man kunne gjøre så mye god medisin i utkant-Norge. Det var altså for oss, da vi startet *Utposten*, mer et spørsmål om å bygge et *fag* enn å bygge et *universitetsfag*. Det er helt sikkert, sånn som jeg husker det.

Våre forløpere var «Trykk & Press» og «ABC» som har vært nevnt tidligere. Det som skjedde på begynnelsen av 1970-tallet når det gjaldt offentlige dokumenter og utredninger, har vi også nevnt tidligere. Med stortingsmelding 85 og 9, begynnelsen av 1970-tallet.

Allerede første året av *Utposten* hadde vi et forskningsnummer der Ivar Rosenberg, Bjørn Øgar, Per Fugelli og redaksjonen ga sine bidrag til forskning i allmennmedisin. Jeg vet ikke om det var skjellsettende, jeg tror ikke det. Jeg tror utviklingen ble mye mer drevet av instituttene som det har

---

16 Tore Rud, Harald Siem, Per Wium (1972).

vært sagt her. Og jeg tror også at VEAP-rådet og fondet betød veldig mye for utviklingen av allmennmedisinen, kanskje mer som akademisk fag enn som fag.

Jeg tror samarbeidet, Jan Otto, mellom Aplf og OLL på begynnelsen av 70-tallet var veldig godt, veldig fruktbart – og et par ganger kronet med en nesten religiøs stemning i forsamlingen, særlig under Legeforeningens landsmøte i Loen. Da tror jeg det var Mork som sa at «dette var et vekkelsesmøte».

Vi gjorde oss bevisst små og smårampete de første fem årene. Det var snakk om å provosere. Det var snakk om å sette tingene på dagsordenen. Per Wium skrev flere brev fra en distriktsnissie til en helsedirektør, på et litt barnslig språk. Dette var med på å hjelpe andre til også å skrive i *Utposten*. Når vi kunne skrive så tåpelig og så dumt, så kunne andre komme inn med mer fornuftige bidrag. På den måten fikk vi mange brev og innlegg i *Utposten*. Det ble det vi hadde ønsket oss: Et blad *for* og *av* allmennmedisinen.

Vi tok også opp arbeidssituasjonen. Det har Stein snakket mye om. Det var ofte en nokså håpløs arbeidssituasjon. Mange av oss hadde to til tre distrikter som turnuskandidater i særplassering med 7000 mennesker som vi skulle ta ansvaret for 24 timer i døgnet. Det så ikke ut som noen andre ville ta den utfordringen alvorlig. Det var litt av hensikten med *Utposten* – også å være et aksjonsblad for å få bedre arbeidsvilkår.

Så skal man også huske, for å forstå denne tiden, at det ikke bare var *legene* det var snakk om. Det var en veldig utvikling av primærhelsetjenesten på begynnelsen av 70-tallet. Vi fikk utbygget sykehjem, vi fikk ansvaret for sykehjemmene. Vi fikk utbygget hjemmesykepleien som var en velsignelse for helsetjenesten utenfor sykehuset. Det skjedde parallelt. Og så var det dette som vi har snakket om tidligere, at det var en del krangel om fastlønn og stykkpris. Til det er det bare å sitere Torleiv Robberstad som sa at «stykkpris gir slurv og fastpris gir sammel». Og så gjelder det å finne mellomtingen mellom det, da!

Vi argumenterte for at helsetjenesten utenfor sykehusene skulle få et positivt innhold og skulle legges inn under et offentlig ansvar. Det kompromiss som da kom, som tok mye hensyn til det kommunale selvstyret, og avlønning av private leger i kommunehelsetjenesten, det var et ulykkelig kompromiss. Det rev veldig mye av grunnlaget bort, mener jeg, fra en helhetlig helsetjeneste på distriktsnivå. Og *Utpostens* røst i denne forbindelse var ikke sterk, for å si det mildt. Og det skyltes kanskje det som var *Utpostens* styrke og svakhet.

Vi ga fra oss vårt redaktøransvar til Aage Bjertnæs og Martin Holte<sup>17</sup> etter fem år, med den instruks om at de skulle gjøre det samme – bladet skulle hele tiden leveres videre etter fem år. De fikk hele kassa og alle rettighetene og lovet å gjøre det samme videre. På den måten har vi nå hatt åtte redaksjonsteam i *Utposten*. Jeg har listen her over 47 redaktører som har vært med på å redigere og skrive *Utposten*. I tillegg til disse kommer selvfølgelig de som har skrevet alle innleggene. Dette gir en fornying hele tiden, men kanskje ikke god oppfølging på alle saker.

Vi var nok mer utfordrende til å begynne med. Nå er bladet blitt mye bredere. Jeg har med noen av de siste utgavene. De kan dere ta med dere, dere som ikke kjenner *Utposten*. Det har blitt bredere, penere, større og meget mer lesverdig, men altså ikke så rampete som det var til å begynne med. Mange av dem som har vært redaktører har da avansert videre innenfor akademisk medisin. Én har til og med blitt redaktør for *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Det hadde han aldri blitt hvis han ikke hadde startet i *Utposten*.

*Steinar Westin*: Vi snakker om Magne Nylenna<sup>18</sup>.

*Harald Siem*: Yes! Norge ligger langt fremme i internasjonal sammenheng når det gjelder primærhelsetjeneste. Vi hadde PHC<sup>19</sup>, som det heter i Genève, lenge før Alma Ata-erklæringen i Norge. Flere år tidligere hadde vi vårt manifest og tanker om hvordan primærhelsetjenesten skulle bygges ut. Alma Ata-erklæringen var i forgårs nøyaktig 30 år gammel. Vi har nå veldig sterke allmenn- og samfunnsmedisinske miljøer ved universitetene. Om *Utposten* har hatt *stor* betydning, *noe* betydning eller *ingen* betydning, det er jeg ikke sikker på.

*Steinar Westin*: Var det det siste ord? Får jeg lov til å besvare det spørsmålet? Jeg vil ikke nøle med å si annet enn *stor* betydning.

*Harald Siem*: Det akademiske?

*Steinar Westin*: Ja, det også. Fordi *Utposten* har vært med på å lage bro mellom den litt stive akademiske måten å formidle seg på og allmennpraktikernes behov for et ståsted hvor man kunne være mindre formell. Uten den broen tror jeg kløften hadde vært uendelig mye større. Og det er ikke tilfeldig at Magne som startet med å skrive i *Utposten* senere både skrev i

<sup>17</sup> Allmennpraktiserende leger ved Risvollan legesenter i Trondheim.

<sup>18</sup> 1978.

<sup>19</sup> Primary Health Care.

# UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

## AV INNHOLDET:

**TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen**

Ved  
Frode Heian og  
Øystein Pedersen

**OLA LILLEHOLT:**  
Rapport om kommunehelsetjenesten ..... 13

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

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

**GUNNAR TELNES:**  
Skader og forebyggende arbeid i en kommune ..... 22

**MAGNE NYLENNA:**  
Ungdomsmiljøet i Småla .... 26

**STEINAR WESTIN:**  
Skaf almenpraktikere forelese for medisinske studenter? ... 28

**JON HILMAR IVERSEN:**  
Presentasjon av den nye redaksjonen ..... 31

**OG MER!**

## DET BLE TVILLINGER!



### ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISISK OG SAMFUNNSMEDISISK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landametet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landametet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disiplinær. 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 leif som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Figur 7: Bladet Utposten i 1983 da spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin var blitt etablert.

og ble redaktør av Legeforeningens tidsskrift. Du snakket altså om Magne Nylenna som delte redaktøransvaret, de var vel et team på fem de også, der oppe på Mørekysten?

*Jørund Straand:* Jeg var student da *Utposten* ble lansert. Den var en viktig motkulturell inspirasjonskilde for studentene. Vi var på 70-tallet veldig opptatt av allmennpraksis som en motsats til måten å arbeide på i sykehus. Det var den tiden hvor vi leste Ivan Illichs «*Medisinsk nemesis*» og hvor store grupper av studentene stilte spørsmålet «Hva kan vi lære av Kina i medisinen?» og hvor barfotlegene var det store ideal. Og vi drev fagkritikk hvor det gjaldt å analysere den moderne medisin som reproduksjonsapparat for arbeidskraften i den kapitalistiske produksjon. Så det var veldig stor forståelse for og interesse for å arbeide klinisk ute i folket. Her fikk vi også inspirasjon gjennom *Utposten*. Det som jeg derimot stiller som et åpent spørsmål nå, det er i hvilken grad denne begeistringen for medisin utenfor sykehusene, utenfor institusjonene, den som *Utposten* bidro til, om den bidro til *akademiseringen* av allmennmedisinen? For det viktigste var *resultatet*, at man skulle tjene folket og man skulle komme med resultater og rapporter som fungerte godt i forhold til klassestandpunktet. De vitenskapelige metodene og stringensen i hvordan man *hadde kommet fram til* konklusjonene, var av mindre betydning. Så det var egentlig en veldig antiintellektuell holdning blant studentene. Vi var imot forskning. Vi var mot rottehaler og den slags. Vi skulle ut og tjene folket, og gjerne på Karlsøy i Troms. I denne antiintellektualismen hvor man argumenterte med skriftsteder, omtrent som andre fundamentalistiske grupper gjør i dag, i hvilken grad har denne antiintellektualismen påvirket eller bremsset akademiseringen av allmennmedisinen? Det kunne kanskje være et retorisk spørsmål?

*Steinar Westin:* Spørsmål til Jørund Strand. Er det *Utposten* eller den generelle ideologiske vind du snakker om?

*Jørund Straand:* Blanda drops!

*Harald Siem:* Nei, nei... da må jeg få protestere! Det var ikke vår linje, og jeg kan ikke kjenne meg igjen!

*Steinar Westin:* Nei, akkurat. Det er jo derfor jeg spør. Jeg har fulgt mange av redaksjonene, og de svarer ikke akkurat til ditt bilde. Blant annet Aage Bjertnæs-redaksjonen i Trondheim hadde overhodet ikke den vinklingen. Men jeg ser godt ditt poeng.

*Jørund Straand:* Men *Utposten* bidro jo til å gi kjøtt og blod på vår litt romantiske forestilling om livet som doktor på bygda ute blant folket!

*Steinar Westin:* Den kjøper jeg. Vi skal komme tilbake til den broen der, for det er interessant.

*Per Fugelli:* Det er et spennende spørsmål Jørund reiser der. Jeg tror *Utposten* og hele fylkingen bak *Utposten*...okey, det er mulig at de ikke bidro til akademiseringen av allmennmedisin i streng forstand, men de bidro til å holde akademisk allmennmedisin på jorda. De bidro til at akademisk allmennmedisin valgte emner og prioriteringer knyttet til genuin allmennpraksis ute i felten – i motsetning til for eksempel den utviklingen vi så i Sverige, hvor det etter hvert kom allmennmedisinske institutter befolket av sykehusmedisinere der og, men som ikke hadde dette ankerfestet, dette kravet fra grasrota som blant annet *Utposten* målbar. Sånn sett så tror jeg bladet var veldig viktig i å forme innholdet i akademisk allmennmedisin.

*Jo Telje:* *Utposten* har hatt en vesentlig betydning, og den gjelder dannelsen av Norsk selskap for allmennmedisin. I slutten av 1970-tallet begynte det for alvor å svinge i det allmennmedisinske miljøet. Og det var *Utposten* som tok opp på lederplass i 1979: «Hvor blir det av det norske selskap for allmennmedisin?». Det vil si at de kalte det ikke «norsk selskap» den gangen. Det ble faktisk fremmet i en artikkel som kom to år senere og ble skrevet av Steinar Westin og Jo Telje. Da tok vi opp spørsmålet om navnet, ikke bare at Norsk selskap for allmennmedisin skulle dannes, vi tok det som en selvfølge, så vi gikk videre til å snakke om navnet. Men hele diskusjonen rundt dette som var i tiden da, den ble drøftet gjennom *Utposten*. Det var det forumet vi brukte. Jeg kan ikke tenke meg hvorledes dette hadde gått hvis vi ikke hadde hatt *Utposten* som vårt forum.

*Christian Borchgrevink:* Ja, til det siste først, så har helt klart *Utposten* hatt stor betydning for dannelsen av Selskabet. Men når vi kommer tilbake til om Selskabet har hatt en veldig stor betydning i akademiseringen av norsk allmennmedisin, er det en annen ting – det kommer jeg tilbake til senere.

Men det kan ikke være noen tvil om at *Utposten* har hatt en stor betydning for allmennmedisin. Og jeg tror også bladet har hatt en betydning for akademiseringen. For hvis det å akademiseres vil si å «skrive sitt fag», å være med på det, så har *Utposten* hatt en lavere terskel enn legetidsskriftet som var en vanlig «inngang» for å skrive artikler. Jeg tror det å ha en lavere terskel får flere folk til å skrive. Man blir mer interessert, og så kan man eventuelt

gå videre til andre tidsskrifter. Så jeg tror *Utposten* har hatt betydning for akademiseringen.

*Jan Emil Kristoffersen:* Jeg er jo da blant de yngre her, og noterer det med glede. Jeg begynte å studere medisin i 1973. Da jeg var ferdig i 1979, var *Utposten* fortsatt helt ukjent for meg. *Utposten* levde ikke som noen integrert del av studentmiljøet i Oslo, selv om vi var full av tro på aksjonsforskning og den slags. Og kanskje vi heller ikke hadde funnet dette i *Utposten* som Harald påpeker, hvis vi hadde lest den. Derimot var det slik at da jeg kom i distriktsturnus, så fikk jeg bladet i hånda. Det var noe av det første jeg fikk av en svært erfaren distriktslege som hadde tatt eksamen allerede to år før meg. Og jeg tror for meg og mange andre var *Utposten* et organ som på samme måte som *Tidsskriftet* hadde gyldig kunnskap, men det var kunnskap som i tillegg til å være gyldig, også var relevant for livet som allmennlege. Den opplevde relevansen ga en glede i å lese det. Jeg tror også bladet har vært viktig for å skape stolthet og samhold og en fornemmelse av et felles skriftliggjort tankegods i norsk allmennmedisin. Vi kan neppe undervurdere *Utposten*. Jeg synes problemstillingen om hva den har betydd for akademisk allmennmedisin, der går det ikke an å svare ja eller nei.

*Steinar Westin:* Nei, men det er liksom det som er spørsmålet vårt i dag da, hva som har betydd noe for akademiseringen!

*Harald Siem:* Bare en replikk om studentene. Flere av studentene reiste ut til Aukra for å se hva dette var for noe, hvor bladet kom fra. Og Ansgar Aasens kull fikk et veldig subsidiert, eller veldig billig, abonnement. Jeg tror det var 20 eller 50 kroner for året. Så da var det et blaff hvor kanskje 30-40 studenter leste *Utposten* ved Universitetet i Oslo.

*Stein A. Evensen:* Jeg har et spørsmål som sikkert flere forstår er av ren uvitenhet, men det er jo en annen publikasjonsplass som brukes i allmennmedisin, og det er nettstedet *Eyr*. Er det noe ved måten stoffet deler seg på? Er det forskjellige steder å operere på i *Utposten* og i *Eyr*? Jeg vet ikke om Harald eller andre vil svare på det.

*Harald Siem:* Jeg kjenner ikke så godt til *Eyr*, så kanskje Jo som kanskje har...

*Steinar Westin:* Jørund kanskje? Du er fra Bergensmiljøet opprinnelig der det ble etablert.



*Jørund Straand:* Ja dette ble etablert av Hogne Sandvik sommeren 1996. Men dette er et diskusjonsforum, det er ikke et sted hvor man har de store utlegningene. Det var tilløp til en del lange artikler i forbindelse med innføringen fastlegeordningen. Men *Eyr* har et helt annet format og en helt annen timing. Men det har vært veldig viktig for å få til spontane aksjoner på nasjonalt plan og faktisk for å få til tiltak. Men *Eyr* er en helt annen kanal. Innholdet kan til dels være det samme, men formen er helt forskjellig.

*Steinar Westin:* *Eyr* har er øyeblikkets ytringer og kommentarer til dagsaktuelle saker. Der spør man om hvordan man bruker takster og slike ting – et usedvanlig verdifulle virkemiddel for å binde primærleger sammen. Vi snakker altså om *Eyr* og at Hogne Sandvik, han med sin strenge hånd, har sagt at lange innlegg, og i ethvert fall vedlegg, skal vi ikke ha. Så *Eyr* er ikke noe alternativ eller konkurrent til *Utposten* overhodet. Men betydningsfullt på alle måter. Og ikke sant, mellom oss sagt, det var det nettverket som ga grunnlag for henvendelsen til Gro Harlem Brundtland da norske allmennpraktikere tok initiativ til å protestere mot retningslinjer for behandling av hypertensjon, med brev fra – ja, hvor mange var det som ble med? Det var et stort initiativ for å si at den måten allmennmedisin nå blir overkjørt av spesialistmedisinen på, er uholdbar<sup>20</sup>. Og den saken er blant dem som norske allmennleger tok initiativ til.

*Stein A. Evensen:* Det er jo et generelt viktig prinsipp som ligger til grunn for at *Eyr* også kan være av betydning for det vi snakker om her. Det er jo til dels skrivetrening for å komme på papiret, for å bli vant til å meddele seg på forskjellige vis. Jeg har lest en del i *Eyr* jeg også i forbindelse med noen konflikter i norsk medisin som vi har hatt de senere år. Jeg synes det virker som om det har vært av stor betydning og ikke minst at det er et veldig bredt kommunikasjonsforum for allmennpraktikere.

*Steinar Westin:* Det er i hvert fall et levende forum. Men standarden på den litterære form er ikke nødvendigvis veldig ensartet.

*Per Hjortdahl:* For meg står *Utposten* også for to andre typer møteplasser. Allmennpraktikerstipend er en av de viktigste rekrutteringsbaser for akade-

---

<sup>20</sup> Mer enn 800 leger, farmasøyter og andre fra 42 land signerte et åpent brev til WHO's generaldirektør Gro Harlem Brundtland om de nye retningslinjene for hypertensjonsbehandling. De argumenterte at retningslinjene ville føre til økt medikamentbruk og store kostnader med liten helsegevinst. Se: Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. (Editorial) *BMJ*; 2005;330:1461-2.

misk allmennmedisin. Et av de første stedene å få publisert det du har funnet av forskning når det gjelder allmennmedisin, har vært *Utposten*. Det har vært et av trappetrinnene. Det har vært der du har prøvd deg først og ser om du ønsker å gå videre eller ikke. Så som et kontaktledd mot akademi synes jeg at *Utposten* har fungert ypperlig.

En annen ting vi ikke har snakket noe særlig om, er at det også er et motsetningsforhold mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin. Et av de stedene hvor dette har vært diskutert og har vært tatt opp er nettopp i *Utposten*. Knoll og Tott har versert på forsiden av *Utposten* flere ganger, i hvert fall en gang, men da vedrørende motsetningsforholdet akademisk allmennmedisin og klinisk allmennmedisin. For problemstillingen allmennmedisin og samfunnsmedisin ser jeg at *Utposten* har vært et veldig viktig bindeledd mot akademiet, både for fagets avgrensning, men også som basis for forskning og nysgjerrighet.

*Steinar Westin:* Da så jeg ikke noen flere hender umiddelbart til temaet *Utposten*. Vil Harald Siem ha en avrundning på denne delen?

*Harald Siem:* Ja, jeg vil gjerne si at *Utposten* ble da startet av Tore Rud, Per Wium og meg. Tore Rud hadde studert i Oslo. Han var en enestående begavelse, og han døde alt for tidlig. Per Wium hadde studert delvis ute og delvis hjemme, og jeg hadde studert veldig mye ute. Vi hadde ingen politisk agenda. Vi hadde vel tre forskjellige politiske sympatier. Mange trodde lenge at *Utposten* var et litt farlig ml-blad som skulle underminere ro og orden i samfunnet. Jeg vil gjerne ha sagt det. Og så har det selvfølgelig vært veldig mange andre som har drevet *Utposten* frem, men det er som regel vi tre som blir nevnt. Men det var nok slik at vi traff «tiden på hodet», «spikerhodet» eller hva det heter.

*Steinar Westin:* Det er vel ikke tvil om at Legeforeningen noen steder underveis følte bladet som en betydelig trussel, litt på ideologisiden, og litt på annonseinntektssiden. Jeg vet at Ole K. Harlem var svært interessert i om ikke *Utposten* kunne bli et bilag til Tidsskriftet. Det tror jeg ikke *Utposten*-redaksjonen syntes var spesielt lurt. Det har da også levd et helt fritt liv, uavhengig av alle andre sentrale strukturer. Det er kanskje det som er bladets kjennemerke i dag også?

*Harald Siem:* Jeg glemte å nevne det: *Utposten* ble vel egentlig unnfanget under kurs for offentlige leger i 1971. Det ble et veldig sterkt kull, og et kull som mente at vi hadde vesentlig bedre løsninger på mange av helseproble-

mene i Norge enn det som den sentrale helseforvaltning foreleste for oss. Og der var det vel enighet – Jo Telje var også med på det kurset – oss i mellom at vi skulle prøve å sette i gang noe slikt, men vi måtte ta det i egne hender i Ytre Romsdal for å få det til. Vi inviterte Bjercke<sup>21</sup> til kurset. Han ville jo gjerne at vi kunne skrive mer i *Tidsskriftet*, og da sa vi at det gjør vi ikke, i alle fall ikke så lenge du er redaktør<sup>22</sup>. For du setter alltid en hale på alle innleggene og sier at dette har vi skrevet om før. «Hadde bare Siem lest hva vi skrev i 1962, så hadde ikke han sendt inn den artikkelen.» Det var ikke motiverende! Ole K. var jo egentlig en støttespiller fra begynnelsen av. Han syntes det var fint å få stoff fra grasrota. Han ville nok også helst ha det i sitt blad, men vi vant ham over på vår side ved at vi – var det andre året i *Utposten* historie det var landsmøte i Kristiansand, 1973, kanskje – så satte vi inn et stort bilde av Ole K. Harlem. Det gjorde at han fikk stor sympati for oss.

*Steinar Westin:* Der runder vi av delen om *Utposten*.

## Den norske modellen for videre- og etterutdanning i allmennpraksis

*Stein A. Evensen:* Nå er vi kommet over på neste post, og den har jeg blitt bedt av Steinar om å styre. Det er slik her at vi savner Arne Ivar Østensen. Han var entusiastisk for å stille opp, men det har skjedd ting som har gjort det umulig.

Steinar, som kjenner denne saken ut og inn, vil overta ordet. Vi snakket om Knoll og Tott i sted. Arne Ivar Østensen og Steinar Westin figurerte, slik jeg leser historien, som en slags Knoll og Tott, en slags emissærer, omreisende på den veien til spesialitet som absolutt ikke går rett fra A til B, men som tar flere krokveier. Til dels direkte taktiske krokveier. Det er interessant å lese historien i annalene. Jeg tror også at Steinar har en annen ting han vil ta opp, hvis det blir tid til det. Og det knytter seg til Bent Gutorm Bentsen. Det synes jeg også vi burde prøve å få til innenfor den bolken vi nå står foran. Men Steinar... vær så god!

*Steinar Westin:* Som Stein Evensen sier skulle vi gjerne hatt Arne Ivar Østensens stemme her. Hans arbeid med å drive fram det som ble denne litt særegne norske modellen for videre- og etterutdanning i allmennpraksis, den rollen er stor, og dynamisk som dere selv vet at han er. Når han er på sitt mest entusiastiske, kan han få mange på lag.

21 Generalsekretær Odd Bjercke.

22 Generalsekretæren var redaktør for fagforeningsstoffet i *Tidsskriftet*. Ole K. Harlem var redaktør for det medisinsk-faglige stoffet.



Figur 8: Hans Ånstad.  
(Foto: Ø. Larsen)

Nå må jeg nesten være litt personlig. Da jeg kom som nytilsatt amanuensis til det nye instituttet i Trondheim, var det en viss skepsis blant byens allmennpraktikere over denne litt røde fyren fra Askøy som de ikke følte seg helt trygge på. Arne Ivar Østensen var da medlem av bystyret for Høyre. Vi var sånn sett litt på motsatt side av det politiske spektrum. Vi hadde et par kjappe diskusjoner rett etter at jeg kom, og fant ut at vi var forbausende enige om veldig mange saker når det gjaldt fag og allmennmedisin – og faktisk også om helsepolitikk. Så vi ble veldig fort et «emissærslag», og var mye rundt og holdt kurs om allmennmedisinens ulike sider. Jeg husker spesielt et kurs hvor Arne Ivar snakket varmt om KOPF<sup>23</sup> og allmennmedisinens dyder på et møte for spesialister. En av disse reiste seg opp og sa: «Du Østensen, du skulle vært rosemåler, du!». Det er også riktig å si at miljøet av allmennmedisinere vi hadde i Trondheim, var ganske dynamisk, ganske sterkt. Den samme Arne Ivar Østensen var også en pisk og en pådriver for å si at hvis vi vil ha en sterk allmennmedisin i samfunnet, så må allmennpraktikerne leve opp til de krav den stiller til seg selv. Da må vi gjøre jobben vår skikkelig. Da må vi ta våre legevakter. Da må vi være helhetsleger på en ordentlig måte. Den kraften han representerte i vårt eget lokale miljø, var svært betydningsfull. Han ble på landsmøtet i Loen i 1983, som dere kanskje vet, valgt som leder for en ny spesialitetskomité. Og nå skal jeg ikke gå igjennom hele den historien som jeg opprinnelig hadde tenkt å gjøre.

En bok som jeg selv fikk i oppdrag å skrive av Legeforeningen og som heter *Utdanningshåndbok for allmennpraktikere*, kom på Gyldendal i sam-

---

23 Akronym for: *Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende*.

arbeid med Legeforeningen i 1985. Den var en ren konsekvens av at Arne Ivar Østensen ble oppnevnt som leder for spesialitetskomiteen.

Legeforeningen landsmøte i Loen hadde vedtatt å godkjenne en full spesialitet i allmennmedisin på grunnlag av Prytz-komiteens innstilling om treårig veiledet allmennmedisin og en del andre krav. Hvorpå landsmøtet i Loen sa: Vi går for en spesialitet, men denne modellen, med det store krav den stiller til lærepraksiser og at folk må være i en lærepraksis og så begynne et annet sted, den skaper en stor grad av ustabilitet. God allmennmedisin er *stabilitet*. Det er det visst Jo Telje som har sagt en gang.

De hensynene ble så motsetningsfylte at foreningen sa at vi kan lage en spesialitet, men den må se annerledes ut. Leger må kunne bli spesialister der de jobber, når de finner seg en allmennpraksis eller blir værende etter turnus. Det ga opphav til en modell som vi kaller *den gruppe-baserte norske modellen* som noen land har adoptert, og som er et alternativ til *én til én veiledningen* som var den britiske modellen før dette kom. Og det var i jobben i den nyoppnevnte spesialitetskomiteen fra 1983, som fikk i oppdrag å utforme en slags modell – en troverdig modell – for dette, at jeg fikk oppdraget å skrive det som skulle være et utdanningsprogram, og som etter hvert ble en bok.

Den skulle gi det faglige innholdet for hvordan man kunne bli spesialist i allmennpraksis, basert på minimum fem års utdanning etter fullført turnustjeneste, hvorav ett år skulle være på sykehus, fire år i allmennpraksis, og to av de årene skulle være ledsaget, som vi sa, av et utdanningsprogram basert på tre timer lange møter hver 14. dag. Til sammen ble det 40 møter over en toårs periode. Man skulle gå igjennom en rekke kliniske emner og en rekke, det vi kalte «tema-emner», spesifikke, teoretiske emner for allmennmedisinen.

Dette ble satt på beddingen utrolig raskt med Legeforeningens sterke backing. Med nyetablert utdanning for veiledere, det første kurset var vel høsten -85 så vidt jeg husker, på Ustaoset med 40 deltakere, håndplukket fra landets synlige og kyndige allmennleger, rekruttert inn for å bli fremtidige veiledere for disse gruppene. Fordelen var da at man kunne la hver veileder håndtere grupper på seks til åtte deltakere, og ikke bare én til én. Så vi fikk raskt etablert et fungerende veiledersystem rundt på landsbasis.

Det var Arne Ivars murbrekkerjobb å få dette gjennom, tråkket gjennom foreningens organer. Han var vel en slags entreprenør, og jeg en slags skrive arkitekt sammen med ham i de årene. Jeg satt i komiteen fra 85/86 til 96 – i ti år, og hadde mye glede av å bygge opp en sånn type *videreutdanning*. Og *etterutdanning* som det også ble, fordi utdanningen er knyttet til bare fem års godkjenning som spesialist i allmennmedisin. Så må du reser-

tifiseres hvert femte år, hvilket har voldt mange akademikere og kommunaleger stort besvær, for det å bevare den ene dagen i praksis per uke ikke er så veldig enkelt. Mange erfarne allmennmedisinere mistet sin spesialitet etter fem år. Ikke en spesielt vellykket del av modellen, tror jeg nå i ettertid. Men i ethvert fall er det den første spesialistutdanningen i Norge som krevde resertifisering hvert femte år. Resertifiseringen ligger fortsatt og ruver som et uavklart spørsmål i Legeforeningen.

Dette var i korthet, tror jeg, Arne Ivars veldig viktige bidrag. Det kunne sies mye mer om det, men jeg skal ikke gjøre så mye av det. Parallelt med det, får jeg si, representerte jo Arne Ivar en bro til det troverdige praksisfeltet. Han hadde et tvisyn på forskningen og akademiet, syntes nok at det kanskje var i «fineste laget» av og til. Men vi hadde ham med på veldig mange aktiviteter, blant annet var vi tidlig ute med å lage et kurs i forskning for allmennpraktikere i Trondheim i 1979. Det ble en bok som heter *Forskning i allmennpraksis* og som også innledet det vi kanskje ikke nevnte, at vi laget en ny bokserie på Universitetsforlaget i 1983 og utover i regi av Norsk selskap for allmennmedisin, med en serie utgivelser. Først med dette designet jeg viser her, etter hvert i samarbeid med et annet forlag. Dette her var en del av et veldig vitalt miljø i Trondheim, hvor instituttet kom til å spille en brukbar rolle. Arne Ivar, ble en sterk medspiller inn og ut av instituttet, også som en dynamisk foreleser for studentene, med like mye «rosemaling» hver gang.

I dette fantes også Bent Guttorm Bentsen. Og jeg synes vi burde bruke et par minutter på å si noe om det litt underfundige, rare i at hans avhandling ble dømt ned. Det er ikke så veldig mange doktorgrader som dømmes ned i norsk akademisk liv. Men denne har det ikke vært snakket mye om, kanskje fordi det ikke er spesielt morsomt å bruke krefter og tid på noe som i utgangspunktet er smertefullt. Det kan ikke være noen tvil om at den bedømmelsen Bent Guttorm Bentsens avhandling fikk i 1966, ble en smertefull sak. Jeg har av Bent Guttorm Bentsens sønn, Håvard, fått tilsendt sakkyndigvurderingene. Som dere vet, Bent Guttorm Bentsen døde 10. august i år, og jeg har akkurat nå fått aksept fra Legeforeningens tidskrift for en nekrolog som kommer om ikke lenge i *Tidsskriftet*. Det jeg har lagt vekt på å skrive om i nekrologen, er enda sterkere å se når man leser denne bedømmelsen av de fjorten artiklene publisert i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Artiklene ble dømt selvstendig av tre sakkyndige, nemlig Einar Blegen og Ørnulv Ødegård, den kjente psykiater, og fra Danmark Poul Bonnevie. De tre har avgitt tre separate bedømmelser som tilrår at avhandlingen ikke blir godkjent. Hvor mye de hadde snakket sammen på forhånd, kan man vanskelig vite. Men det interessante, synes jeg, er å lese

begrunnelsene. Jeg har prøvd å sammenfatte begrunnelsene i noen punkter som gjør at man kan forstå hvorfor de med den tids blikk ikke ville anerkjenne avhandlingen. Samtidig er det nyttig å se at det nettopp er et vitenskapsteoretisk sprang vi kan se i denne bedømmelsen.

For det første legges det noen vitenskapelige krav til grunn, av en type som gjør at veldig mye senere allmennmedisinsk forskning ville vært umulig hvis kravene skulle blitt stående. Punkt én: Retrospektive studier kan man ikke stole på. Det kan man selvsagt mene mye om, men det finnes situasjoner hvor man kan hente nyttige data fra retrospektive studier. Men førstevoterende her, Blegen, skriver at han med sin kjennskap til sykehusets journalmateriale med sikkerhet kan si at et allmennpraksismateriale basert på retrospektive gjennomganger av journaler, per definisjon er umulig. Ikke bare umulig fordi retrospektive studier er vanskelig, men også fordi man ikke kan feste lit til de fenomenene en allmennpraktiker ser. Han hadde jo ikke røntgenapparat, han hadde jo ikke supplerende undersøkelser, han kunne jo ikke vite at de diagnoser han satte på papiret var sanne diagnoser. De var beheftet med betydelige feil. Altså: Grunnlagsmaterialet var ikke solid nok til å bære en vitenskapelig avhandling.

Ørnulv Ødegård, den kjente psykiater som var spesialist på migrasjonsstudier, festet seg ved at Bentsen ikke hadde gjort alvorlige nok øvelser på kontrollere for inn- og utvandring fra kommunen. I ettertid tror jeg at enhver som kjente litt til den tidens demografi, kunne sagt at i disse kommunene var befolkningen usedvanlig stabil. Og det er ikke mange av ratene i avhandlingen som kunne vært berørt av noen betydningsfull inn- og utvandring. Men det var et prinsipp at dette ikke var håndtert på skikkelig vis.

De to tingene tror jeg er det som i hvert fall var viktig. Jeg leste også noe om at en del av det stoffet Bentsen behandlet per definisjon var uvitenskapelig. Hvorvidt legen besøkte pasienten hjemme eller var i sykebesøk, kunne man ikke per definisjon gjøre til forskning. Dette kunne umulig ha noen vitenskapelig interesse. Jeg tror med denne sorten dommer, så ville for eksempel Olav Rutles forskning vært umulig fra dag én. Han med *Pasienten fram i lyset*, eller *Primærlegen ut av skyggen*, som jo nettopp dreide seg om forskning på praksis... altså operasjonell forskning om hvordan man håndterte pasienter i praksis.

Dette tror jeg vi må lese – og jeg leser det i hvert fall slik nå – som sykehusmedisinens herjing med det allmennmedisinske felt. I betydningen at man legger mål på dette som vi i dag ville synes var sære. Og jeg er ikke i tvil om at hvis den hadde vært levert som avhandling 20 år senere, ville den opplagt passert, gitt at det var ordnet med noen formaliteter. Bentsen

hadde ikke skikkelig sammendrag foran. Men det er nok litt av den kulturkonflikten som levde i forskningens verden om hva som var gyldig vitenskap i sin tid.

*Stein A. Evensen:* Mange takk skal du ha Steinar. Da er det mange som har meldt seg, og det er aldeles utmerket. Christian, du begynner.

*Christian Borchgrevink:* Ja, det er bare til det siste. Om Bent Guttorm Bentzen: Jeg er helt enig med deg. Avhandlingen ville blitt godkjent i dag. Men som vi vet, når man setter en komité, så har man langt på vei bestemt om avhandlingen blir godtatt eller ikke. Å bruke Blegen i en komité for en allmennpraktiker fra Nes, må ha vært hinsides all fornuft. Jeg har selv vært fem år under Blegen på avdelingen på Ullevål sykehus, og han var en utmerket sykehuslege. Men han var jo så opptatt av detaljer. Det var bare én avdeling i verden, i hvert fall i Norge, som kunne måle urin. Det var vel bare to som kunne se på en urinstiks, og det var han og Erik Enger. Alle andre kunne ikke det. Og da å tro at man kunne skrive forskning på Vormsund, det kunne han aldri tenke seg, uansett, fra starten av.

*Stein A. Evensen:* Det var den første vurdering av denne komitéen. Det kommer flere. Per, vær så god.

*Per Fugelli:* Til hovedtemaet allmennmedisin som spesialitet, betydning for akademisk allmennmedisin. Ja, stor, tror jeg, rett og slett fordi at for å bevare, bygge videre en vital akademisk allmennmedisin, måtte den akademiske allmennmedisin ha «en adresse» hadde jeg nær sagt, en klangbunn. Noen å skape kunnskap for. Hvem var det som laget utdanningshåndboken? Det var deg, og senere Linn Getz.

*Steinar Westin:* Vi laget en ny utgave i 1996. Den ble med Linn Getz og den var mye større.

*Per Fugelli:* Ikke sant. Men hvis du går til de to utdanningshåndbøkene som på en måte er grunnboken for spesialiteten, er jo veldig mye av stoffet der hentet fra akademisk allmennmedisin. Og det ga kvalitet til spesialiteten, men det ga også mening til oss som arbeider i universitetsfaget.

*Jan Otto Syvertsen:* Jeg synes Steinar var litt kort når det gjaldt krokveien. I 1973 hadde vi ingen formell utdanning i allmennmedisin eller kompetansegivende utdanning. I 1967 så foreslo Mathisen-komiteen at allmenn-



medisin skulle bli full spesialitet. Den skulle bygge på to år allmennpraksis og tre års sykehusjeneste, obligatorisk kurs og eksamen. Den ble nedstemt i 1967 på Legeforeningens landsmøte. Men man vedtok da å opprette et nytt utvalg, Larsen-utvalget. De fremla i -69 sin innstilling som gikk inn for en kortere videreutdanning og en obligatorisk etterutdanning som førte til allmennpraktiker Dnlf-ordningen. Den trådte i kraft 1. januar 1973, faktisk med meg som den første allmennpraktiker Dnlf.

Så er historien videre at de i Sverige hadde fått sin spesialitet i allmennmedisin basert mye på sykehusjeneste. I Danmark hadde de ikke en formell utdanning. De hadde ikke spesialister i allmennmedisin. I september 1980 hadde vi en del møter, vi lederne i allmennpraktikerorganisasjonene i Norden. På det møtet vi hadde i København i september 1980, la vi fram et forslag fra Norge om en felles spesialistutdanning i allmennmedisin i Norden. Svenskene sa: «Vi har verdens beste basert på sykehusjeneste og så videre, så vi trenger ikke noe nytt». Danskene hadde to foreninger, det var Allmennpraktikerforeningen og Dansk selskap for allmennmedisin. De kom i en veritabel krangel. Dansk selskap ville gjerne gå sammen med oss om en felles spesialitet, mens allmennpraktikerorganisasjonen gikk sterkt imot. Det ble en stor diskusjon mellom de to. Og enden på visa var at dette ikke ble noen felles nordisk spesialistutdanning i allmennmedisin.

Vi gikk da hjem og jobbet for å få til en spesialitetskomité som skulle utrede en fullverdig spesialitet. Det var ikke lett, for det var veldig mange som var sterkt imot dette. En av dem sitter her i huset tror jeg, i salen. Men vi fikk det nå til i et samarbeid med Harald Hauge som aksepterte det. Det ble nedsatt en komité, Prytz-komiteen, som la fram innstillingen basert på to år allmennpraksis og sykehusjeneste og noe valgfritt, kurs og etterutdanning, foruten forpliktet etterutdanning. Den ble lagt frem på landsmøtet i Loen i 1983 og ble nedstemt.

Det er slik at jeg satt også i dette arbeidet. Jeg var inspirert av et innlegg fra Peter F. Hjort på et seminar – jeg tror det var i barnemedisin i Larkollen, hvor han skisserte litt av jokeren. Vi var bekymret for at det skulle bli for mange spesialister. Vi ønsket oss flere kanalisert ut til allmennmedisin. Man tenkte da at to års sykehusjeneste for allmennmedisin kunne være litt av jokeren i det systemet, så du den gangen. Og vi forhandlet faktisk frem muligheten for å få disse stillingene. Etter to år allmennpraksis kunne man få sykehusjeneste to år i et sykehus i samme fylke. Det var lagt opp til finansiering av dette.

Vi ble veldig skuffet da dette ble nedstemt i Loen. Men det er viktig. Det ble nedstemt av en gjeng som aldeles ikke mente at man skulle ut to år i sykehus for å bli allmennpraktiker, så det ble kuttet ned til ett år. Det

som ble vedtatt da, var å opprette en ny spesialitetskomité i allmennmedisin som skulle utvikle den nye spesialitet som skulle komme. Jeg fikk i oppdrag å plukke ut folk til å være med i den som leder av Aplf den gangen. Sammen med styret endte vi med å foreslå Arne Ivar Østensen og noen andre i den komiteen. Arne Ivar ringte til meg og takket ja for tilbudet, så da ble han oppnevnt. Det var imidlertid ikke på landsmøtet, men etterpå, av sentralstyret. Så ringte han meg og sa «Jeg kjenner en flink kar, han heter Steinar Westin. Han kan tilby seg å skrive læreboka.» Det syntes jeg var en kjempeidé, og så ble den skrevet som den første.

Det er liksom historien rundt dette. Resten er jo for så vidt riktig. Men jeg synes bakgrunnen rundt dette må med, at det var et forslag om felles nordisk spesialitet som ved krangel blant de andre ikke ble noe av! Så fikk vi da til dette vi har fått til.

En av dem som stemte sterkt imot at den skulle være basert på sykehus-tjeneste, det var Jo Telje. Han var ikke veldig i stemning for det. Det skulle være mest mulig i allmennpraksis.

Vi har fått en veldig god utdanning. Jeg tror den faktisk hadde vært enda bedre hvis vi hadde fått med disse to år i sykehus.

*Steinar Westin:* Ja, hjertelig takk til Jan Otto. Jeg er helt innforstått med alt du sier her. Jeg var litt kort på dette fordi vi fikk en veldig god presentasjon fra Einar Skoglund. Einar Skoglund gikk gjennom Mathiesen-komiteen, Larsen-utvalget, Prytz-komiteen ganske kortfattet, så jeg tok ikke det på nytt. Og det står altså i klartekst, signert av Arne Ivar Østensen i utdanningshåndboka, kapittel 1<sup>24</sup>. Så gangen i tingene er relativt godt dokumentert. Men klart, jeg er veldig enig med det du sier.

*Jan Otto Syvertsen:* Men det møtet i København har du ikke fått med deg?

*Steinar Westin:* Nei, det er riktig.

*Stein A. Evensen:* Det er vel passende med detaljer såpass langt. Vi har to til på talelisten. Jeg har lyst til å stille til dere som er igjen et slags tilleggs-spørsmål, bare om dere kan svare på det. Og det er: Spilte universitetet i det hele tatt noe rolle i spesialitetssikringen? Og i tilfelle hvilken. Da er det først Jo Telje og deretter Dag Bruusgaard.

---

<sup>24</sup> Westin S. *Utdanningshåndbok for almenpraktikere*. Oslo: Gyldendal, 1985, s. 9-13.

*Jo Telje:* Jeg tviler på at jeg kan svare så mye på akkurat det siste spørsmålet ditt. Men jeg har lyst til å svare til Jan Otto. Jeg var neppe den som ble foreslått av deg Jan Otto, men jeg var også med i den første spesialistkomiteen i 1983.

*Jan Otto Syvertsen:* Nei, en liten replikk her. Det var jeg som ville ha deg med. Fordi du var så uenig med meg. Det skulle være brytninger i komiteen. Så faktisk foreslo jeg deg oppnevnt!<sup>25</sup>

*Jo Telje:* Vi har snakket veldig mye om Arne Ivar og hans entusiasme og evne til å få folk med seg. Men vi skal ikke glemme én ting til. Et medlem til i denne komiteen som jeg tror betydde mer for utviklingen av spesialiteten enn Arne Ivars entusiasme, var en grå eminense som var intellektuelt meget oppgående, hun het Wenche Telstad. Hun ble senere visepresident i Legeforeningen. Hun hadde stor gjennomslagskraft med sine klare tanker, klare analyser og evne til å formulere disse. Når først historien skal skrives, la oss ikke glemme Wenche Telstad, som pussig nok senere i livet forlot allmennmedisinen og ble nevrolog i Førde. Pussig.

Den femårige resertifiseringen har en egen historie som liksom slår to veier. Jeg opplevde diskusjonen i Loen. Det at vi la inn femårig resertifisering var den lille gulroten, den lille rosinen som skulle til for at vi fikk det igjen, fordi spesialistene var så skeptiske til å la allmennpraktikere bli spesialister. Men når vi kunne garantere at i hvert fall slapp vi dem ikke løs, de skulle inn for å resertifiseres hvert femte år, da fikk vi det gjennom i Loen. Men på den annen side, det var litt pussig at allmennpraktikerne følte det nedverdiggende at vi skulle holdes i luggen og resertifiseres. Vi så ikke i starten hva det ga oss av goder. Vi fikk nemlig da knesatt prinsippet om at vi hadde rett til fri reise, jeg holdt på å si, land og strand rundt med Fond II, fordi Legeforeningen hadde forpliktet seg til at vi fikk lov til å ha kurs og etterutdanning kontinuerlig i disse fem årene. I virkeligheten var dette en genistrek som ga oss goder som vi i første omgang følte litt nedverdiggende.

Og så en ørliten kommentar når det gjelder Bent Guttorm og hans avhandling. Du kan si hva du vil om disse forskerne som vurderte hans innsats, men jeg tror jeg er den eneste her som har jobbet i hans praksis på Vormsund, det var i 1967. Og hvis man først jobber i en enmanns-praksis, så ser man veldig fort kvaliteten i den praksisen. Og den var høy!

---

<sup>25</sup> Medlemmene av spesialitetskomiteen i allmennmedisin ble oppnevnt etter forslag fra Apf, mens de i spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin ble oppnevnt etter forslag fra OLL.

*Dag Bruusgaard:* Ja, seierherrene beskriver historien og dette vi snakker om er dere vel stort sett seierherrer over. Alt henger sammen med alt. Men jeg tror nok to ting når det gjelder videre- og etterutdannelse. For det første tror jeg den ikke hadde kommet så fort uten den gryende akademiseringen, og den troverdighet allmennmedisin var i ferd med å bygge opp. Men så har selvfølgelig spesialiteten, igjen igjennom gode sirkler, virket positivt tilbake på akademisk allmennmedisin.

Men så er det neste tema: Fordi vi befinner oss i kongeriket Norge, har ikke det vært tema, men forholdet videre- og etterutdannelse og akademisering er et helt grunnleggende spørsmål som har vært reist ved Det medisinske fakultet, blant annet i Oslo i en periode, om enn nå falt litt av igjen. Og det gjelder akademisering av videre- og etterutdannelsen. Altså – dette var en ny spesialitet. Da hadde det vært en gyllen anledning til å diskutere om denne i større grad skulle vært akademisert. For det er visse ting i sol og måne som tyder på en økende grad av akademisering av spesialistutdannelsen generelt. Akkurat nå så ser det vel ut som om dette ligger litt i en bakevje. Men det er selvfølgelig en viktig dimensjon å diskutere akademiets rolle i videre- og etterutdanningen.

*Stein A. Evensen:* Takk skal du ha for din lyskaster inn på dette viktige området. Nå er vi faktisk allerede på etterskudd igjen, og jeg velger... Jan Otto, du har fått sagt så mye allerede. Så jeg tror jeg gir bare én en sjanse her nå, og så får vi heller komme tilbake i en annen sammenheng:

*Jørund Straand:* Du hadde et spørsmål om akademiet hadde noen innflytelse på utvikling av spesialiteten. Dette er riktignok før min fartstid i akademiet, men Per Fugelli som sitter her, var jo en aktiv ideolog og emissær også fra slutten av 1970-tallet, etter sin doktorgrad. Og prøveforelesningen som ble trykket i *Tidsskriftet* i 1978 «Vår ære og vår avmakt og veien frem. Momenter til allmennmedisinsk ideologi»<sup>26</sup> ga en rammetenkning, en begrunnelse for hvorfor det må være en spesialitet i allmennmedisinen. Den stilte opp at skulle det være et klinisk hovedfag, måtte man styrke de allmennmedisinske instituttene radikalt. Den skisserte også at skal vi få til en allmennmedisin som er bærekraftig i forhold til de idealene vi har definert at den skal møte, så må vi få en nyordning av hva han kalte primær allmennhelsetjeneste, nemlig fastlegeordningen. Alle de tre tingene var bakt inn i skriveriaktiviteten din. Du målbar mye da, du reiste også rundt på den tiden. Så akademiet var aktivt – i tillegg til Steinar Westin i Trondheim, selvfølgelig!

---

<sup>26</sup> *Tdnlf*1978;98:1744-8.



*Figur 9: Fra venstre: Hans Petter Schjønby, Jo Asdahl, Harald Siem, Jacob Birger Natvig, Elisabeth Swärd. (Foto: Ø. Larsen)*

*Steinar Westin:* Da er det Dagfinn Gedde-Dahl som skal få melde noe. Vær så god Dagfinn!

### **Kommentarer fra en motstander**

*Dagfinn Gedde-Dahl:* Tittelen på dette innlegget er ikke min. Så jeg har føyet til tankestrek og «av hva, spørsmålsteget», så det blir «Kommentarer fra en motstander – av hva?».

I den tid, og dette har jeg sagt før til dere, i den perioden jeg var aktiv i Legeforeningen, hadde foreningen tre hovedoppgaver: Å være fagforening for alle ansatte leger, næringsorganisasjon for selvstendig praktiserende leger og å være faglig forening med oppgaven å sørge for at legenes yrkesutøvelse hadde tilfredsstillende kvalitet. Dette siste hadde helt siden 1886 vært et viktig anliggende. Da Legeforeningen i 1918 startet med de første spesialistgodkjennelsene, begynte en lang periode der Legeforeningen var enerådende i utforming av krav til og godkjenning av spesialister og spesialiteter.

Min periode som sentralt tillitsvalgt i Legeforeningen startet i 1968 som landsstyreprerentant fra YLF i Nordland. Jeg var på mitt første landsstyremøte på Voss i 1969 og gikk av som president i 1980.

Jeg vil minne litt om den dynamikken som gjaldt i det interne liv i Legeforeningen den gangen, og kanskje, for det jeg vet, også i dag. Det var mange motstridende interesser mellom ulike legegrupper. Jeg representerte, med unntak av de siste fire år hvor jeg representerte *alle*, de underordnede sykehusleger i de diskusjonene som foregikk. Motstand mot at allmennmedisin skulle bli spesialitet, ja, det vedkjenner jeg meg, og jeg skal komme

tilbake til de begrunnelser som jeg i dag kan huske fra mitt syn den gangen. Men allmennmedisin som fag, i grunn-, videre- og etterutdannelse, har jeg imidlertid alltid vært tilhenger av og aktivt støttet. Jeg var stolt over at Legeforeningen fremskyndet universitetets interesse for fagområdet ved å gi Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen de to gaveprofessorater og institutter for allmennmedisin i 1968 og 1971.

At jeg, som var født i en distriktslegebolig, som jeg bodde i de ni første åra av mitt liv, og som var stolt sønn av den første som tok sin medisinske doktorgrad på undersøkelser i sin helhet utført i allmennpraksis som distriktslege i Florø, skulle være negativ til at Universitetet skulle ta fagområdet allmennmedisin på alvor, er for meg en absurd tanke!

Imidlertid var allmennmedisin som *spesialitet* noe mer problematisk. I utgangspunktet mente nok jeg, og mange med meg, at det var en selvmotsigelse at de som tok seg av det generelle, skulle være spesialister. Omkostningen ved å være spesiell er at man nedgraderer oversikten over det generelle, for å få mer dybdeinnsikt i det spesielle.

I tillegg irriterte det meg at jeg fikk et bestemt inntrykk av et sterkt innslag av statusjag hos mange av de aktive. På den tiden hadde spesialistene hatt høyere status i legenes bevissthet enn allmennlegene. Jeg var imidlertid svak for argumentasjonen for at det trengtes virkemidler for å stimulere fagutvikling. Jeg var derfor tilhenger av at Legeforeningen, også for allmennmedisinen, skulle belønne dem som oppfylte visse krav om videre- og etterutdanning. Da vi så fikk opplegget med allmennpraktiker DNLF, mente jeg at dette behovet var ivaretatt. Dette ga jo etter hvert i tillegg også uttelling på takstene. Og så vidt jeg kan huske var det også en resertifisering i den ordningen.

Jeg hadde også problemer med at de som av ulike grunner ikke ville eller turde begi seg inn i videreutdannelsen, men som jo hadde sin *licentia practicandi*<sup>27</sup>, ville bli sett på som en B-sortering. En del av disse var velrenommerte eldre kolleger som også var medlem av Legeforeningen. Staten tildelte *licentia practicandi* som var grunnlaget for å drive selvstendig allmennpraksis. Dersom det ble en spesialitet, ville det bli to grupper: De som var spesialister, altså var kvalifiserte til å drive allmennpraksis, og de som ikke hadde slik status, og altså ikke var kvalifiserte. Dette var i strid med det idégrunnlaget som lå til grunn for selve spesialistsystemet, nemlig at det bare var de som innehadde spesialiteten som hadde rett til selvstendig utøvelse av spesialist-

---

27 *Licentia practicandi* (rett til å praktisere (som lege)) ble brukt synonymt med «å ha legeautorisasjon». Autorisasjon fikk man etter fullført turnustjeneste, som var forutsetningen for å virke selvstendig som lege.

virksomheten<sup>28</sup>. De underordnede sykehuslegene var lite begeistret for at de måtte slite i mange år før de ble godkjent som selvstendige utøvere av sin spesialitet, mens altså allmennpraktikerne kunne drive sin «spesialitet» selvstendig fra første dag.

I en diskusjon som dette, er det hos de ulike parter både rasjonelle og irrasjonelle motiver for de ulike holdninger. Jeg husker jeg var på jakt etter hvilke motiver som lå til grunn for det sterke engasjement som de meget kraftfulle og pågående Aplf-tillitsmenn la i benevnelsen spesialist. I den perioden jeg var aktivt med, altså i 12 år, hadde jeg sett utviklingen av holdningene overfor allmennpraktikerne. En kraftig innsats fra Aplf-tillitsvalgte, men ikke minst også gjennom Legeforeningens aktive politikk, ikke bare faglig, men også næringspolitisk og økonomisk, bidro til en betydelig heving av allmennlegenes anseelse og status. Noen ganger hender det at de som går foran i en alvor dyst, ikke aner hvor vellykkede de har vært. Jeg kan huske at min oppsummering av dette, i en bordtale på Solstrandkurset i 1979, var omtrent slik: Kjære allmennpraktikere. Jeg har vært vitne til gjennom årene jeg har deltatt i Legeforeningen en betydelig heving av allmennlegenes anseelse. Vi har nå kommet dit at sykehuslegene har aktelse for dere, publikum har aktelse for dere, politikerne har aktelse for dere. Det eneste som det nå mangler litt på, er at dere selv får en tilsvarende aktelse for dere selv.

*Steinar Westin:* En liten replikk før vi fortsetter: Nettopp dette spørsmålet om man kan bli spesialist på det allmenne var et veldig sårt punkt hele veien, helt til vi gikk noen runder med den diskusjonen som gikk ut på *hva betyr det å være spesialist?* Jo, det betyr to ting. Det ene er den tradisjonelle betydningen «avgrensingen til et felt». Men det betyr også «en grad av kompetanse». Så det vi sa, er at det vi skal bli spesialister på, er å ha en vesentlig høyere kompetanse for det å være primærlege. Hva er det for slags virksomhet i sin bredde? Det krever også en kompetanse av et omfang som kan være like stort som hos en øyespesialist. Med andre ord en annen betydning av ordet spesialist. Altså *kompetansenivå*.

Jeg bare nevner at det var ofte en av de diskusjonene vi kom opp i i alle de årene her.

*Christian Borchgrevink:* Et par ting: Den ene er at grunnen til at man kjørte frem at man skulle bli spesialist, var mye av hensyn til å øke rekrutteringen. Det var en generell oppfatning at det å være spesialist, var finere enn å være

---

28 Alle med lisens hadde rett til å utøve alminnelig legevirksomhet.

generalist. Jeg har aldri hatt noen sans for den delen av argumentasjonen. Skulle jeg være med i Olympiaden, ville jeg heller vinne tikamp enn kulestøt, selv om en annen støtte kulen noe lenger. Jeg synes det å være generalist er minst like fint. Det skal man ikke ha skam for.

Så er det til det filologiske spørsmål om man kan være spesialist i noe generelt. Hvis man definerer spesialist som et fagområde som krever spesiell utdanning, er allmennmedisin en spesialitet. Men jeg ser den lille motsetningen i å være spesialist for noe generelt, men sånn ble det i alle fall.

*Jan Otto Syvertsen:* Jeg er helt enig med det Christian sa her. Fagområdet og spesialistutdanningen var vel hovedargumentasjonen. Jeg skal bekrefte at det var en tung vei å få til en spesialistutdanning i allmennmedisin. Og jeg tror nok at vi hadde mange heftige diskusjoner i den tiden Dagfinn, det var ikke lett å få det til. Men da det ble presidentskifte, begynte det å gå litt lettere. Harald Hauge lyttet mer til meg enn du. Men derved har jeg ikke sagt at du ikke gjorde mye for allmennmedisinen. Vi skapte veldig mye i de årene du var president også, men spesialiteten var du klinkende klar imot. Den satt langt inne. Og når det gjaldt å få etterutdanningen obligatorisk, hadde vi det i Dnlf-ordningen også. Det ønsket vi å ha med oss videre. For som Jo Telje sa, skapte den en kvalitet over tid og forpliktet ajourføring. Men fremfor alt – det var ikke bare en plikt, men en rett. Rett til fri med lønn, en rett til å få tilskudd fra fondene. Mye av fondsoppbygningen skjedde jo med den argumentasjonen. Og den er unik. Det var faktisk noe jeg skisserte der i Danmark den gangen, i København. Og det sa de nei til da, men jeg har etterpå hørt at det var de veldig lei seg for, for de skulle veldig gjerne hatt en tilsvarende ordning som den vi hadde.

*Peter F. Hjort:* Når jeg hører denne diskusjonen, kjenner jeg igjen diskusjonen fra et helt annet felt. For jeg var så heldig å være gift med en lærer hele livet. Hun var lærer i grunnskolen og søsteren hennes var lektor. Og søsteren følte seg finere. Min kone summerte det opp slik: Jeg er spesialist på barn, hun er spesialist på fag. Og jeg syntes at hun hadde rett.

*Per Hjortdahl:* Det var vel akkurat i denne brytningstiden Norge også ble satt på det internasjonale allmennmedisinske kartet, og at Norge begynte å gjøre seg gjeldene akademisk sett i allmennmedisinen. Jeg vet at Ian McWhinney begynte jo å se til Norge og norsk allmennmedisin med spenning på det tidspunktet. Etter hvert kom Iona Heath inn som en del av det hele. Og Barbara Starfield, av alle personer som jo da var, og er, professorer i pediatri på Johns Hopkins, men også i internasjonal helse, la sine øyne etter



hvert på norsk allmennmedisin og i parentes samfunnsmedisin – også på den akademiske siden. Så dette var brytningspunktet akkurat i denne tiden for internasjonal oppmerksomhet mot norsk akademisk allmennmedisin.

*Harald Siem:* Bare «for the record»: Vi har ikke noe på plakaten om *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Det er kanskje en ting man burde gå etter i sømmene. Den betød jo mye for norsk allmennmedisin, og vi hadde redaktøransvaret etter hverandre, Christian og jeg.

*Steinar Westin:* Etablert i 1983. Paul Backer første redaktør. Ja, klart. Snakker du om akademisering av allmennmedisinen, så kan det ikke være tvil om at etablering av *Scandinavian Journal* ble en eventyrlig viktig hendelse. Å få et eget spesialist-vitenskapelig tidsskrift var jo, og er jo i dag også, selvsagt, betydningsfullt.

*Per Fugelli:* Jeg synes det er veldig spennende, også ved dette emnet, å tenke på det jeg innbiller meg er noe av «love storyen» her på en måte. Det er alle disse gode symbiosene som har vært mellom akademisk allmennmedisin og praksisfeltet gjennom denne konstruktive fagutviklingen. 30-40 år kan vi si, selv om vi kanskje nå, og det tror jeg Jo har rett i, er litt i faresonen. Men jeg innbiller meg, kanskje er det enfoldig, men jeg tror at bak framveksten av spesialiteten lå der og pragmatiske grunner, økonomiske grunner, og altså statusgrunner, for det var litt «finere». Det handlet om å rekruttere i en litt kritisk fase. Men jeg tror at det rett og slett hadde noe med det å gjøre at da hadde vi 20 år nesten, eller hvert fall 15, hatt allmennmedisin som universitetsfag. Vi hadde hatt en økende produksjon av ny kunnskap som på en måte ga substans, argument, kraft til at dette er et fag i seg selv. Som krever, som du riktig sier Steinar, sin egen kompetanse. Og det krever en formalisert spesialistutdanning. Så jeg tror at det var en del av forklaringen, ikke bare disse praktiske, økonomiske og rekrutteringsmessige.

*Steinar Westin:* Har allmennmedisin et vitenskapelig fundament som kan gjøre det til en spesialitet? Den diskusjonen vet jeg var spesielt oppe på nordisk kongress i allmennmedisin i Lund i 1985, tror jeg det var. Hvor vi hadde et svært symposium om dette. Og noe av diskusjonen endte jo med å si: «vel, har indremedisinen det?». Ja, altså, både ja og nei. Indremedisinen låner sine forskningsmetoder fra den biomedisinske, naturvitenskapelige medisin, fra den landbruksvitenskaplige tradisjon med randomiserte forsøk, fra epidemiologien og fra kvalitativ forskning. Les *Annals of Internal Medi-*

*cine*, alle de metodene finnes. De metodene benyttes i allmennmedisinen, og vi ble på en måte i stand til å argumentere for at alle medisinske profesjonsdisipliner låner sine forskningstradisjoner og sitt vitenskapelige fundament fra ulike tankeretninger, ulike vitenskapelige retninger. Dosert i ulike porsjoner, avhengig av hvilket fag det er. Men de henter alle fra de ulike røttene i ulike blandingsforhold.

*Per Fugelli:* Kan jeg bare få en liten utdypning til det Steinar Westin sier nå? Fordi jeg tenkte ikke så mye på allmennmedisinske forskningsmetoder, men mer på det at vi hadde da hatt allmennmedisin som universitetsfag i 10-15-20 år før det ble egen spesialitet. Og jeg tror at en av grunnene til at det ble egen spesialitet, var at vi da hadde hatt en forskning som satte lys på, dokumenterte grunnstoffet i allmennmedisinen, at det er noe som heter førstelinjeklinikk som er annerledes enn sykehusklinikken. Det er noe som heter generalistrolle som ser organer i sammenheng og ikke bare det, men ser at disse organene bor i et menneske som har et arbeidsliv og et samliv og så videre. Det er noe som heter kontinuitet i allmennpraksis som skiller seg fra sykehusmedisinen. Fra liksom ideologi og «rosemaling» var dette begynt å bli dokumentert. Som lærestoff.

*Steinar Westin:* Dette kom vel til dels etter at spesialiteten var godkjent, men det var en del av den samme prosessen.

*Jan Otto Syvertsen:* Det er helt riktig at i argumentasjonen for å få frem spesialistutdanning, ble det som fantes av allmennmedisinsk forskning world-wide til da, brukt maksimalt som argumentasjon. Det var veldig tungt å få til i Dagfinns periode. Det var også fordi det manglet en del ting den gangen. Det kom mer i årene etterpå, og var da lettere å få til. Men det var en kamp for å få dette til, som pågikk for meg minst i åtte år.

*Steinar Westin:* Jan Emil Kristoffersen, den unge blant oss.

*Jan Emil Kristoffersen:* Et innspill fra de som var unge på 80-tallet: Det er klart at allmennpraktiker-Dnlf tittelen var en nokså tåkete substans for de fleste av oss. Vi så at den gav noen takstfortrinn. Men det er klart at da det ble en fullverdig spesialitet, forsto vi at det var et betydelig løft og en betydelig motiverende kraft for allmennmedisinen for oss som var unge og ikke kjente de bakteppene som vi i ettertid har forstått var der. Det er det liten tvil om. Vi utviklet snart en type kommunikasjon, kanskje mye på bordta-lenivå, der det var klart at når en er spesialist i allmennmedisin, så må jo de

andre spesialistene være noe annet. Og «delspesialist» var et ikke uvanlig brukt ord på for eksempel en øre-nese-hals-lege eller en øyelege. Vi så også at såkalt subspesialisering ville føre til at man ble underspesialist. Dette ga et betydelig løft i selvfølelse for unge allmennleger. Det skal vi ikke glemme.

*Steinar Westin:* Det går vel kanskje an å oppsummere at i den grad noe kan rekruttere til et fag, så er det viktig at når du har gjort deg ferdig med turnustjeneste, så må du ikke oppleve at det slutter her. Og det var den opplevelsen vi hadde, vi som ble utdannet på 1970-tallet, at det måtte være *noe mer*. Og i den grad dette skal befrukte og rekruttere til et fag, så må dette videreutvikles. Sånn har det vel fungert. Men det er klart det er mange andre tendenser som slår i ulik retning her.

*Stein A. Evensen:* En side ved dette er forholdet mellom Legeforeningen og Universitetet. Einar Skoglund og jeg har hatt flere interessante samtaler om hvilken rolle de respektive aktører skal ha for den teoretiske utdanningen i spesialiteten. Dette er et område som gjelder generelt for alle spesialiteter, ikke nødvendigvis bare allmennmedisin. Men det var derfor jeg spurte Jo og Dag om dette for en stund tilbake: Hvilken rolle hadde egentlig universitetet – siden vi snakker om akademisering – for videre- og etterutdannelsen i allmennmedisinen i denne perioden? Var det noe man diskuterte og var interessert i?

I perioden jeg var dekanus ved Det medisinske fakultet, har spørsmålet vært reist på ny. Om det ville være hensiktsmessig av forskjellige grunner at ansvaret, spesielt for den teoretiske delen av spesialistutdanningen, burde være tydeligere styrt fra universitetene. Det førte særlig i de første årene til klare spenninger mellom Legeforeningen og Universitetet i Oslo. Noe jeg finner både naturlig og helt okey. Det er klart at den makt som Legeforeningen har hatt ved å være delegert spesialistgodkjenningen gjennom alle år, er noe som Legeforeningen slett ikke vil gi fra seg. Hvis jeg hadde vært president i Legeforeningen, hadde jeg også kjempet for den på samme måte som jeg opplevde at Legeforeningen har gjort det under skiftende regimer.

Hva som egner seg best her, vet jeg ikke. Men jeg tror at universitetet på lengre sikt burde ta – og få – et betydelig større ansvar for spesialistutdannelsen. Vi i fakultetet har lenge ønsket å bringe kontinuitet på en ny måte ved å gi grunnutdanningen – det som foregår i det medisinske studiet – sammenheng med turnustjenesten og med spesialitetsutviklingen. Nå kan det jo hende at turnustjenesten forsvinner. Da blir kanskje hele dette bygg-

verket litt lettere å konstruere. Departementet bør i hvert fall vurdere ansvarsfordelingen. Det vil si, jeg tror jeg vet hva de vil, men de skyver avgjørelsen stadig foran seg. En av grunnene er at det vil koste mye å la universitetet overta.

*Christian Borchgrevink:* Hvis man følger Steins tanke videre, og hvis man skal forandre noe, må det være fordi det er dårlig. Og er det noen som har sagt at den organiseringen som Legeforeningen driver spesialistutdanningen etter ikke er god nok? Er den ikke det, får man gjøre noe med det. Men at den skal overtas av Staten, eller fakultetet, som for øyeblikket neppe har råd til det, synes jeg er en uting.

*Stein A. Evensen:* Jeg er glad for den kommentaren der. Det er jo greit å komme tilbake til noe som trenger diskusjon. Christian, min oppfatning er at Legeforeningen har gjort en veldig god jobb med dette i senere år. Det tror jeg de aller fleste er enige om. Hva som har vært årsaken til at Legeforeningen har tatt tak i mange saker med større engasjement enn før, kan være flere. Legeforeningen har nok opplevd en del kritiske spørsmål til at en forening som også er en fagforening, har kontrollen over noe så viktig som spesialistgodkjenningen. Min oppfatning er at dette handler ikke så mye om hvem som skal overta, Staten eller vi i fakultetet. Det er, og forblir, uryddig at en fagforening samtidig har kontroll med noe så viktig som spesialistutdanningen.

*Steinar Westin:* Jeg merker meg nå at min medordstyrer er i ferd med å forlate sitt eget kraftige bud om at vi nå skal diskutere akademiseringen og ikke framtiden. Vi kommer tilbake til den.

*Peter F. Hjort:* Jeg føler at det både historisk og i framtiden ligger en grunnleggende diskusjon her som jeg var opptatt av i foredraget i 1967. Det er konflikten mellom de to kulturene. Den faglige og den menneskelige. Jeg opplever at folk ser den konflikten. Det var en av grunnene til at allmennmedisinen antakelig hadde betydelig støtte ute i folket, og har hatt det hele tiden. Og hvis jeg da kan få bruke ett minutt på å fortelle mine egne erfaringer fra moderne medisin:

I morgen skal jeg møte min kreftdoktor nummer fem. Og for tre år siden var jeg innlagt på Rikshospitalet med et subduralt hematom, og noe lungeemboli og noe greier. Da hadde jeg fem forskjellige doktorer som alle var spesialist på hver sin lille del av meg. Krisen var da de i en biopsi fant Langerhans-histiocytter. Da ble jeg plutselig en *interesting case*, og det er

farlig. Jeg foreslo at disse fem spesialistene skulle møtes og snakke om meg som person, ikke bare delene av meg. Men det var utenkelig, det måtte jeg forstå. Og jeg var glad til da jeg kom meg ut i live.

*Steinar Westin:* Det går rykter om at du stilte diagnosen subduralt hematom på deg selv, eller er det ikke så?

*Peter F. Hjort:* Ja, jeg gjorde det.

*Steinar Westin:* Da kan man for så vidt si at én spesialist også kan gjøre jobben!

*Per Fugelli:* Til Stein Evensen: Stein, du har gjentatt flere ganger dette veldig vesentlige spørsmål og jeg skulle ønske meg at vi fikk litt tydeligere oppklaring på det.

Altså: Var der en strid den gang i anleggsarbeidet for spesialiteten om hvilken rolle universitetsinstituttene skulle spille? Jeg synes at jeg husker at det var en liten småkrig den gangen. Og det som det ble til i alle fall, var at det ikke var universitetsinstituttene, men kraftfulle allmennmedisinske miljøer ute i felten som gjennom Aplf, blant annet, som tok dette, gjorde det til sitt. Jeg tror det var en lykke.

Og jeg føler at det er et argument til ditt mer prinsipielle spørsmål: Hvem skal ha ansvar her? Fordi jeg ikke er i tvil om at det at praktikerne, fagutviklingsinteresserte, gløgge, erfarne praktikere ute i det allmennmedisinske felt, de gjorde spesialiteten til sitt stoff. Det var de som lagde arkitekttegningene, det var de som gjennomførte det. Det var med på å sikre relevans og nytte og gjenkjennelighet og begeistring og tilslutning blant praktikerne på en helt annen måte enn om vi på universitetsinstituttene skulle være entreprenører bak det.

*Einar Skoglund:* Jeg har jo hørt Stein Evensen formulere dette tidligere, og tenkte at denne gangen skulle jeg forholde meg helt i ro. Men det blir for vanskelig, fordi det er veldig provoserende uttrykt. Jeg klarer ikke la være å bite på når du sier «er det riktig at en fagforening har kontroll med sin spesialistutdanning», og det er veldig feil uttrykt. Enhver profesjon i ethvert demokratisk samfunn vil naturlig nok ha stor interesse av hvordan profesjonen utfører sitt yrke. Den kvalitet, den kompetanse og det nivå profesjonen har. Og slik vil også Legeforeningen alltid ha interesse, stor interesse, for dette og prioritere det uansett hva som måtte skje i det norske samfunn når det gjelder mer formell overtakelse av visse deler. Men jeg synes din



*Figur 10: Fra venstre: Trond Nordby, Dagfinn Gedde-Dahl, Olav Gunnar Ballo, Jo Tølje, Dag Bruusgaard. (Foto: Ø. Larsen)*

fremstilling blir helt feil, fordi vi snakker om flere aktører med forskjellige roller. Vi har Helse- og omsorgsdepartementet som sitter med det overordnede ansvar og fatter de vesentlige beslutninger, hvilke spesialiteter skal vi ha, hvilke regler skal gjelde for de forskjellige spesialitetene og så videre. Dette er departementets overordnede rolle. Så har vi universitetene som også i lovverket har en plikt til å drive videre- og etterutdanning for de profesjoner de gir grunnutdanning for. Det fundamentet har universitetene, og universitetene har faktisk ansvaret for, i ethvert fall, 350 av de 500 kurs som årlig drives i legers videre- og etterutdanning. Så her *har* universitetene et ansvar. De må gjerne gjøre det bedre og bruke mer ressurser på det. Kjempefint. Det skal ikke Legeforeningen motarbeide, tvert i mot. Og så har vi arbeidsgiversiden, som selvfølgelig har et tilretteleggingsansvar for de ansatte. Så har vi profesjonen, som vi allerede har nevnt. Dette er mange aktører som bør samspille og ikke drive en kniving om hvem som skal ha hvilket ansvar.

*Steinar Westin:* Vel, vi skal ikke debattere saker til endes her. Vi skal belyse underveis. Jeg tror vi går litt videre jeg, og peker på neste innleder som er Per Brodal. Du er basalforskeren blant oss, og du er vel bedt om å være innleder her fordi du har hatt så vesentlig plass som leder av entreprenørkomiteen for studieplanen i Oslo. «Fagets plass og oppmerksomhet i stu-

dieplanen og betydning av praksistjeneste hos distriktsleger/kommuneleger» er ditt oppgitte emne. Vær så god:

### **Fagets plass og oppmerksomhet i studieplanen og betydning av praksistjeneste hos distriktsleger/kommuneleger**

*Per Brodal:* Jeg skal si noe om det som har skjedd etter at den siste nye studieplanen kom i 1996. Men det er klart at det som skjedde da, kunne ikke skjedd uten opprettelsen av instituttet i sin tid og det arbeidet som Christian beskrev med å få allmennmedisinen inn i studiet. Og ganske riktig, som du sa uten bitterhet har jeg inntrykk av, men likevel – det er ikke lett å få ting inn i en etablert studieplan. Men mye av det som skjedde etterpå, bygde på det som har vært av gode ting som har vært videreført og som bygde på ting som var prøvd ut i den første fasen i de ganske mange årene frem til dette. Blant annet var det innført fire ukers, var det vel, utplassering hos allmennpraktiker.

I innstillingen *Oslo 96 – ny grunnutdanning for leger* sies det om vekting av faget: «Samfunnsmedisinske fag økes noe, særlig klinisk allmennmedisin». Der kan man jo i parentes bemerke som interessant: Allmennmedisin og samfunnsmedisin, er det det samme? Eller er det to forskjellige fag og så videre. Det er mye interessant der som ikke jeg skal gå inn i.

Klinisk allmennmedisin er et tredje klinisk hovedfag, ble det sagt. Klinisk allmennmedisin må integreres gjennom hele studiet. Og det som ble gjort, fulgte for så vidt opp dette veldig langt på vei. Relativ andel av total undervisning ble vel fordoblet. Prosentvis ble noe sånt som 7% av studentenes undervisningstid allmennmedisin, 8% kirurgi og 9% indremedisin. I praksis har det kanskje blitt noe med at kirurgene var fraværende da de burde ha vært tilstedeværende, og indremedisinerne fylte opp vakuum. Men det er nå så. Men i alle fall, til sammen er det en rimelig fordeling på den måten.

Samlet har studentene nå såkalt 14 ukeekvivalenter, altså tilsvarende full undervisningstid i 14 uker i allmennmedisin. Herav er seks uker i utplassering. De har allmennmedisin i nesten alle semestre gjennom studiet, fra såkalt halv til en hel ukeekvivalent, 7-15 timers allmennmedisinsk undervisning i hver uke i omtrent hvert eneste semester. Så langt er alt vel.

Det som var problemet som man kan skjønne i planleggingsfasen av dette, hvor 28 fag skulle integreres på langs og på tvers, det var allmennmedisinmiljøet som tross alt var lite og sårbart. Og som skulle gå inn på ekstremt mange steder og delta konstruktivt og gjøre seg synlig i et miljø som ikke var fiendtlig, men likegyldig. Det pussige var jo at det ikke var kontroversielt å øke allmennmedisin, slik som jeg husker det i alle fall. Og

jeg tror det var fordi at man så det ikke som noen trussel, det kom ikke til å føre til at noen trengte å endre på noe som helst. Sånn tror jeg det var i de sterke kliniske miljøene. For det var så liten prosentvis økning. Dette kom ikke til å bety noe, at de måtte gjøre ting annerledes.

Jeg tror det hadde vært bedre om det hadde blitt mer kamp og diskusjon om hva dette egentlig medførte av *endring av hele filosofien i studiet*. Det tenker jeg nå. Jeg tenkte ikke slik den gangen, og jeg vet ikke om jeg hadde fått det til. En ting som var et problem, syntes jeg, og som er en litt dårlig samvittighet, er at allmennmedisin ble lovet fra fakultetet, en opptrappingsplan med hensyn til stillinger. Dette ble ikke innfridd, sånn som jeg husker det. Planen er aldri blitt ordentlig innfridd. Og det er jo akkurat sånn man ikke skal gjøre det.

Status i dag, i studiet: Tidlig pasientkontakt er i første semester. Studenten er, tror jeg, fire ganger hos en allmennpraktiker. Det fungerer veldig godt. 90% av studentene er ved evaluering meget eller godt fornøyd med den utplasseringen. Enkelte oppgir at den er årsaken til at de velger Oslo som sted de ønsker å studere, fordi de vet at den fungerer godt.

Det er et håndplukket korps av allmennpraktikere, og det gjelder også for senere utplassering. Det tror jeg er veldig viktig å være klar over, at sånt gjør seg ikke selv, det krever kontinuerlig oppfølging. Det er folk som er langt ute. Det er ikke økonomi som motiverer dem for dette, de må på en eller annen måte bli fulgt opp. Og de trenger påfyll for å bli fortalt: «Dette er viktig, du gjør en kjempeviktig jobb i medisinstudiet i Oslo».

Der har jeg lyst til å nevne Per Hjortdahl, ikke til forkleinelse for andre innen miljøet, men han har vært med fra første stund i planleggingen og gjort en enorm jobb i det stille med å følge opp allmennpraktikerne, både i første semester og i tiende semester. Denne ordningen kan komme til å falle død til jorden. Den kan nok fortsette, men den vil ikke holde noe kvalitet, hvis ikke vi ikke greier å sette inn ressurser og ha folk som orker å stå på overfor dem som befinner seg der ute og som trenger å få vite at de gjør faktisk en viktig jobb. Og hvis det eneste de får av meldinger, er at fakultetet nå må skjære ned, og vi har egentlig ikke råd til å ha dere, og kan dere gjøre det litt billigere, eller kan dere gjøre det litt mindre, så tror jeg allmennpraktikerne kommer til å si «Nei, tusen takk. Synes du det er *så viktig for oss?* Da gidder jeg ikke». Det tror jeg de hadde sagt.

Utplassering i tiende semester, seks uker, fungerer også godt. God evaluering fra studentene. De sto opp og kjempet, de må man si, virkelig imponerende da det var snakk om å legge det ned. Og det håper jeg de kommer til å gjøre igjen. Jeg skal ikke si mer om det. Der igjen er det oppfølging. Bare et eksempel: Det er «Januarseminaret» som kanskje mange har



hørt om, som er en sånn oppfølging, sånn som jeg ser det. Det koster litt, men er en enormt viktig stimulans og møte mellom fakultet og allmennpraktikere. Det er en måte å fortelle i praksis at dere er viktige for oss, så viktige at vi koster på oss de kronene det er å invitere dere til Soria Moria, overnatte, og ha en dag med et skikkelig, faglig program.

Annen undervisning er spredt utover. Det er svakheten med det. Den er synlig, men for studentene tror jeg det er et problem at allmennmedisinen likevel ikke blir synlig nok i hverdagen. Og da kan vi si at det som er positivt nå, er at vi har fått inn mye av det vi ville. Jeg må tilføye at allmennmedisin er inne i eksamen som en viktig del. Så ingen studenter er i tvil om at allmennmedisin er en viktig og synlig del i avsluttende eksamen i 12. semester. Det er bra. Helt avgjørende. Og instituttet har lagt ned stort arbeid i å gjøre den eksamenen god, så det er veldig fint.

Så mange ting er bra, men jeg tror det er et problem fortsatt i forhold til ambisjonene. For det første må vi passe på. Vi må holde situasjonen ved like, eller så kommer det til å gli ut, eller i alle fall miste kvalitet. Og så er det noe med hvor ambisjonsnivået er når det gjelder gjennomslag for tenkemåten. Måte å tenke i forhold til klinisk medisin, måte å tenke i forhold til pasientbehandling, kontinuitet, de tingene som Peter Hjort nevnte eksempler på, og hvor allmennmedisin har en helt annen innfallsvinkel. Så det som gjenstår, er jo sånn som jeg ser det, at denne typen holdning, måter å tenke på i mye større grad, ikke 100%, men i alle fall i større grad enn nå, får lov til å gjennomsyre all klinisk undervisning. Altså at allmennmedisinen ikke bare blir en sånn liten – hva skal vi si – noe som vi er glad for å ha. Vi kan vise til at vi har allmennmedisin i studiet, men at vi også faktisk tar på alvor at det representerer en viktig innfallsvinkel til medisin og forståelse av sykdom og helse som må ha mye mer gjennomslag i studiet enn i dag.

*Steinar Westin:* Takk så mye. Får jeg stille et direkte spørsmål? Nå har du snakket vesentlig om praksistjeneste og ressursene til det, og det er svært – både «reisebyrå» og et korps som skal holdes ved like. Men spesifikt: Dette med eksamen i allmennmedisin som ett av tre hovedfag. Dere har nå en muntlig-klinisk eksamen i sjetten år, til slutt, på lik linje med kirurgi og indremedisin. Er det riktig?

*Per Brodal:* Ja, det er en «stasjonseksamen» som er praktisk, klinisk, og for så vidt teoretisk, med fire stasjoner hvorav én er allmennmedisin. Men så er det også en skriftlig eksamen i øyeblikket, og allmennmedisin er også inne i den.

*Steinar Westin:* Men er allmennmedisinen sånn sett likestilt med kirurgi og indremedisin som ett av tre hovedfag?

*Per Brodal:* Ja, ja absolutt!

*Steinar Westin:* Som vi også har fått i Trondheim.

*Stein A. Evensen:* Vi snakker nå om en viktig del av fagets nåværende akademisering. Og som dekanus ved det medisinske fakultet gjennom åtte år var dette noe som for meg stadig kom opp. Det var mange som var ute etter nettopp å kutte på Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, fordi deler av instituttets innsats innen allmennmedisin er avgrensbare som utgiftsposter. Det brukes mye penger, men det er riktig og det er viktig. Min mening var at hvis vi begynte å rigge ned allmennmedisinen, ville vi svikte på et særlig viktig felt. Jeg vil gjerne få understreke det samme som Per, at det gjøres en flott jobb på instituttet med allmennmedisinen. For faget, og ikke minst for utplasseringen, har Per Hjordahl vært en veldig viktig person.

Men det er noen svakheter ved allmennmedisinen som universitetsfag i dag. Jeg synes det mangler noe, som jeg håper at allmennmedisinen vil slåss litt mer for. Vi har den underlige organisasjon at atferdsfaget ved det medisinske fakultet er lagt til basalmedisin og ikke til Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Det er logisk sett vanskelig å forstå. Jeg kan uten videre se at psykologisk og annen forskning vil trives godt der hvor transmitter-signalene kan studeres. Men for faget allmennmedisin tror jeg det ville være riktig at atferdsfagene ble flyttet. Den andre pussigheten er mangelen på balanse i brukbare treningsarenaer mellom sykehusmedisin og allmennmedisin. Det medisinske fakultet har  $x$  antall steder hvor man kan trenes i klinisk sykehusmedisin, men har ingen praksisplasser for allmennpraksis som er knyttet tydelig opp til selve fakultetet. Det ville være en stor fordel om vi for eksempel hadde hatt vanlige allmennpraksiser for eksempel inne på Ullevål sykehus eller annet sted. Dette er det sikkert mange oppfatninger om, og jeg ville gjerne høre reaksjoner fra en som arbeider i faget.

*Dag Bruusgaard:* Jeg har for så vidt påpekt at allmennmedisinen er kommet for å bli, og at de store kamper er vunnet. Men det er også tankevekkende. Stein nevnte én grunn til at utplassering i allmennmedisin har vært en salderingspost, at den er synlig. Men det har også noe med synet på faget som en nykommer, at noen tenkte at «skal vi kutte? Hva er nå egentlig allmennmedisin?». Faget er blitt positivt mottatt av andre deler av akademiet,



*Figur 11 og 12: I «dramaturgien» for et aktørseminar hører det med en avsluttende sosial samling og en god middag etterpå. Det er mange grunner til dette, ikke bare at det er hyggelig. Ved slike seminarer hvor målet er å sette seg selv tilbake i en forgangen tid, kan det hende at gamle motsetninger vekkes til live og at stemningen kan bli utilsiktet dårlig. Derfor er det viktig å roe seg ned sammen med de øvrige deltakerne og vende tilbake til nåtiden på en behagelig måte. Deltakerne i aktørseminaret om innføringen av allmennmedisin som akademisk fag trakk over til «Annen Etage» på Continental. (Foto: Ø. Larsen)*



men det er litt hierarki i hodene på veldig mange vedrørende viktighet, det er helt sikkert. Utplassering i seks uker er nok litt mye for noen, som synes at det har vi god råd til å kutte ned på.

*Jørund Straand:* Jeg har jobbet ved instituttet og fakultetet her i Oslo siden 2000, og har erfaring tidligere fra Bergen, som på det tidspunkt var bygd opp til å bli et ganske slagkraftig og stort institutt sammenlignet med det tilsvarende i Oslo, selv om studenttallet var atskillig større i Oslo. Jeg ser nå i alle fall i ettertid, at i forhold til planleggingen av «Oslo -96», så var det sagt at man skulle ha en opptrappingsplan for den faste stab for å kunne leve opp til visjonen om et klinisk hovedfag. Jeg vet ikke i hvilken grad det var utredet på forhånd, men det har vært en vesentlig forklaring på en del av de problemene vi har hatt i dette årtusenet. Vi gikk veldig offensivt ut for å fylle åpningene som bød seg i de ulike semestrene. Så offensivt ut at det vel nærmest ble en Pyrrhos-seier, i og med at det ble ikke noe opptrapping av de fast ansatte.

Vi har stått på stedet hvil omtrent siden det nede i Fredrik Stangs gate var 4 ½ årsverk i faste akademiske stillinger, pluss da en stilling som er besatt med vikarer. Det har nok bidratt mye til slitasjonen internt på seksjonen. Vi ser også klart at vi skjøtter ikke den oppgaven, og fyller ikke optimalt som vi kunne ha gjort, de hullene som er spredt i de ulike semestrene fram til 10. semester. Nå har vi riktignok tatt en del igjen gjennom 12. semesters stasjonseksamen og satset mye på den. Det har gått riktig bra. Vi har hele tiden hørt at den allmenntedisinske aksen gjennom studiet skal styrkes, det har Stein Evensen sagt på ulike møter, men i det praktiske så... Jeg skjønner jo at det er vanskelig å være dekanus og sitte der og skulle fordele ressursene. Og når krybba er tom, bites hestene. Men vi har opplevd at fakultetet har vært til dels en motspiller i forhold til dette arbeidet.

Så det vi nå ser som en viktig åpning for videre vekst og utvikling, er nettopp det vi har satset på med langsgående, eksternt finansierte forskningsprosjekter som bringer inn nye hoder og nye mennesker. Det materialiserer seg også gjennom den allmenntedisinske forskningen. Selv om de formelt ikke har oppgaver i studentundervisningen, så er de med på å løfte miljøet totalt sett. Sånn er vi inne i en veldig positiv og dynamisk utvikling akkurat nå. Men det er mer på tross av enn på grunn av fakultetet. Er det noe som har skapt frustrasjon og slitasje, så er det disse gjentagende meldingene om at nå må vi kutte. Først måtte vi kutte ut alt det vi hadde bygget opp omkring utplassering, med nettverk, PCer osv. Vi skulle kople alle praksislærerne sammen i et nett som fungerte hele året, ikke bare når de hadde

studentene, og som skulle bidra til å knytte dem nærmere universitetet. Det forsvant, og dermed også mulighetene for interaktiv undervisning via nettet. Og så nå sist dette kuttet både i første semester utplasseringen og i 10. semester. Det fungerer veldig demoraliserende og destruktivt. Nå ser det ut som vi har klart oss denne gangen, men vi føler oss ikke trygge.

*Peter F. Hjort:* Jeg har bedt om ordet for å ta opp et punkt hvor allmennmedisinen har sviktet i alle år, og vi gjorde det i Tromsø også. Det er sammenhengen med geriatrien. Det er allmennmedisinerne som har ansvaret for de fleste gamle pasientene i Norge, inklusive de 40 000 sykehjemspasientene. Det opplever jeg som helt fraværende i diskusjonen, noe som jeg synes begynner å nærme seg en skandale. På en eller annen måte må allmennmedisinerne forholde seg til det faktum at de har ansvaret for de fleste alvorlig syke gamle mennesker.

*Per Hjortdahl:* Det jeg skal si går ikke akkurat på det. Det går litt til det Stein Evensen sa i stedet om at vi burde krefse til oss atferdsfagene. Atferdsfag er et viktig fag for allmennmedisinen, men jeg tror det er viktig for all klinisk medisin. Vi har lenge hatt saken på vår agenda. Vi har vært opptatt av det som skjer i den kliniske delen av medisinen, og den har vi faktisk undervist i lenge. Det er et eget institutt, en egen gruppe som driver med medisinske atferdsfag. De arbeider med den basalmessige siden av faget, og delvis med psykiatri. Det har en historisk bakgrunn, dette med psykiateren Per Vaglum som var en av initiativtakerne til medisinske atferdsfag, som psykiater, og som fikk lagt det til basalfag fordi han ønsket det dit. Det som er det viktige, synes jeg, er at vi burde ta tilbake vår posisjon når det gjelder *lege-pasientforholdet* og *klinisk kommunikasjon*, kanskje mest av alt. Dette er et av de viktigste redskapene for allmennpraktikeren, nemlig konsultasjonen og lege-pasient-forholdet. Der er vi ikke lenger på banen som vi en gang var. Der burde vi virkelig ta et nytt akademisk grep.

*Per Brodal:* En oppklaring siden dette er for ettertiden. Atferdsfag, det var ikke Per Vaglum først, men det var Einar Kringlen. Og det er helt riktig at det var, jeg holdt på å si, politiske grunner til å legge det til basalfag. Og prestisjen og tyngden der. Det Per Vaglum gjorde, var å gjøre faget likevel høyst klinisk relevant. Bare for å ha sagt det.

*Jørund Straand:* Bare en replikk til Peter F. Hjort. Det er riktig at det kunne sies og gjøres mye mer i forhold til primærgeriatrien i legestudiet, men om jeg skal si at det er en fellesnevner i den undervisningen jeg selv yter, så er

det nettopp primærgeriatri, selv om det ikke alltid eksplisitt framgår av timeplanen. Så fraværende er det ikke, men det kunne vært mye mer.

*Steinar Westin:* Det er umulig å være uenig i det Peter Hjort sier. Det er selvsagt en kjempeutfordring. Men det er ikke sikkert at det er fullt så ille som det høres ut. Vi har også samkjørt geriatri. Vi har tidlig geriatri i studiet og sen geriatri i studiet. Den sene er samkjørt med allmennmedisinen, hvor kommuneleger og allmennleger er inne og underviser sammen med geriaterne.

Stein Evensen nevner dette med om ikke man kunne knytte en praksis tettere og formalisert til Universitetet. Noe av dilemmaet for hele allmennmedisinen, om den skal være troverdig, er at den må være der den faktisk utøves. Det er de tusen tuers fag. Vi har på vårt institutt nå en ny bygning hvor vi har fått et legesenter i en av etasjene. En av fem etasjer er nå et legesenter, slik som dere i sin tid hadde på Røde Kors. Det har vi arbeidet med i mange år og fått til, og er veldig stolt over det. Men vi er veldig bevisste på at vår hovedkontakt er ikke *der*, den er ute hos alle allmennpraktikere i Midt-Norge som er en del av korpset. Og sånn må det faktisk være. Og det koster å holde et sånt nettverk gående, som Jørund og Per Hjortdahl sier. Det er veldig viktig å kvalitetssikre korpset. Vi prøver å lage langtidsavtaler med et utvalg av gode folk for å gjøre det. Men det er som sagt ikke noe som gjør seg selv – det har vi en hel stilling for hos oss.

Er det andre ting i undervisningen som skulle vært avklart? Eller kan vi runde av med å si følgende: Vi har sittet nå og fått høre om en tid på 1950-tallet hvor man lurte på om allmennmedisin overhodet skulle ha et navn som en *egen disiplin* som var noe annet enn bare alminnelig legearbeid. Vi har hørt om gangen i retning av å få en liten *foot inn på universitetet*, kanskje etter hvert få et institutt. Og vi sitter her nå og forteller hverandre om at allmennmedisin er *hovedfag* i avsluttende eksamen i hvert fall i flere av fakultetene!

Vi har nå for eksempel i Trondheim, inspirert av blant annet Oslo, eksamen ved grønne bord ute på legesentrene. Vi tar studentene ut der hvor praktikerne er, setter av to timer og har – eller setter av hele dager gjør vi – med allmennpraktikere som tar ordinære pasienter. Der utvikles det eksamen med sensor. Så vi synes vi har kommet langt. Men utfordringene ligger i å kvalitetssikre dette. Det må være fylt med godt faglig og kunnskapsbasert innhold. Jeg vet ikke om dette kan være en slags oppsummering. Men jeg tror ikke vi skal være misfornøyde på fagets vegne, slik som det ser ut nå.

*Per Hjortdahl:* Jeg har likevel en følelse av at allmennmedisin som veldig mange andre akademiske medisinske fag er teoretisk fattige. Vi har relativt lite teori, og vi slipper den litt lett. Jeg tror vi har et ansvar for å følge opp «den lille grønne» i større grad enn det som har vært gjort, når det gjelder å prøve å finne frem til fagets egenart og løfte det frem. Dette må ikke gå på bekostning av en klinisk allmennmedisin, som vi i perioder har hatt en tendens til å glemme. Dette faget vårt, det spennende faget vårt, allmennmedisin har jo disse to viktige elementene. Det har dette med hva som er fagets egenart og særpreg som vi skal finne frem til å styrke. Samtidig har vi den viktige komponenten av klinisk allmennmedisin som utgjør god legegjerning. Så det er spesielle utfordringer.

*Steinar Westin:* Et lite ord til slutt. Atferdsfagene. La oss ikke glemme et poeng: Jeg er nettopp nå oppnevnt som medlem av et utvalg som skal se på «forberedende», altså forberedende *examen philosophicum*. Og det vi må vite om, vi som skal styre med disse fagene i medisin, er at det er lenge siden nå at den forberedende *psykologi* ble borte! Det betyr at vi får inn kull etter kull av unge gymnasiaster som aldri har hørt om Pavlov. De har aldri hørt om intelligens, aldri hørt om helt basale begreper i psykologien som vi bygger på. Husker dere gamle Schjelderups lærebok som var en del av forberedende? Det finnes ikke noe sånt lenger i ex. phil. De får en del utvalgte emner i filosofi, og det er brukbart. Men det er noe med at atferdsfaget må ivareta en begrepsdanning vedrørende noen av de basale tingene her. Og det gjelder all medisin og ikke bare allmennmedisin. Så ikke glem det Per, når du, nei, Stein skal ha atferdsfagene til allmennmedisin!

*Steinar Westin:* Da går vi til neste sak, men ikke ny person. Vi må henvende oss til Christian Borchgrevink en gang til. Vi vil ha et synspunkt på Norsk selskap for allmennmedisin og AFU, står det her, Allmennmedisinsk forskningsutvalg, bidrag til akademiseringen. Christian, du får ordet igjen:

### **Norsk selskap for allmennmedisin og Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) – bidrag til akademiseringen**

*Christian Borchgrevink:* Jeg er redd for at dette kanskje blir litt mer av en historikk enn egentlig svar på det som oppgaven jeg har fått, men jeg kommer litt tilbake til det på slutten.

Norsk selskap for allmennmedisin ble stiftet 17.2.83. Man kan vanskelig si at det var et lett svangerskap eller en enkel fødsel. Tenker vi oss tilbake til slutten av 70-årene, var arbeidsforholdene innen allmennmedisinen re-

lativt klare. Aplf hadde sitt fagutvalg som vesentlig var opptatt av videre- og etterutdannelse, og da i særlig grad i form av kurs. De viste egentlig ikke noen interesse for klinisk allmennmedisin.

De fire instituttene hadde i 1974 opprettet noe de kalte *The Norwegian forum for general practice*. Det var et kontaktorgan til WONCA, og vi ble opptatt som fullt medlem i 1976.

I 1976 dannet instituttene AFU<sup>29</sup> med deltagelse av Aplf og OLL. Hovedoppgaven til forskningsutvalget var å dele ut korttids-stipendier, bevilget av Legeforeningen, og ikke minst evaluere de mange medikamentelle forskningsprosjekter som ble startet av industrien. Derimot var AFU ikke opptatt av å starte egen forskning. Instituttene var, rimelig nok, mest opptatt av grunnutdannelsen og studentundervisningen og sin egen forskning. Det var altså ikke noe spesielt forum hvor det sentrale var å diskutere fagets innhold og evaluere kvaliteten av det arbeidet allmennpraktikerne gjorde. Dette følte mer og mer som et savn.

Tanken om å starte et selskap etter modell av Danmark og England fikk for alvor vind i seilene etter at Holte og Bjertnæs i Trondheim arrangerte et møte i 1979 som resulterte i et opprop i *Utposten* for å lodde stemningen. Og Westin og Telje fulgte opp med en lang artikkel i *Utposten* året etter. Argumentene var der, og gode var de, men det ble med ordene.

Ved Institutt for allmennmedisin var vi selvsagt opptatt av problemet. Personlig var jeg av den meget bestemte oppfatning at vi, altså vi i Oslo, *ikke* burde ta initiativ, ut fra to betraktninger: 1) Jeg ville ikke at selskapet skulle oppfattes som et Oslo-fenomen. 2) Jeg ønsket ikke at selskapet skulle domineres av akademiet.

Jeg hadde hele tiden ønsket at Aplf – eller allmennpraktikere og Aplf – skulle ta initiativet, og da kanskje i første omgang fagutvalget. Jeg gjorde flere forsøk på å overtale Aplf, siste gang på årsmøtet i Bodø i -80 eller -81, jeg er ikke helt sikker. Aplf var selvsagt interessert i fagutvikling, men først, og aller først, måtte man bli ferdig med tariffproblemene og arbeidsforholdene for medlemmene. Og det ble man jo aldri. Da ble det etter hvert slutt på min tålmodighet, noe jeg kanskje ga uttrykk for i litt udiplomatiske former.

Etter å ha diskutert fremgangsmåten over lengre tid, innkalte jeg 40-50 sentrale allmennpraktikere til et møte i mars 1982. Ikke for å diskutere *om* vi skulle starte, men *hvorledes* vi skulle starte et selskap. Det ble satt ned et underutvalg som skulle arbeide videre med saken og forhandle med Legeforeningen. Disse forhandlingene ble ganske tøffe. Særlig var det to proble-

---

29 Allmennmedisinsk Forskningsutvalg.



mer hvor uenigheten var stor og avgjørende. Skulle selskapet stiftes innenfor eller utenfor Legeforeningen? Og skulle selskapet basere seg på lokale grupper eller underavdelinger? Presidenten truet med at Legeforeningen ville stoppe eller redusere støtten til instituttene hvis selskapet ble stiftet utenfor Legeforeningen. På den annen side kunne vi vente oss en økonomisk støtte på 20 000 kroner hvis vi stemte for å holde oss innenfor Legeforeningen.

På selve stiftelsesmøtet 17.2.83 ble debatten ganske vanskelig og tung. Og i forhold til Legeforeningen stemte 35 for at vi skulle dannes *innenfor* og 33 stemte for at vi skulle dannes *utenfor* Legeforeningen. Flere av de til stede her i dag tilhører mindretallet. Jeg tilhørte flertallet og hadde nok også litt lojalitet til den foreningen hvor jeg hadde sittet i Sentralstyret i seks år noen år tidligere. Vi ønsket fortsatt lokale grupper og det fikk vi inn i vedtektene, men dette punkt ble sløffet av Sentralstyret da vi skulle godkjennes som spesialforening. Den lovede økonomiske støtten fikk vi aldri, men livet hadde vel ikke vært noe særlig annerledes om vi hadde fått de 20 000.

Jeg er neppe den rette til å bedømme Selskapets betydning for norsk allmennmedisin. Men jeg vil peke på noen områder som jeg har sett som viktige. Selskapet frigjorde en rekke krefter innenfor allmennpraktikernes rekker som hadde følt seg noe uvel med Aplf's ensidige fokusering på fagpolitikk. Vi fikk et publiseringsutvalg som var meget aktive. Vi fikk selvevalueringegrupper. Vi fikk referansegrupper og kreativiteten blomstret. Diskusjonen om fagets innhold har stått sentralt hele tiden. Norsk allmennmedisin har gjennom selskapet spilt en sterk rolle innad i WONCA<sup>30</sup> på dette området.

Som tidligere nevnt var jeg redd for at mitt initiativ skulle føre til at selskapet skulle bli Oslo-dominert og også dominert av akademiet. Slik har det heldigvis ikke gått. Av alle de lederne selskapet har hatt, var det bare de to første, undertegnede og Olav Rutle, som hadde en akademisk tittel. Det er vel heller slik at instituttene har vist påfallende liten interesse for selskapet. Blant annet har de ikke vært så veldig mye til stede ved selskapets årsmøter.

Selskapets betydning for akademiseringen av allmennmedisinen ligger nok mer på det indirekte plan. Gjennom debatten om fagets innhold kunne man fore instituttene med argumenter som kunne komme godt med når instituttene skulle forklare studentene om fagets innhold og hva allmennmedisin sto for. Etter min mening har verken forskningsutvalget eller Sel-

---

30 WONCA er et akronym for World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (kortform: World Organization of Family Doctors).

skapet i stor grad bidratt til akademiseringen av norsk allmennmedisin, men det har heller ikke vært meningen.

*Steinar Westin:* Takk, Christian Borchgrevink! Det var en kortversjon av en historie som i ethvert fall jeg glatt kan skrive under på! Jeg var med i det første styret. Jeg husker veldig godt forhandlingene med Legeforeningen i forkant og all den spenningen som oppsto da.

*Dag Bruusgaard:* I de fleste land ble det etablert selskap, blant annet med det for øyet å kjempe for universitetsenheter i allmennmedisin. I Norge gikk det den motsatte veien. Altså: Vi ønsket fra instituttet å ha et selskap som skulle være en pressgruppe for oss, og det var grunnen til at vi ikke tok initiativ til å skape det. Men den jobben var på en måte gjort. Så til slutt ble det likevel til at instituttet i Oslo sterkt bidro til dannelse av selskapet.

*Jo Telje:* Jeg var med Aage Bjertnæs og Christian på forhandlingene med Legeforeningen. Det er helt riktig at det var ganske kilent og problematisk. Den mest hektiske perioden var, av alle ting, i baren på Beito høyfjellshotell. Der var emosjoner ute og gikk, og jeg glemmer aldri den trusselen som Harald Hauge kom med da. Han sa: «Enten opprettes dette innenfor Legeforeningen, og dere blir en del av oss, eller så blir dere støtt ut i det ytterste mørket!» Og trusselen om økonomi lå der.

*Steinar Westin:* Og det var *mot instituttene*, ikke sant? Som Legeforeningen hadde bidratt til å etablere? Den støtten ble truet med å trekke tilbake!

*Jo Telje:* Og så var det dette med direkte økonomisk støtte. Men jeg er ute etter en annen ting som jeg er litt forundret over. Gedde-Dahl snakket i sted om at han var redd for at spesialiteten ville føre til en slags todeling i norsk allmennmedisin. Det har aldri forekommet. I alle de fora jeg har vært, har det aldri vært skisma mellom dem som var allmennpraktikere-Dnlf eller spesialist i allmennmedisin og dem som ikke var det. Det var en del praktiske grunner for at en del ikke fikk til å bli allmennpraktikere-Dnlf eller spesialist i allmennmedisin. Men det har aldri vært noe skisma.

Derimot har NSAM etter min mening vært en slags elite som har skapt et skisma i allmennmedisinen. Vi trodde at vi skulle greie å få til en mye bredere oppslutning om NSAM. Det har vi egentlig ikke greid å få til. Dette har bekymret meg i alle år, at vi ikke har greid å spre det mer utover. Jeg sa i min første innledning at det har vært en slags todeling i allmennmedisinen, mellom dem som har vært aktive, faginteresserte og dem som bokstavelig

talt har seilt i kjølvannet, eller vært i fanget på legemiddelindustrien og ikke hatt noe med NSAM å gjøre.

Jeg har et personlig «vitnesbyrd» om dette, fordi jeg har vært med på omtrent alle NSAMs årsmøter og samlinger. Jeg vil påstå at jeg kjenner 90-95 prosent ved navn av dem som deltar på disse møtene. Men så var det en gang jeg falt for fristelsen og var med et legemiddelfirma til København. Det var 106 deltagere, og jeg kjente tre av dem. Det var for meg et sjokk å oppleve en gruppe på over 100 allmennpraktikere som jeg overhodet ikke hadde noe forhold til, overhodet ikke kjente. Da fikk jeg for første gang servert denne todelingen som jeg faktisk synes vi ikke har vært flinke nok til å møte som utfordring. Det gjelder både legeforeningsorganer og NSAM og akademiet. Jeg skulle veldig gjerne ha sett om vi kunne ha snakket mer om hvorfor og om hva vi eventuelt kunne gjøre for å myke opp dette skismaet.

*Steinar Westin:* Til det Jo Telje sier, jeg er helt enig i beskrivelsen. Men en av årsakene er nok at Legeforeningen umiddelbart satte foten ned for at det skulle lages lokalforeninger. Og inspirasjonen til å lage et *college* i Norge kom jo mye fra England og fra Nederland, men kanskje mest fra de anglosaksiske land eller Australia og New Zealand, hvor disse collegeavdelingene har en sterk selvstendig lokal stilling. De organiserer allmennpraktikere rundt faglig vitenskapelig aktivitet og spiller på lag med instituttene og er en selvstendig, sterk aktør i utdanningen, og særlig på videre- og etterutdanningsområdet.

Da Selskapet ble etablert var Legeforeningen sentralt ute og sa at «videre- og etterutdanning er foreningen sentralt, selskapet skal ikke røre borti den». Det var punkt én. Og punkt to: «her skal det ikke dannes lokale foreninger». Og at de to faktorene, de to brikkene, manglet for Selskapet og gjorde at Selskapet ikke fikk den typen lokal kraft som vi hadde tenkt at det skulle få på det faglige området, tror jeg er en forklaring på dette.

*Jan Otto Syvertsen:* Ja, fødselen var trang, og jeg var nok en av dem som bidro til at den ble litt trang. Jeg var leder av Aplf på den tiden og hadde erfaring for hvor viktig det var at når Aplf og OLL kunne samarbeide, og det kom ut med to pluss, så fikk vi til ting. Men før Haralds og min tid var det veldig mye pluss én eller pluss/minus, så resultatet ble null og det ble veldig lite man fikk til. Det tror jeg Harald kan bevitne.

Det var også slik at selv hadde jeg min bakgrunn fra fagutvalget. Flere av oss hadde det. Impulsene fra arbeidet med faget der, var helt vesentlige for å kunne argumentere og forhandle frem gode rammebetingelser for

allmennmedisinen. Det var ikke bare allmennpraktikernes ve og vel, men det var å få fram hele faget allmennmedisins plass, profil, gjennomføring og ideologi gjennom forhandlinger og skape betingelser for dette. Jeg kan nevne en hel masse. Input fra dem som jobbet med de faglige tingene inn til det fagforeningsmessige, fagforeningspolitiske, var veldig viktig.

Vi var redde for at man skulle tape krefter i dette viktige fagforeningsarbeidet. Vi som var skeptiske til Selskapet, ønsket helst at det skulle bli en videreutvikling av fagutvalget og at de som ønsket å bidra gjennom Selskapet kunne gjøre det gjennom Aplf. Utad skulle allmennmedisinerne tale med én stemme, nemlig gjennom Aplf-styret. Det var hovedargumentasjonen.

Man ble under tilblivelsen av Selskapet enig om en viss fordeling av oppgaver, nemlig at dere skulle stille med undervisning og vitenskap, og vi med de andre tingene. Og så skulle man samarbeide før man uttalte seg. Vi var veldig skeptiske til at dere skulle være en høringsinstans for Legeföreningen i omtrent alle spørsmål. Og det ble dere faktisk. Den grenseoppgangen ble ganske vanskelig. Dere uttalte dere etter hvert ganske mye om ren fagforeningspolitikk. Det var grunnen til at det i Aplf-styret – og også Harald Hauge som for så vidt var helt på linje med slik vi tenkte – ga en del motstand mot opprettelsen, fordi vi ønsket å tale med én tunge utad. Vi ønsket at alle de sterke kreftene som var villig til å satse på Selskapet, skulle satse på disse tingene gjennom Aplfs fagutvalg og videre opp gjennom Aplf.

Men dere har gjort dette helt til skamme. Det har vært kjempefint. Dere har fått mange flere med i fagforeningsarbeid og vitenskap, og jeg må si at det har vært veldig bra.

Når jeg ser tilbake på det, har det vært viktig at Selskapet ble dannet. Men fødselen var trang, og årsaken er forklart. En av tingene som jeg også opplevde, var det jeg nevnte så vidt fra drøftelsen av en felles nordisk spesialitet i København, hvor jeg la fram dette forslaget. Den diskusjonen som der kom mellom representanter fra Dansk selskap for allmennmedisin og Allmennpraktikerforeningen, syntes jeg var dyster å høre på. Hvor de faktisk til de grader kranglet åpent for og imot dette og det endte med at danskene ikke ville være med på en felles nordisk spesialitet. Så jeg satt litt med den erfaringen også. Men jeg er veldig glad for at Selskapet er kommet, og at det er så mange blomster som har blomstret etter hvert. Men jeg var altså med på at den fødselen ble litt trang!

*Dagfinn Gedde-Dahl:* Vi må huske på at dette er bare ett tilfelle av veldig mange. Da jeg begynte i Legeföreningen, hadde veldig mange av spesialitetene sin fagforeningsdel som var et ledd i Legeföreningens organisasjon.

Så hadde de et selskap som var rent faglig. Norsk indremedisinsk selskap, Radiologisk selskap, en rekke av spesialitetene. Og jeg hadde som en av mine hovedoppgaver i min presidentperiode å prøve å samle dem slik at de kom sammen, ikke minst fordi at det var så mange verdifulle som var i Selskapet som jeg gjerne ville ha inn i aktivt legeforeningsarbeid, slik at det ikke bare ble pengepolitikk, men at vi fikk dette forent. Og det lyktes i en veldig høy grad.

Det var heldigvis etter min tid den her nevnte striden gikk. Men jeg ville, hvis jeg hadde vært president, da ha slåss for at dere skulle greie å gjøre det innenfor rammen av Aplf.

*Jan Otto Syvertsen:* Det var helt i tråd med hva Harald Hauge og jeg tenkte den gangen.

*Steinar Westin:* Det er kanskje fælt å skyte seg inn under den fraværende Arne Ivar Østensen. Men han mobiliserte meg ganske tidlig for lage et selskap ved å si: «Nå hadde han vært så mange ganger på møter i Aplf, hvor enhver tanke først måtte siles gjennom normaltariffen før den fikk form».

*Jan Otto Syvertsen:* Siden jeg var representert i forhandlinger, og faktisk markedsførte mye av vår ideologi, så må jeg si at det er ikke riktig. Det var diskusjoner om det, men det er helt klart det var også diskusjoner om ideologi og hvordan vi skulle få dette til, hvordan vi skulle stimulere, bruke forskjellige virkemidler for å få allmennpraktikerne landet rundt til å etterleve det vi mente var god ideologi. Så det er ikke så entydig, og jeg er litt uenig i det der.

*Steinar Westin:* Jojo, det er lov til å være uenig.

*Jørund Straand:* Det er ingen tvil om, når vi ser i ettertid, at Norsk selskap for allmennmedisin har spilt en viktig rolle for akademisering av faget, i den grad dette er noe man stiller spørsmål ved i det hele tatt! Bare se på den innsatsen det har gjort for å bidra, om ikke formelt, så i alle fall gjennom personene for å få på plass *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Dette sendes ut til alle medlemmene. Gjennom det har det klart redusert i alle fall den mentale terskel for at allmennmedisinske forskere skulle kunne våge seg til å sende inn et manuskript på engelsk. Og dette er et livskraftig, velrenommert europeisk allmennmedisinsk tidsskrift i dag. Det er ikke minst takket være innsatsen fra NSAM og de andre skandinaviske selskapene.

At det var strid på 80-tallet og 90-tallet, til dels også mellom dem som var opptatt av fag og dem som var opptatt av fagforeningsarbeid, det kjenner vi alle sammen til. Derfor er det desto lykkeligere å se den løsningen vi har fått til i dag, med allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA). De har sine årsmøter på samme sted og har fått en fornuftig arbeidsfordeling hvor godt samarbeid, god kjemi mellom personer, og god tillit har ført til det lykkelige resultatet.

Ellers så har vel akademiet ikke forsøkt å kuppe NSAM på noen måte, selv om Christian var leder til å begynne med. Men det har vel alltid vært representasjon i NSAMs styre fra akademiet. Det har det vel ikke vært mer enn sporadisk i APLF gjennom årene. Så var det nevnt.

NSAM hadde også et publiseringsutvalg. Det var vel derfra initiativet sprang ut til å lage den første læreboka i allmennmedisin<sup>31</sup> – så kom den *skikkelige* læreboka i allmennmedisin som Steinar Hunskår redigerte<sup>32</sup>. En basalforsker med bakgrunn borte fra faget han også. Den skulle også hatt et eget tema på dette møtet. For den boka har virkelig vært en murstein i å bygge faget og definere innholdet i faget og formidle allmennmedisinsk vitenskapelig kunnskap på en lettfattelig måte. Den har blitt standardlærebok i både Norge, Sverige og Danmark. Den springer for så vidt også ut fra NSAM-kretsene.

Fra NSAM-kretsen sprang også ut det initiativet som medførte at vi fikk den betydelige skjermingen av legers videre- og etterutdanning i 2005 som gjorde at all aktivitet som var sponset av, eller med medvirkning av farmasøytisk industri ikke lenger ga tellende kreditt. Jeg tror ikke vi hadde fått et sånt initiativ uten at vi hadde hatt NSAM.

Så nevnte Christian også AFU – allmennmedisinsk forskningsutvalg, at de hadde også en oppgave, å vurdere relevansen av protokoller på legemiddelutprøvinger i allmennpraksis. Det er en virksomhet som har dødd langsomt ut fram mot årtusenskiftet, og som nå er ikke-eksisterende. Vi holder akkurat på med et prosjekt hvor vi analyserer klinisk utprøving i allmennpraksis gjennom de siste ti årene, gjennom massive granskinger i legemiddelverket. Det er cirka 20 studier i året. I løpet av tiårsperioden er det seks studier som kommer i fra akademisk allmennmedisin. Resten er fra farmasøytisk industri. Det vi da ser, er også at de legene som deltar i legemiddelutprøvinger, om vi skal male med store trekk, det er en kohorte av leger som har lite kontakt med allmennmedisinsk akademi. Så her det for så vidt

---

31 Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I. *Allmennmedisin. Fag og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1991.

32 Hunskår S (red.). *Allmennmedisin. Klinisk arbeid*. Oslo: Ad notam Gyldendal, 1997.



*Figur 13: Hans Petter Schjøsby, Øivind Larsen.*

en todeling i den utøvende forskingen i allmennmedisin, i klinisk allmennmedisin, også i dag.

*Jan Emil Kristoffersen:* Igjen kan jeg da gi de unge et ansikt her. På 80-tallet ble nok NSAM veldig viktig for unge allmennleger. Jeg tror nok mange fant en identitet der som var lettere å samle seg om enn Aplf. Det hadde dels med en ideologisk polarisert tid å gjøre, i større grad enn nå. Og dels med et ønske om å utvikle faget i pakt med utviklingen av en egen spesialitet og så videre.

Det er klart at NSAM til tider var preget av en viss grad av elitisme. Vi husker slagord av typen «faget vedtas ikke». Vi fikk etter hvert noe som på mange måter ble en ørkenvandring. Det ble kastet bort veldig mye energi i rommet mellom Aplf og NSAM. Og desto lykkeligere var det da at vi fikk mulighet for å gjøre noen grep i kjølvannet av Legeforeningens omorganiseringsprosess, som begynte å starte så smått i 2001-2002 og som egentlig var et resultat av omorganiseringen av sykehushelsetjenesten i regionale helseforetak. Den ga behov for regionsutvalg i Legeforeningen og skapte derved en dynamikk hvor hele den fagmedisinske foreningsbevegelse og så videre, kom ut. Den skapte også muligheter for å gjøre noe med organiseringen av faget og fagpolitikken i allmennmedisin.

Jeg har lyst til å fortelle at Aplf-styret og NSAM-styret var samlet på Haraldvangen, det var vel vinteren 2003-2004. Målsettingen var å møtes, ikke for å snakke organisasjon, men for å identifisere enigheter og uenigheter

om fagets innhold og fagets fremtid og utvikling. Vi jobbet ganske grundig både i grupper og plenum. På det tidspunktet var vi ikke i stand til å se at det var tydelige uenigheter mellom Aplfs og NSAMs styre om hvor veien skulle gå videre i forhold til fagets utvikling. Og det gjorde at man fikk etablert en tillit som gjorde at det var mulig å gå videre og få til det vi gjorde da med AF og NFA.

Til slutt det med å møte andre typer leger på kongresser. Det har vært en bekymring at det også har vært farmasøytisk industri som har finansiert en del av reisene til de allmennt medisinske WONCA-kongressene. Det har vært til dels godt publisert i Aftenposten at mange norske leger har reist med farmasøytisk industri. Noen sa i en diskusjon for et års tiden siden at «hør nå her. Det her handler ikke om penger, det handler om at leger er flokkdyr, og synes det er greit å reise i grupper hvor andre har ordnet ting.». Det førte til at Norsk forening for allmennt medisin i år tok grep og ble reisearrangerør for gruppereise til WONCA i Istanbul. Fullt hus, full påmelding og stor suksess. Det var en gruppe på 20 som var med. Den var tegnet sånn. Neste gang satser man nok på 50. Jeg tror at det faktisk er mulig å utvikle konseptet.

*Steinar Westin:* Det er lovende. Og da er det Fond II som sponser, er det ikke sånn? Det synes jeg er utmerket. Fond II er en glimrende instans.

*Christian Borchgrevink:* Jeg avslutter med en liten historie, for når en 84-åring blir bedt om å tenke tilbake 40 og 30 år tilbake, er det klart at det har noe med hukommelsen å gjøre. Og da en liten anekdote. Det var han som var 84 år og fikk besøk av barnebarnet sitt. Han var så veldig glad for det. Han ble så lykkelig. Så tenkte han på sin 80-års dag og den var så fin, «jeg husker så godt at solen sto høyt, alle blomstene var der, trærne var grønne og det var varmt i vannet». Og så sa barnebarnet: «Jeg tror du husker feil jeg du farfar, for du har fødselsdag i januar»... «å ja, det må nok ha vært 75-års dagen».

*Steinar Westin:* Takker for fyndig innspill. Christian. Det er håp for oss alle!

Skal vi rett og slett ta et sprang? Det må vi gjøre til neste post. Vi er litt forsinket her. Dette syntes jeg var en veldig avklarende og belysende diskusjon med mange fine innspill.

Vi går til «forskning – trender i et 40-års perspektiv». Dag Bruusgaard, ditt podium. Vær så god.



## Forskning – trender i et 40-års perspektiv

*Dag Bruusgaard:* Stein har etterlyst temperatur. Det kunne nesten vært fristende å sagt at vi har brukt for lite tid på forskning. Forskningen har vært litt for lite dristig. En av grunnene er det Per Fugelli sa: Vi har vært livredde for å fjerne oss fra praksisen. Der har vi gjort en for dårlig jobb. Vi har brukt for lite tid, og vi har brukt alt for lite tid her. Jeg trodde nærmest mitt innlegg skulle være en oppsummering og at forskning hadde vært et gjennomgangstema, men det har nesten ikke vært det! Så jeg kunne sagt: «Jeg stopper der. Vis overfor meg at jeg har feil når jeg kommer med denne påstanden». Jeg gjør det imidlertid ikke. Altså: Vi har på dette seminaret brukt for liten tid på forskning.

Allmennmedisin som akademisk fag vokste etter min mening frem basert på helsetjenestekritikk fra to ulike hold. For det første: Innenfra, fra de allmennpraktiserende legene selv, med påpekning av at helsevesenet utviklet seg uten å ta hensyn til den allmennmedisinske førstelinjetjeneste, verken organisatorisk, utdanningsmessig eller når det gjaldt spesialisering. Kritikken var pragmatisk konservativ, men instituttet i Oslo er ikke noen 68-er uten grunn. Men kritikk av helsevesenet kom også utenfra, fra andre miljøer, dels utenfor helsevesenet. Antiautoritære bølger, teknologi og spesialiseringsskepsis har vært nevnt, desentraliseringsønsker og behov for grasrotinnflytelse. Det var en del av et radikalt ideologisk oppgjør, som med noen rett ble tatt til inntekt for allmennmedisinen.

Forskning i allmennmedisin tok ikke fatt i denne kritikken, i det minste bare delvis. I løpet av perioden har norsk allmennmedisin blitt «telt opp» i en grad som aldri tidligere har vært gjort på sykehusavdelinger, poliklinikker eller i privat spesialistpraksis. Psykiatri i allmennpraksis, pasienter i allmennpraksis, kreft i allmennpraksis, muskel- og skjelettlidelser i allmennpraksis, inkontinens i allmennpraksis, sykemeldinger i allmennpraksis. Allmennpraktikeren ble grundig, men teorifattig og hypotesesvak, beskrevet som en *jack of all trades*.

Her skilte vi oss – og det synes jeg er ganske interessant – veldig sterkt fra en annen novise i akademiet, nemlig sykepleievitenskap. De orienterte seg mot samfunnsvitenskapene og teoriutvikling, og ble, velfortjent, kritisert av praktikerne – og vesentlig mer enn det vi ble noen få ganger, og relativt ufortjent vil jeg si. En liten episode fra denne utviklingen er faktisk ikke helt uvesentlig:

I 1984 var det avlagt sju doktorgrader hvorav én fra Tromsø, navnet har vært nevnt. En komité ble nedsatt for å komme med forslag til støtteprogram for allmennmedisinsk forskning, som det het. Rådet for medisinsk forskning i NAVF godtok denne innstillingen som var ført i pennen av tre herværende

personer. Programmet ble gjennomført i perioden 1986 til 1990. Den internasjonale evalueringskomiteen konkluderte blant annet med at programmet ville kunne resultere i tre til fem doktorgrader. Som ansvarlig mente jeg at dette var basert på en misforståelse. Jeg selv syntes det ville være trist hvis det ikke i ethvert fall skulle bli ti doktorgrader. Jeg mente at det egentlig lå i kortene. NAVF, med en meget sterk og talefør motstander av programmet, stolte på komitéen og anså programmet som moderat vellykket. Av 37 deltakere, hvorav åtte var kvinner, var det ved avslutningen 35 uten doktorgrad. Av disse har i ettertid 27 disputert, seks kvinner, og 18 bekler professorater i allmenn- og samfunnsmedisin ved våre fire medisinske fakulteter. Om programmet bare er en liten del av æren for dette, må det vel sies å være noe av det mest vellykkede støtteprogrammet for et ferskt forskningsområde som har vært gjennomført i Norge.

En *jack of all trades*, ja vel, men en *master of what*? Hva var det allmennmedisinske grunnstoff? Vi brukte en del honnørord som holisme, paradigmeskifte og biopsykososial modell, men forskningen var i liten grad preget av dette. Den kliniske epidemiologi med Wulffs bok<sup>33</sup>, rasjonell klinikk påvirket i stor grad våre diskusjoner og fagutvikling mer enn selve forskningen. Det viktigste bidraget var kanskje den pasientsentrerte metode der McWhinney og i Norge Kirsti Malterud var viktige aktører, og Per Hjortdahl med sin kontinuitet som en betydningsfull bidragsyter.

Forskningsaktiviteten har variert noe i perioden. Universitetene har ikke fulgt særlig bra opp. Men Bergen har lykkes best og overtok etter hvert Oslos klare hegemoni når det gjaldt forskning. De siste årenes kamp for å få helsemyndighetene ansvarliggjort har, tross skuffelser, medført en ny giv i allmennmedisinsk forskning med etablering av forskningsenheter og forskningsfond. Vi aner konturene av noe nytt og spennende.

Hva har så den allmennmedisinske forskning oppnådd? Sett fra min observatørpost, delvis utenfra nå, vil jeg hevde at forskningen fortsatt er registrerende, fortsatt teorifattig og preget av mangel på dristige hypoteser. Det er langt mellom de epokegjørende resultater som har resultert i endret praksis.

Allmennmedisinsk forskning har imidlertid vært svært viktig for den allmennmedisinske fagutvikling. Men det skyldes mer forskerne og miljøene enn forskningsresultatene i snever forstand. De allmennmedisinske miljøer har blant annet levert viktige bidrag i vesentlige debatter om kontroverser i helsevesenet sånn som medikamentell sykdomsforebygging med statiner

---

33 Wulff H. *Rationel klinikk: grunnlaget for diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. København: Munksgaard, 1973.

og antihypertensiva. Et godt eksempel på at allmennpraktikere med solid forskningserfaring med tyngde har bidratt i debatten både nasjonalt og internasjonalt. Noe av opposisjonen mot den rendyrkede evidence-based medisin likeså. Det som er det viktigste resultatet så langt, synes jeg, er den kompetanseoppbygning forskningen har bidratt til og den faglige tyngde det har gitt mange av fagets toneangivende representanter. For så vidt et bidrag akademisk allmennmedisin kan være stolt av.

*Steinar Westin:* Takk så mye, Dag Bruusgaard! Ja, veldig nyttig synes jeg at du nevner dette forskningsprogrammet. Det var vel før NFR, Norges forskningsråd, var dannet, så da var det gamle NAVF, Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, hvor det var Rådet for medisinsk forskning. Just det. Hvor det vel var Per Fugelli, du og jeg som på eget initiativ skrev et forslag om å få etablert et forskningsprogram for allmennmedisin. Det gikk faktisk gjennom. I dag ville vi flirt av beløpet, det var ikke store pengene, men det satte i gang ganske mange møter og kurs og nettverk som ble betydningsfulle. Du var forskningsleder i de årene for dette programmet. Jeg tror det absolutt er noe som hørte med i en giv for å sette fart på mange som så vidt var begynt å pusle med ting. Det var allmennpraktikerstipendiater som gjennom dette fikk initiativ til å gå videre og lage doktorgrader, og det ble mye på litt sikt. Det var helt opplagt for kort oppfølgingstid for første evaluering. Men det ble veldig mye bra ut av det programmet for relativt beskjedne midler, er min tilføyelse til deg.

*Per Fugelli:* Jeg synes Dag er litt dyster når han nesten gir et bilde av at vi, i alle fall når det gjelder kvalitet, har stått omkring på stedet hvil, at vi står der i dag i 2008 i allmennmedisinsk forskning og teller til ti som vi gjorde i begynnelsen av 70-tallet. Jeg er ikke enig i det. Nå må dere hjelpe meg, dere som følger med nå, men mitt inntrykk er bestemt at det har skjedd en helt klar forbedring i kvalitet. Det var på en måte naturlig at vi startet med disse brede, grove tellingene, fordi det var en slags grunnmur. Det var et grovt kart som skulle tegnes, ikke sant? Men nå er der jo ingen som gjør det mer. Mye av den gode norske forskningen i allmennmedisin nå, har jeg inntrykk av, tar for seg den genuine allmennmedisinske klinikk, enkelt-tilstander og utforsker deres symptomatologi, diagnostikk og behandling, gitt allmennmedisinske premisser.

*Trond Nordby:* Jeg var borte en stund under dette seminaret, for da var jeg som en utpekt allmenn-, ikke -medisiner, men allmenn samfunnsviter til stede på et seminar på juss i statsforfatningsrett, så jeg kom inn da Jan Otto

Syvertsen hadde avsluttet sitt foredrag. Og så begynte jeg å studere på hvordan kan man drive en spesialistutdannelse i allmennmedisin. Så svarte ordstyreren på det og så hadde Gedde-Dahl ordet, men så dukket spørsmålet opp igjen nå da Bruusgaard holdt sitt innlegg: Hva er det man egentlig forsker på i allmennmedisin? For du snakket om at forskning var god, forskning var dårlig, den var ikke så dårlig som man kanskje har inntrykk av, men hva konkret er det man forsker i, og kaller det allmennmedisinsk forskning?

*Dag Bruusgaard:* Til at vi har fått en ny giv og at noe skal skje. Jeg tror godt vi kan skjerpe oss. Jeg trodde kanskje du Per hadde svart på noe som jeg faktisk tror er en dimensjon i det. At vi gjorde det motsatte av sykepleierne. Vi var så redde for å fjerne oss fra praksis at de dristige hypotesene er det fortsatt langt mellom. Det vil jeg hevde. Jeg har slett ikke sagt at kvaliteten er den samme nå som for 40 år siden. Det kunne tolkes sånn, jeg er enig i det. Jeg har ikke sagt det, og har definitivt ikke ment det. Men det er en oppfordring til litt større dristighet og til å lete etter det genuine. Det er langt frem til Jahrepriser i allmennmedisinsk forskning. Kanskje vi aldri kommer dit, men jeg ville fortsatt se det som et slags mål.

*Jan Otto Syvertsen:* Du stilte et spørsmål om hva det nå egentlig var? Jeg synes Per Hjortdahl kan si litte grann om kontinuitet som en typisk ting han forsket på som er typisk allmennmedisin, som svar på dette.

*Steinar Westin:* Det var Jan Otto Syvertsens replikk. Per Hjortdahl:

*Per Hjortdahl:* Jeg vil først gå tilbake til en annen kandidat på instituttet hos oss som jeg synes eksemplifiserer den type forskning vi står for. Det er Morten Lindbæk. Han kom til meg for åtte år siden, ti år siden, og sa at han var interessert i forskning. Han ville gjerne ta doktorgrad. Vi ble enige om at han skulle lære seg å krabbe før han skulle gå og løpe, så vi sa: Begynn med noe som er litt mindre. Da begynte han å se på hvilke utstyr bruker allmennpraktikerne til å vurdere øre-nese-halsproblemer i allmennmedisinen. Han lagde en spørreundersøkelse, enkelt greit, og fikk den publisert i *Tidsskriftet*.

Så ble han opptatt av hvordan allmennpraktikerne tilnærmer seg sinusitt, diagnosen og behandlingen. Han satte i gang et forskningsprosjekt på det, fikk penger fra Forskningsrådet og skrev sin doktorgrad. Den ble publisert som delartikler i *BMJ*. Han sitter nå og skriver ledere for *JAMA* og for *Lancet*

om sinusittproblemer. Han driver sin allmennpraksis i Stokke fremdeles, og er etter hvert blitt professor på instituttet vårt.

Han grep fatt i problemer som han opplevde i sin egen praksis. Han gravde der han sto og tok det til ganske store høyder, nemlig til å bli den i verden som er ledende på dette lille området og som sagt skriver ledere i *Lancet* og *JAMA*. Så jeg mener at vi har en kvalitet som begynner å springe frem etter hvert.

Når det gjelder min egen forskning i allmennmedisin, er jo det doktorgraden som går på betydningen av kontinuitet i lege-pasientforholdet. Den sprang jo ut i fra min egen opplevelse, nemlig det å være distriktslege på Værøy og Røst i bortimot fire år. Enelege, ikke fri i det hele tatt. Da opplevde jeg de store gledene ved kontinuitet. Jeg kom inn i hver eneste familie i disse to øysamfunnene. Jeg lærte meg gleden ved å være doktor for et slikt samfunn. Dessuten var det naturen, og så var det de spennende, rare menneskene som var på disse stedene.

Da vi hadde vært der i tre og et halvt år, sa kona mi at «Per, jeg ser at du begynner å nærme deg utbrenthet». Jeg så det ikke selv, men hun, som den kloke kvinnen hun er, hun sa at det er på tide vi kommer oss vekk herfra. Det gjorde vi etter fire år.

Da ble jeg bydelslege i Oslo og så at dette var en helt annen måte å drive allmennmedisin på. Her var det fast arbeidstid, ikke listepasienter, og ikke egentlig noe vakt. Det var diskontinuitet satt i system. Og det var deilig.

Men så, etter noen år, ble det en ganske frustrerende måte å være lege på. Da var det KOPF-begrepet som vi har snakket om tidligere, sprang opp, idealene, grunnlaget. Hva ligger i disse forskjellige begrepene, ordene vi har tatt for oss som faneord: Kontinuitet, omfattende, personlig og forpliktende. Det var følelsen av den veldige dragingen som ligger i dette faneordet og som vi bygget vår ideologi på, at dette måtte vi prøve å finne ut noe mer av. Det var det som var grunnlaget for forskningen. Nemlig det igjen å ta fatt på de utfordringene som det var å mobilisere 133 norske allmennpraktikere randomisert i hele landet til å registrere sine konsultasjoner, kontakt med pasienter, og se hvordan kjennskap til hverandre virket inn på bruk av resepter, bruk av sykemeldinger, bruk av tid i konsultasjonen og så videre. Hvilken betydning har kontinuitet i dette? Og dette ligger delvis som bakgrunn for fastlegeordningen. Det var mange andre ting som var ute og gikk på den tiden, men jeg vet at mine artikler, som da også ble publisert i *BMJ*, og det sier jeg delvis for å skryte, men delvis også fordi det er morsomt å se at norsk allmennpraksis vant gehør i de miljøene, de ble lest av dem som tok fastlegeordningen videre.

*Steinar Westin:* Takk skal du ha. Det utdyper i hvert fall. Jeg vet ikke om Trond Nordby får litt idé om hva allmennmedisinsk forskning består i. Jeg tenker når det spørsmålet kommer, må jeg nevne at i den boka fra 1983 som heter *Forskning i allmennpraksis*<sup>34</sup>, er det et kapittel ved Christian Borchgrevink som heter «forskningsområder i allmennpraksis» som prøver å lage noen merkelapper på hva skal vi egentlig drive med. Og de merkelappene heter som følger: *Klinisk forskning*. Lindbæk er et godt eksempel på det. Og Guri Rørtveit i Bergen publiserte sin keisersnitt og urininkontinens-artikkel i *New England Journal of Medicine*. Det er ikke «bare bare» – flere av de allmennmedisinske prosjektene er nå i verdens beste tidsskrifter. Det andre heter *epidemiologisk forskning*. Det er en etterfølger av det du Per i sin tid har gjort og Bentsen gjorde. Altså beskrive sykkelighet i befolkninger. Nummer tre er *sosialmedisinsk forskning*, hva er betydningen av ulike sosiale faktorer for sykdom og for håndtering av sykdom. Dette utspiller seg jo tettest og mest betydningsfullt i allmennpraksis der folk lever og bor, og allmennpraktikeren skal spille på lag med både velferdsordninger og sosiale determinanter. *Pedagogisk forskning* er nevnt, det kunne vel gjelde alle spesialiteter skulle jeg tro. Og *operasjonell forskning* er det siste punktet, nemlig hva gjør vi og hvorfor, på ulike måter. Kontinuitetsforskning, skulle jeg tro, havner i den gaten. Hvordan fungerer lege-pasient forholdet, hvordan driver man sin butikk? Det som her vår første sakkyndige<sup>35</sup> sa at umulig kunne underkastes vitenskapelig forskning!

Er det noenlunde avklart?

*Jørund Straand:* Jeg ville bare følge opp akkurat det samme spørsmålet. Det var vel Dag Bruusgaard som hadde en bokanmeldelse tidlig på 1990-tallet der han hadde en definisjon som er ganske okey: At allmennmedisinsk forskning er formulering og besvarelse av problemer av relevans for allmennpraksis, og gjerne for medisin generelt. Og i det allmennmedisinske fagfeltet ligger det at tematisk er området ubegrenset. Vi har hele mennesket, med alle dets kroppsåpninger, i samspill, både biologisk og psykologisk, i samspill med omgivelsene. Ut fra det springer også at vi ikke har noen spesielle allmennmedisinske metoder. Vi velger metoder etter hvilket spørsmål som skal besvares. Det brukes kvalitativ metode, og det brukes samfunnsvitenskapelig metode. Det brukes epidemiologiske metoder og så videre. Så det er et stort panorama her. Ellers så er det riktig som Steinar sier, at i løpet av de siste 10-15 årene har allmennmedisinske norske arbeider vært publisert

---

34 Westin S. (red.) *Forskning i almenpraksis*. Oslo; Universitetsforlaget, 1983.

35 Bentsens sakkyndige, kfr.tidl.

i de fremste internasjonale tidsskriftene, og om ikke i stort omfang, så har de i hvert fall vært der.

*Hans Ånstad:* Det som jeg ville ta opp, er det som Dag var inne på: Hva kan det komme av at det offentlige først i det aller siste egentlig har kommet på banen når det gjelder fagutviklingen og forskningen i et så viktig felt som allmennmedisin? Jeg tror kanskje at det har litt med det å gjøre at ansvaret for tjenesten allmennmedisin, den allmennmedisinske tjenesten, har vært veldig uklart. Er det staten som ansvaret for det? Er det kommunene? Er det KS? Eller er det kanskje Den kongelige norske legeförening som har ansvaret? Og jeg tror det at det har vært så uklart, er litt av årsaken til at for eksempel Barbara Starfield, som noen har nevnt, er litt forbauset over at forskning og fagutvikling her i landet, et av verdens rikeste land, ikke er kommet lenger. Dette vet jeg mye om og det kunne være tema for et eget seminar. Hvorfor har det gått så skeivt med det å få fastlagt hvem har egentlig ansvaret for allmennmedisinen?

### **Universitetsfaget og allmennmedisin – hva lyktes vi med, hva sviktet?**

*Steinar Westin:* Med ørneperspektiv står det. «Universitetsfaget og allmennmedisin – hva lyktes vi med, hva sviktet?» Det er oppgitt emne, men du skal få redefinere det som du vil.

*Per Fugelli:* Det burde stå «med ørneperspektiv og grå stær», fordi det er veldig lenge siden. Jeg stakk jo av fra dette, den gamle kjærligheten for 16 år siden. Men jeg skal være kort, ikke bare av den grunn, men også fordi mange av de opplysningene vi trenger for å se hva vi har fått til eller hva vi ikke har fått til, har vi vært innom i løpet av denne spennende dagen. Men i alle fall – hva har vi lyktes med hva har vi ikke lyktes med som universitet? Spørsmål nummer én må da være hva er et universitetsfags gull og karat? Hva er målestokken? Hva forventer vi av et universitetsfag?

Fire essensielle oppgaver ser jeg. Nummer én som Dag har gjort greit rede for: *Forskning*, skape ny kunnskap som er med på å konstituere faget, gi det substans. Nummer to: *Undervisning* – dele på ny og gammel kunnskap. Og nummer tre, *formidling*, har det vært kalt. Men jeg har lyst til å dele denne oppgaven i to:

Det ene er at et universitetsfag, ikke minst i medisinen, har et ansvar for å *bære* dette. Stein Mehren har et vakkert dikt som han kaller «Å bære sitt bilde frem». Det føler jeg ligger der som et basalt oppdrag for et universitetsfag i medisin, å være med på å skape bildet av faget. Være med på å

hjelp fagets utøvere til å oppleve identitet aller helst stolthet, en gjenkjennelig profil, et kranium hadde jeg nær sagt. Dette er meg, dette er allmennpraktikeren, dette er det faget jeg skal være kyndig i. Bære bildet frem i tre rom. Dels i *det offentlige rom* som er viktig for allmennmedisinen, fordi vi skal samhandle med en befolkning som skal kjenne oss og helst ha tillit til oss og vite hvem vi er. Dels inn i *det politiske rom*, inn til makthaverne, beslutningstakerne. Og ikke minst bære vårt bilde frem inn i *det medisinske hus*, inn i fakultetet. Inn i sykehusene, inn i legestanden, slik at flokken vår kjenner oss.

Og det andre oppdrag er – som det kanskje for noen av dere, men i alle fall for en misjonær fra Stavanger er naturlig å ta med – det er at jeg innbiller meg at et universitetsfag også skal være en slags en moralsk vokter eller uavhengig *beskytter av fagets sosiale kapital*. Jeg skal komme til det.

Men la oss først nå se: Gikk disse fire oppdragene?

*Forskning:* Hva har vi *lykkes* med, hva har vi ikke lykkes med der? Som jeg nevnte i min replikk til Dag: Jeg synes at det er et kvantesprang i kvalitet mellom det vi holdt på med for 30-40 år siden. Det er en veldig gledelig utvikling i retning spissing og kvalitet i den allmennmedisinske forskningen vi ser i dag. Det har vært nevnt flere ganger, og det er sant, at ikke få av de nyere forskningsarbeider har en kvalitet, en relevans, en gyldighet i verden som gjør at de publiseres i *New England Journal of Medicine*, i *JAMA*, *Lancet*, *BMJ* og kompani. Det er til å være stolt av.

Hva har vi *ikke lykkes* med når det gjelder forskning? Det vi ikke har lykkes med, er å lage et tog som ruller og går, altså velge seg emner, velge seg metoder, avgrense, konsentrere, fordype og så skape kontinuitet, stabilitet, bærekraft i noen emner eller metoder hvor nye forskere kan komme inn og finne sin vogn og bli med på å forske i gruppe. Det er fortsatt veldig mye de ensomme ryttere som holder på. Det er det ene vi ikke har fått til. Det andre vi ikke har fått til, og det er bekymringsfullt, jeg fikk tallene fra Jørund Straand forleden dag: Vi har ikke fått til å smitte folk med forskningslyst ute i praksisfeltet i tilstrekkelig grad. Som en del av legekårsundersøkelsen ble det gjort en spørreundersøkelse i 2004. De spør blant annet om betydningen av egen forskning, faglig oppdatering og vedlikehold. Der svarer av indremedisinerne og kirurgene rundt 25% at det har stor betydning, allmennmedisinere 6 %. Prosentandel som har vært forfatter eller medforfatter på en faglig artikkel siste år, kirurger og indremedisinere 25 og 21 %, allmennmedisinere 8%. Så her har vi en armod som vi må prøve å gjøre noe med.

Så til *undervisning*: Der har vi fått et godt bilde blant annet gjennom Per Brodals innlegg. Fra å være nådesmuler og innbruddsforsøk i begyn-



nelsen i gamle studieplaner, er det nå blitt et hovedfag, et klinisk hovedfag. Planfestet ved alle de fire medisinske skolene. Det er en bragd. Og så kan noen si, som Jørund klokt var inne på, nå har vi tatt på oss for mye. Ja, blant annet på grunn av fakultetets svik i forhold til det de forpliktet seg til i Oslo -96, har vi antakeligvis det. Men i alle fall, Gud bevare meg vel, vær stolte av at dere har skapt mange tonn god undervisning og ikke minst, som også har vært nevnt, læreboka som er et storverk. Den brukes nå i Danmark, i Sverige, er blitt til ved Steinar Hunsrås mesterskap, men i samarbeid med hundre medforfattere og manuskriptvurderere, hvorav veldig mange fra allmennmedisinen selv. Et mektig prosjekt i fagutvikling og et veldig godt eksempel på symbiose mellom kloke, erfarne praktikere og akademisk allmennmedisin. Utplassering har vært nevnt. Den store eksamen til slutt har vært nevnt. Jeg synes vi har veldig mye å være stolt av når det gjelder undervisning.

Så til slutt dette med *å bære vårt bilde frem*. Det gjorde vi veldig bra, tror jeg, i begynnelsen, ikke minst opp gjennom 70-åra, etter hvert sammen med Selskapet som kom i 80-åra, sammen med Aplf og med fagutvalget. Vi var veldig gode på å drive med det som heter *branding*. Lage en merkevare som er synlig og tiltrekkende for oss selv, men som også skinte litt ut til folk og politikere. Det tror jeg kanskje vi må prøve på ny nå, fordi – som flere har vært inne på, Jo Telje også – vi er nede i en bølgedal. Kanskje både eget selvbilde og bilde utad. Så det føler jeg trenger forsterkning.

Og det aller siste som jeg satte opp som universitetsfagenes oppdrag, det er å være en slags uavhengig vokter av fagets sjel eller hjerte, mot pengekrefter, mot byråkratier, mot politisk misbruk, mot farlige allianser med legemiddelindustri og så videre. Der synes jeg vi har et litt blandet regnskap. Jeg synes vi har vært rimelig gode på det i en del sammenhenger. Blant annet langt på vei ved allmennmedisin og akademisk allmennmedisin som har advart mot for mye risikofokusering, som har vært tidlige i å advare mot sykdomsgjøring og medikalisering, og som og har vært vakthunder i forhold til legemiddelindustrien. Dette er en viktig oppgave som jeg synes vi har skilt oss rimelig godt fra.

*Steinar Westin:* Det var en gylden oppsummering på et vis, men med noen store minuspunkter. Skal vi få noen kommentarer på den?

*Jan Otto Syvertsen:* Det du sier, er at det har vært litt for og i mot med samarbeid med legemiddelindustrien og den forskningen som har foregått der. I flere år deltok jeg som en av vannbærerene til Institutt for allmennme-

disin, både i Øgar-studien<sup>36</sup>, Rutle<sup>37</sup>-studien og flere, og lærte av det og syntes det var morsomt å bidra til disse tingene. Så lenge jeg var tillitsvalgt i Legeforeningen hadde jeg ingen kontakt med industrien, men etter at jeg var ferdig med det i slutten av 80-årene, fikk jeg noen invitasjoner. Og jeg lærte faktisk av det også.

Det er også slik at vi mener at det er viktig å ha gode medisiner, at de bør videreutvikles og utprøves. Og vi vil også gjerne ha *evidence based medicine*. De første studiene, Blocadren-studien med Terje Pedersen og flere, har etter hvert vært toneangivende i det vi kaller *evidence based medicine*. Så det er ikke enten-eller her, men vi trenger faktisk begge deler. Fra å være vannbærer til en del av disse studiene som legemiddelindustrien har stått for, har jeg faktisk vært med i flere styringskomiteer og vært med på å publisere artikler der og lært veldig mye, også fra den siden. Det er også nyttige ting i det totale bildet, så det er ikke riktig å se det så veldig svart/hvitt, enten-eller.

En av de tingene jeg har krevd når jeg har sittet i styringskomiteer, er at uansett resultat, positivt eller negativt, så skal det publiseres. Og det skal alltid ha vært godkjent av AFU før det settes i gang. Det er ting jeg har stilt som krav i komitéene. Jeg har vært med i flere, og jeg synes det har vært veldig lærerikt og morsomt det også. Jeg synes det blir litt feil med denne veldig negative holdningen til det. Og mange av disse studiene som jeg har vært med på, har vært publisert i anerkjente tidsskrifter: *Lancet*, *The Journal of Hypertension* og you name it. Så den veldig negative holdningen er jeg uenig i.

*Steinar Westin:* Vi tar det til etterretning. Det er på båndet. Torgeir Asdahl, vi klubbet deg i sted rett før Per Fugellis innlegg:

*Torgeir Asdahl:* Jeg vet ikke om jeg våger å kaste meg ut på perspektivet til Per, men jeg savner en dimensjon som jeg synes er vanskelig å formulere. Jeg tenker på i forskningen – på hvordan folk *tenker* og hvilken betydning det har for egen sykdom, for andres sykdom? Er det viktig snart, at vi finner en måte å gruppeinndele like mennesker i måter å tenke på? Man kan ha det som et slags forskningsgrunnlag for å se hvilken innvirkning dette har på selvbevarende helsemekanismer og forholdet til akutt sykdom. Intuitivt vet vi at det betyr veldig mye hva folk *tror* om sin egen sykdom, og at det kanskje er viktigere hva mennesket selv tror enn hva doktoren tror. Men forskningsmessig vet vi vel egentlig ikke det?

---

36 Bjørn Øgar.

37 Olav Rutle.

Hvorfor er det sånn at hvis man har valget mellom to goder eller to onder, så ender man opp med omtrent fifty-fifty? For eller imot EU, fifty-fifty. For eller imot McCain på den ene siden og Obama på den andre, fifty-fifty. Altså hele veien hvor det er to valg, velger halvparten det ene og halvparten det andre. Men hvis man går det etter i sømmene, skulle jeg anta at egentlig er det 30% for og 30% mot og 30% som ikke riktig veit. Antakelig kan den delen også deles på en måte i to. Jeg bare bringer dette på banen, fordi det er en forskningsdimensjon som vi mangler, etter mitt skjønn. Hvis vi hadde hatt den, kanskje vi hadde forstått litt mer av hvorfor vi fortsatt snakker om somatiske sykehus, psykiatriske sykehus, ikke om det psykosomatiske, for på alle disse avdelingene og stedene er det snakk om psykosomatikk. Ingen steder hvor vi har det ene eller det andre.

*Per Fugelli:* Jaja. To ting. Først til Jan Otto, hårsåre Jan Otto. Altså: Jeg mente ikke å devaluere betydningen av at allmennpraktikere deltar i godt planlagte, skikkelige gjennomførte, ærlig publiserte medikamentforsøk. Det var ikke det det handlet om. Men det var hele denne lurvete kulturen vi har hatt i forhold til å knytte gyldne lenker og merkelige vennskapsbånd til legemiddelagenter. Der har norske allmennpraktikere vært forbilledlige, ikke minst for en tre-fire-fem år siden, hvor 2-300 virkelig samlet seg i et kraftfullt opprop som mante til selvransakelse i legekreter.

Torgeir Asdahl, det er veldig spennende det du sier. Og det aner meg at jeg kan knytte an til Dags savn av litt dristige og litt modige og litt mer teoridannende forskning i allmennpraksis. Fordi, ikke sant, vi sier hele tiden, vi smykker oss, jo takk *kontinuitet*, men vårt smykke nummer én er det engelskmennene kaller *personal doctoring* som ligger i nabolaget til den pasientsentrerte metoden. Men da burde vi, som du klokt sier nå, være mer nysgjerrige på «jammen, Herre Gud, hva er det som rører seg inne i hodene og hjertene og kroppene på disse syke folkene?» Ikke sant? Altså den subjektive opplevelsen av sykdom, og ikke minst den subjektive forventning til hvilken hjelp de skal få av oss. Dette ligger nesten brakk.

*Peter F. Hjort:* Jeg ber om ordet for å ta opp to felt som jeg synes allmennmedisinerne har forsømt. Det ene er de uheldige hendelsene. Både internasjonalt og nasjonalt står allmennmedisinen nesten helt uten rapporter om det, til tross for at det er gode grunner til å tro at det ikke er mindre i allmennmedisinen enn alle andre steder. Og dette er et alvorlig problem.

Det andre er hele den gruppen av kroniske sykdommer som har noen felles trekk. De er usynlige, skolemedisinen forstår ingenting av dem, og

legene finner ingenting når de undersøker pasientene. Det er fibromyalgi, ME og utbrenthet.

*Steinar Westin:* ... og el-overfølsomhet.

*Peter F. Hjort:* Og så videre og så videre. Jeg føler at allmennmedisinerne må ta det opp, for det er de som ser dem. De må forsøke å finne ut noe om denne gruppen. Jeg har tilfeldigvis kontakter i ME-gruppa og dette som foregår i London med «the lightning process». Jeg traff en dame som sa: «Jeg var der i fire dager. Det forandret livet mitt. Nå tror jeg at jeg skal bli frisk.» Hvorfor er norsk allmennmedisin ikke på banen her?

*Steinar Westin:* Vi burde vært grenseløst nysgjerrige.

*Jan Otto Syvertsen:* Kort svar på det, du: Hovedtema på det siste årsmøtet i Norsk selskap for allmennmedisin og Allmennpraktikerforeningen var ME i et par dager. Så det *er* virkelig satt på dagsordenen.

*Christian Borchgrevink:* Jeg er stort sett enig i Pers oppsummering. Men på et område kan vi måle ut fra det motivet det *var* og de målsettingene vi *hadde*. En av bakgrunnene for opprettelsen av instituttet eller lage et akademisk fag av allmennmedisin, og en av bakgrunnene for å få en spesialisering, var at det skulle *øke rekrutteringen til allmennmedisin*. Det var en av grunnene. Et av motivene. Sikkert andre og.

Så leser jeg en artikkel fra Tromsø for ikke så forferdelig mange dagene siden at bare 10% av studentene går ut i allmennpraksis. Så per i dag ser det ikke ut som om vår innsats har lykkes når det gjelder rekruttering til faget. Om vi har sviktet, vet jeg ikke, og det er mange andre ting. Men i alle fall er det bekymringsfullt.

*Steinar Westin:* Får jeg bare føye til at tall på utgifter til spesialisthelsetjenesten versus allmennlegetjenesten ser nå slik ut at spesialisthelsetjenesten vokser med hele fastlegeordningens årlige kostnader per år. Budsjettet for primærhelsetjenesten, altså allmennlegetjenesten, står omtrent stille de siste ti år. Hele fastlegeordningen, den beveger seg ikke.

*Jo Telje:* Fastlegeordningen ble innført i 2001. I diskusjonen på forhånd var et av argumentene at vi nå for første gang fikk alle allmennpraktikere nevneren i sin populasjon. Plutselig hadde vi «n». Før var forskningen på Værøy og Røst, på Nesna, mange steder. Vi hadde små oversiktlige områder, og da

sa vi at det er nevneren. Nå får alle fastleger i Norge den muligheten til å drive forskning.

Dag og jeg var i England på studietur på 1980-tallet og så hvorledes forskningen var konsentrert om hver enkelt GP's populasjon. Og det var gjort mye forskningsmessig arbeider rundt akkurat det at hver enkelt lege hadde nevneren. Da spør jeg meg selv: Hvorfor er det så langt nesten ikke gjort noen ting av forskning i norsk allmenntmedisin på den populasjon hver enkelt fastlege har i dag? For meg er det en kjempeutfordring i den nye allmenntmedisinske forskningsopptrappingsplanen som vi holder på med nå. Det må være masse å hente der. Men jeg tror det trenger mye koordinering og støtte for å få dette til. Det ligger altså så mye materiale, så mye verdifullt som vi ennå ikke har fått utnyttet.

*Jørund Straand:* Et par saksopplysninger, siden det er et spørsmål om ting som ikke er tilstede, men som virkelig *er* til stede.

For det første forskning på alle de ubestemte plagene, kronisk sykdom, fibromyalgi, ME og så videre. Der er etablert en ganske stor tverrfaglig forskningsgruppe ved Universitetet i Bergen, ledet av Kirsti Malterud. Den er i full fart, publiserer og har bred tilnærming, både teoretisk, klinisk og epidemiologisk. Så her gjøres det en god del. Vi har også inne en søknad fra Oslo som Dag Bruusgaard og jeg har sendt inn. Vi vil videreføre Ullensakerundersøkelsen, også med tanke for å forfølge de samme problemstillingene.

Når det gjelder denne nevneren som ble vekk, så er den ikke det. For den inngår i veldig mange multipraksisundersøkelser. For eksempel, Christian Borchgrevink er fortsatt aktiv veileder for en forskergruppe i Arendalområdet, hvor de hele tiden slår sammen sine praksiser og ser på rater og forekomster av forskjellige ting, sammenholdt med nevneren. Og i det store prosjektet som vi har hos oss som heter kollegabasert terapiveiledning, bruker vi praksispopulasjonsnevneren hele tiden. Noen har mange tusen på lista, noen har bare noen hundre, så det inngår som en del av innholdet i verktøykassen.

Per Fugelli er inne på en viktig forklaring på at vi ikke har kommet lengre i forskningen og gir også en løsning som kan gå bra. Det er å etablere langsgående forskningstog, større prosjekter, gruppedannelse, mange doktorgrader på det samme prosjektet som da utvides og har knoppskyttinger og så videre. Her er inkontinensforskningen i Bergen et godt eksempel. Den sprang ut fra registerepidemiologi kan vi si, eller rettere epidemiologi fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Den er blitt supplert med andre tilleggundersøkelser, kliniske valideringsstudier og så videre. Jeg vet ikke hvor

mange doktorgrader de har fått på det etter hvert, men det begynner å bli en solid mengde.

På det prosjektet som vi etablerte, i cirka 2004 begynte vi på det, kollegabasert terapiveiledning, som er en stor pedagogisk intervensjonsstudie rettet mot 80 etterutdanningsgrupper, 500 leger, er det nå etter hvert tre som formelt er tatt opp på doktorgradsprogrammet. Det ligger an til enda et par, kanskje tre nye doktorgrader. Så det er et eksempel på prosjekter som skaper synergier og som skaper en gruppedannelse som er nødvendig.

Det som vi i tillegg er svake på, er kliniske utprøvinger i allmennpraksis. Altså større klinisk utprøvinger av problemstillinger som gjerne er kommersielt uinteressante, men som likevel er klinisk relevante. Der er det et initiativ fra helsemyndighetene for å finansiere sånne studier. Men her må vi helt klart bygge opp kapasitet og kompetanse.

Så har vi en utfordring, det er at vi har fare for å få et a-lag og et b-lag på Instituttet. Det er et viktig problemstilling, i og med at de fleste hos oss nå er lønnet på eksterne prosjekter som får eksterne lønnsmidler, gjerne med gunstigere lønnstrinn enn de ville fått av Universitetet, og de har ikke undervisningsforpliktelsene. Så vi ser en fare for at det kan bli et a-lag og b-lag, sånn som vi til dels ser i Danmark, og det er en viktig, aktiv utfordring å gripe fatt i hele tiden for å motvirke.

*Per Fugelli:* Ja, bare siste ordet. Jeg må få si noe helt til slutt, ganske kort. Det har igjen med dette å bære sitt bilde frem, fordi at uten å bli apokalyptisk og dyster, så er der en del faretegn som til sammen blir skumle.

Jo nevnte akkurat dette med at det er et visst fall i mot og håp ute i allmennpraktikerrekkene. Og Steinar nevnte at vi må ikke glemme at vi fortsatt lever fortsatt i skyggen av en allmakt som heter spesialisthelsetjenesten. Se bare på budsjettene, altså den årlige vekst er lik vårt totalbudsjett, ikke sant? Og så kommer altså nå da i april det som heter samhandlingsreformen. Det er klart det ligger en viss risiko for at den blir på spesialisthelsetjenestemaktens premisser. Det kan fort bli en overkjøring hvis det er en litt tafatt, litt oppgitt, litt utydelig allmennmedisinen som det skal samhandles med. Så jeg innbiller meg at det er veldig mange gode grunner for tiden til å lage et nytt hode, et nytt KOPF, den «lille grønne» på ny.

*Steinar Westin:* Det er ingen som har nevnt at det *er* laget «den lille grønne» påny, men denne ble «den store blå». Den store blå plakaten, allmennme-

disinens syv teser<sup>38</sup>. Så hvis man jobber videre med den, så er ikke det noen dårlig plattform.

Nå tror jeg vi samler oss og gir ordet til Olav Gunnar Ballo. Jeg vet du har fått et oppgitt emne som heter «en samfunnsobservatørs vurderinger», men «sett fra Stortinget», kunne det være en bedre tittel? Vær så god!

### **En samfunnsobservatørs vurderinger**

*Olav Gunnar Ballo:* Jeg hadde tenkt å si noe underveis om selve den *tittelen*, men jeg hadde ikke tenkt å *begynne* med det.

Jeg har lyst til å si litt om min bakgrunn først. På Stortinget har vi ofte bare tre minutter på oss for å komme til poenget. Her har jeg et helt kvarter. Så dere må være litt tålmodige.

Jeg er født i 1956, så jeg er vel en av de yngste her. Kanskje ikke den aller yngste. Dette er en forsamling som er preget av at dere har lang erfaring. Min erfaring er fra 1983 da jeg var ferdig uteksaminert i Tyskland og begynte som allmennpraktiserende lege i Alta i 1985. Jeg jobba som allmennpraktiserende lege fram til 1997, de siste tre åra i en halv stilling som trygdelege for fylkestrygdekontoret i Finnmark.

En del av det dere har snakket om her, har jeg lyst til å kommentere fordi Jan Ivar Kvamme som har vært nevnt ved noen anledninger. Han var en nær venn av familien i Alta. Jeg er jo vokst opp og har sett ham på nært hold, både hans sterke og hans mindre sterke sider. Den tenkinga omkring et helsesenter for eksempel. Det han da gjorde var å finne noen barn som hadde holdt på med Lego. Spurte dem om de kunne bygge opp hele senteret i modell-Lego. Jeg var en av dem. Da gikk jeg første året på gymnaset. Og bygging gjorde vi altså en rekke ganger. Vi bygde med Lego. Så kom han med arkitekten opp fra Oslo, og så måtte vi rive det ned igjen. Og hver gang sa han til oss: «Er ikke dette morsomt dere?». Det synes man ikke når man har holdt på med det i noen dager og i tillegg er i ferd med å legge Legostadiet bak seg. Men han var nok fremtidsrettet i så henseende.

Dere nevnte jo også det med doktorgradsarbeid blant allmennpraktikere. Jeg kan huske at Jan Ivar Kvamme prøvde å få en doktorgrad på prosjektet knyttet til Alta helsesenter, og fikk det forkastet. Det var sikkert riktig det, for det så mer ut som en beskrivelse, en byggetegning med en del kommentarer. Men samtidig så sier det noe om en litt sånn akademisk ovenfra og ned-holdning til at den typen samfunnsmedisinske prosjekter som sannsynligvis på det tidspunkt var forut for sin tid. Også om han hadde laget

---

38 Norsk selskap for allmennmedisins «*Sju teser for allmennmedisin*», 2001.

noe ut av det som var mer beskrivende med hensyn på utvikling av den typen tjenester, mekanismer for å få det til.

*Christian Borchgrevink:* Unnskyld. Han fikk avhandlingen godkjent i annen omgang.

*Olav Gunnar Ballo:* Jeg tror han endte opp med å få godkjent et arbeid om blodtrykksbehandling i allmennmedisin. Så han måtte gi seg og gå inn på akademiets premisser for å få den godkjent. I hvert fall var dét det han sa til oss.

Så havnet jeg på Stortinget i 1997. Og til det med selve tittelen «en samfunnsobservatørs betraktninger». Det synes jeg er litt rart, jeg er allmennpraktiker av fag sjøl. Nå skal jeg ut av det, jeg er tilsatt og begynner neste år, 1. oktober 2009, som direktør ved Rettsmedisinsk institutt, nyopprettet stilling, så det er å gå fra en type ytterlighet til en annen.

Men det som jeg er litt overrasket over, er at flere av de spørsmålene Trond Nordby har stilt, som kommer utenfra, er akkurat de samme spørsmålene som jeg har sittet her og stilt meg. Og jeg synes hvis man først skal observere, at flere av spørsmålene har han ikke fått gode svar på.

Nå blir jeg betraktet som en *observatør* i dette forumet. Men jeg tenker at det er noe visst symptomatisk ved at en som er *beslutningstaker* i Stortinget, har sittet i Sosialkomiteen i snart ti år, åtte år i Sosialkomiteen og nå de to siste i Helsekomiteen, to år i Justiskomiteen før det, betraktes altså av det her forumet som en «samfunnsobservatør» og ikke en «samfunnsaktør». Og det er en av de tingene som har slått meg mest, fordi det er jo sånn at seieren har mange fedre, mens fiaskoen som regel er far- og morløs.

Og jeg tenker på utvikling av en del av det dere har nevnt. Blant annet var jeg såpass nysgjerrig på det en av dere sa om Stortingsmelding nummer 9 som kom i 1974/75, at jeg fikk politisk rådgiver til å hente den opp fra ekspedisjonskontoret på Stortinget. Jeg har sittet og bladd litt i den. Sånn kan jeg huske det var da jeg var i allmennmedisinen, at man tenker at *det man gjør* er det *vi som gjør*, ofte med stor motstand fra politikerne. Og at vi ville ha oppnådd det på et langt tidligere tidspunkt hvis det bare ikke hadde vært for dem!

Så ser man her i Stortingsmelding nummer 9, som er en ganske grundig beskrivelse av utvikling av sykehustjenester i Norge, for mitt eget fylke, Finnmark, at man foreslår at både Vardø og Vadsø sykehus bør nedlegges. Man bruker jo andre ord. Det er en annen type retorikk enn at man sier at man skal nedlegges. Jeg kan huske at jeg i 1981, som er seks år senere, var i Vardø og en av mine studentkolleger var der da. Da var sykehuset fortsatt



ikke nedlagt. Og det var ikke nedlagt fordi så mange leger protesterte heftig. På tross av at man politisk egentlig hadde bestemt seg for at det burde avvikles. Når jeg tenker tilbake, så var jeg også blant dem som var skeptiske. Jeg tenker jeg at det var da helt riktig. Det må være helt galt å drive et sykehus i en kommune med 2 500 innbyggere, eller for den saks skyld i Vadsø. Jeg synes det illustrerer et samspill mellom helsepersonell og politikere som jeg mener er mye mer komplekst enn det som har vært beskrevet nå i dag.

Jeg begynte å lage meg en liste over saker fra jeg havnet på Stortinget i 1997, som jeg på langt nær tror er fyldestgjørende. Men jeg har vært med på å vedta lov om spesialisthelsetjeneste, helsepersonelloven, pasientrettighetsloven. Jeg var saksordfører for lov om psykisk helsevern, som var en ny lov etter at man vedtok den forrige i 1961 og som vi holdt på med i 1998. Den ble vel gjennomført fra 1999. Fastlegeordningen husker jeg veldig godt, i forhold til Tore Tønne og diskusjonene i 2001. Jeg kan huske at jeg sa til Tore Tønne – nå er Tore Tønne død, og man skal være forsiktig med hva man sier – men jeg ringte til Tore Tønne og sa at hvis ikke den personen i departementet får noe annet å gjøre enn å holde på med den reformen, så kommer fastlegereformen aldri til å bli gjennomført. Ikke sant? Og det jeg mener det synliggjør. Jeg satt jo der og tenkte at det var *jeg* som avgjorde at reformen ble innført, mens jeg vil tro at mange her sitter og tenker at det var *dem*. Og sånn er det, en suksess har masse fedre.

Dette tror jeg er viktig, også satt opp mot allmennpraktikere generelt. Betydningen av de tankene som har vært blant allmennpraktikere har vært stor. Men uten at de sementeres og videreføres inn i politiske systemer, får man i realiteten ikke gjennomført dem – med mindre man jobber så privat at man ikke baserer seg på offentlige refusjonssystemer i det hele tatt, eller får legitimitet gjennom offentlige godkjenningsordninger.

Jeg kan huske at jeg tenkte det samme selv da vi jobbet veldig intenst i Alta for å få etablert et nytt legesenter, som så ble hetende Bossekop legesenter. Jeg ble leder for det – hva skal de politikerne her å gjøre? Hva? Skal nå de kommunepolitikerne komme og ta æren for det her? Men jeg skjønte først i ettertid at hadde det ikke vært for dem, så hadde vi aldri fått startet senteret.

Det har jeg tenkt mange ganger på når jeg har sittet på Stortinget, at uten at helsepersonell blir opptatt av samfunnsmedisin, så reduserer de sin innflytelse som samfunnsaktører i betydelig grad. Jeg har lyst til å nevne noen eksempler. Leif Arne Heløe, som dere husker, han har vært nevnt her som tidligere sosialminister, kom til meg på Stortinget, kan det ha vært i -97-98, og han nevnte at vi burde ha et tannlegestudium i Tromsø. Jeg kan

huske gjennom ulike merknader i Sosialkomiteen at flere og flere partier sluttet seg til at det burde man ha. Og jeg kan huske den motstanden som var i tannlegeforeningen mot det. Det var ikke mulig å oppdrive en tannlege som støttet det. Det som det gjør inntrykk, er akkurat det samme som Peter F. Hjort beskriver i forhold til etableringen av Universitetet i Tromsø og medisinstudiet der.

*Peter F. Hjort:* Vi hadde jo med tannleger fra starten.

*Olav Gunnar Ballo:* Dere hadde det ja? Nettopp. Ja, for i 2004 ble det tatt opp 13 studenter på tannlegestudiet i Tromsø, som vi nå har på plass. Men det ble kjempet fram gjennom politiske vedtak og stor motstand i faglige kretser.

Og jeg kan selv huske når det gjaldt fastlegeordninga. Vi hadde Wenche Frogn Sellæg i Alta mens jeg jobbet som allmennpraktiker der. Hun så jo på helsesenteret. Det hadde vært masse sosialministere og helseministere der oppe og sett på det. Og så la hun fram disse tankene som Høyre den gang hadde, og hun som sosialminster hadde, om å innføre en fastlegeordning. Og vi sa, Jan Eggsvik og jeg, at det er en dårlig idé. Det der må du overhodet ikke gå videre med. Om det spilte noen rolle, det vet ikke jeg, og det kan hende at hun snakket med så mange. allmennpraktiserende leger at hun til slutt trodde på det vi sa. Så gikk hun av og begynte å jobbe som lege, jeg havnet på Stortinget. Og så ble jeg veldig *før* fastlegeordningen, mens Høyre etter hvert ble *mot*. Sånn at da vi innførte den, så var det spesielt Høyre og Fremskrittspartiet som argumenterte mot. Når jeg tenker tilbake, så tenker jeg: Hvor overraskende bastante vi var. Vi visste selvfølgelig noe om *vår egen* hverdag, men vi visste veldig lite om hva *hun som politiker* hadde tenkt i forhold til hva ordningen skulle inneholde. Og ikke ga vi henne store sjansen til å legge det frem.

Hvis man tenker seg ulike deler av medisinen når man trer inn i samfunnsaktørens rolle, tror jeg at man hadde oppnådd ekstremt mye mer med å ha vært i en type dialogsituasjon. For eksempel det som var sagt her i sted fra Stein Evensen: Når jeg ser det litt fra sidelinjen nå, det er helt åpenbart at det skurrer at Legeforeningen skal sitte og ha ansvar for spesialiteten i Norge. Det burde vært et samfunnsansvar som man ikke påtar seg av flere grunner. Blant annet av rene kostnadmessige grunner.

Men se, jeg var på Flekkefjord sykehus forrige uke. Der beskriver de for så vidt et veldrevet lokalsykehus, tar unna en masse behandling, men beskriver en virkelighet i fremtiden der de ikke vil kunne rekruttere kirurger, fordi at den typen spesialitet vil gå ut. Den går ut fordi man får subspesia-

liseringen veldig tidlig, samtidig som man i Storting og Regjering snakker om at det burde man ikke gjøre. Man burde ha en type spesialitet som var mer generell, nettopp for å ivareta de mer lokaliserte sykehusene.

Det her er en svær diskusjon. Men det synliggjør behovet for at fagfolk og politikere snakker sammen for å utvikle den typen tjenester videre. Og det betyr at det er helt rasjonelle grunner til at Legeforeningen skal ha en nøkkelrolle knyttet til spesialisering. Men hvis Legeforeningen sier at det er helt uforståelig at samfunnet skal blande seg opp i det, det her er vår jobb, så melder man seg ut i forhold til den typen diskusjoner, og det vil ikke bli forstått av politikere.

Og når det gjelder forskning. For meg er det nesten litt provoserende at man som allmennpraktiker må legitimere at man er akademiker gjennom det man gjør, som om ikke utdannelsen i seg selv er en bekreftelse på det.

En del sånne erfaringer: For eksempel kan jeg huske det var en av fysioterapeutene i Alta som helt formålstjenlig fikk oppover en dansk sykegymnast som het Helle Godtvedt. Jeg husker godt navnet hennes, hun var på noen av deres alder her. Hun hadde passert 80. Og hun forteller at hun hadde gjort, jeg mener det var i Århus, hun hadde gjort en studie i forhold til inkontinens. Men hun var bare sykegymnast, hun var ikke akademiker. Det hun hadde gjort, var å ta ventelistene for dem som skulle opereres for inkontinens ved sykehus, og så hadde hun spurt om hun kunne få trene dem i bekkenbunnen. Og så gjorde hun det. Det hun kunne dokumentere relativt raskt, var at 75% av dem som gynekologen og kirurgene hadde sagt at måtte opereres, trengte ikke å opereres, og det ble egentlig resultatet også. For de nektet å la seg operere, de var nemlig bra i bekkenbunnen. Så nevnte jeg det her på et kurs jeg var på i allmennmedisin overfor en gynekolog. Så sier han «jaja, det går sikkert an å oppnå noe på den måten og». Og han var jo akademiker, mens det var ikke hun, og det han gjorde var å sette kniven i alle de her folkene som med vanlig fysisk trening hadde blitt helt friske. Det synliggjør akademias arroganse i forhold til det man kan tilføre på et basalt nivå.

Jeg har lyst til å nevne overfor Trond Nordby som helt vettugt spør etter eksempler på forskning i allmennpraksis. Jeg kommer fra et fylke der man bare i Alta har registrert 3000 snøscootere. Hvert eneste år i Alta er det dødsfall med snøscooter og det er diverse dødsfall i hele Finnmark. Det vi gjorde, var å starte en registrering av antall hendelser ved bruk av snøscootere i samarbeid med Hammerfest sykehus. En artikkel om det, som ikke jeg var med og skrev, men som en av kirurgene i Hammerfest skrev, ble publisert i *Tidsskriftet*, der man synliggjorde hvor farlig snøscooteren var. Det var omtrent åtte ganger så farlig som bruk av bil hvis du begynte å korrigere i

forhold til antall timer i bruk, egentlig et livsfarlig kjøretøy. Og dette er god samfunnsmedisinsk forskning for å kartlegge årsaker til alvorlige ulykker og for å fremme forebyggende tiltak.

Så var det en fysioterapeut i Kautokeino som kartla et veldig høyt sykefravær på grunn av ryggskader blant den samiske befolkning som drev med reindrift. En av årsakene han fant, var bruk av snøscooter. Altså er det eksempler på samfunnsmedisinske forskningen som er veldig anvendbar og nyttig. Han påpekte blant annet hvordan en del hjelpemidler kunne forebygges. Jeg mener at det er litt overraskende at ikke allmennmedisinen klarer å markedsføre seg selv i anvendt forskning på en mye mer overbevisende måte. Det var en som studerte i Tyskland som tok doktorgraden på ekornfotter. Det var kanskje nyttig, men jeg ville tenkt at en del av det man kunne snakket om i allmennmedisinen, er langt nyttigere enn som så.

Harstad, med han Børge Ytterstad der som undersøkte hvordan du får ned skadefrekvensen i en befolkning, redusere for eksempel brudd i hofta, altså lårhalsbrudd, sendte sklimatte til paven da han måtte opereres fordi han gled i badekaret og fikk svære oppslag på det.

Og jeg tenker at potensialet i allmennmedisinen er enormt stort. Det som slår en, er hvor lett politikere skjønner sånt. I det øyeblikket en kommer inn i en sosialkomité på Stortinget, eller i en helsekomité, og snakker faglig allmennmedisin for å synliggjøre nytten, vil dere ha et lydhørt publikum. Men det er veldig sjelden å se allmennpraktikere der. Derimot ser vi folk som driver med høyt spesialisert forskning. De som driver med sånne ting som er så spesielle at... på samme måte som da jeg studerte medisin i Tyskland, og en sa til meg at «det her må dere virkelig se nøye på, for det kommer dere aldri til å se igjen». Ikke sant, denne typen folk besøker Stortinget og får bevilget midler fra departementet for å forske på sånt som man aldri ser igjen. Og det blir på en måte forståelse for det, fordi de bruker media for det de er verdt. Mehmet-saken er et eksempel på det. Det har kostet samfunnet millioner av kroner at man sender folk til utlandet. Totalt mislykket resultat, og store traumer for familien. Samtidig som man med helt enkle midler og styrking av allmennmedisinen kunne oppnådd mye mer.

Det som Steinar Westin nevner om fastlegereformen som ble innført i 2001, litt før helseforetaksreformen, har altså etter fem år hatt en lav vekst. Veksten blant fastleger og tilsatte leger innenfor primærhelsetjenesten er, så vidt jeg vet, i den perioden i størrelsesorden 2,3%. Tilsvarende vekst etter helseforetaksreformen på spesialister er 12,3 %, som er cirka seks ganger så mye. Og det har ikke skjedd fordi man politisk har vedtatt at man skal ha en betydelig vekst, men det har skjedd fordi man har pressgrupper av

spesialister som til dels også presser innenfor sykehussystemene for å få utløst midler på den måten. Det er klart at hvis ikke allmennpraktikere som samfunnsaktører sier at «det her er en uheldig utvikling. Det er jo vi som er grunnmuren i den pyramiden, mens det dere som politikere bidrar til, er hele tiden å bygge toppen av pyramiden større og større». Og til slutt så vil pyramiden velte, hvis man ikke stanser en slik utvikling.

Jeg er en av dem som virkelig har tro, og har hele tiden hatt det, på allmennmedisinens rolle. Men jeg tror at mye av det vi snakker om her, handler om markedsføring av allmennmedisinen. Synliggjøring av det basale på en forståelig måte, og av den typen spørsmål som dere har stilt mange gode av her.

Bare en ting, hva *sinusitt* er, kan man ikke forvente av en som ikke studerer medisin. Det den som spurte fikk til svar, var at han hadde forsket på *sinusitt*. Sinusitt er jo *bihulebetennelse*, ikke sant. Hvis man kommer på Stortinget og ikke sier *bihulebetennelse*, vil politikerne ikke skjønne hva det var han hadde forsket på.

Men altså mitt poeng: Jeg er ikke et sekund i tvil om at allmennmedisin er et akademisk fag godt som noe. Men hvis man aksepterer at premissene for hva som er akademisk skal legges av folk som er spesialister, at man skal løpe etter dem for å tilfredsstille dem, så blir allmennmedisinere aldri akademiske nok. Altså: Man må lage sine egne premisser.

En journalist i Aftenposten spurte meg for noen år siden: «Hvordan tror du at man skal løse de problemene sykehusene nå står overfor?» og så sa jeg at «jeg tror den eneste måten over tid man kan løse de problemene på, er ved å styrke primærhelsetjenesten og sette i verk langt flere tiltak i primærkommunene.» Og så sier journalisten «Okey. Men kan du ikke svare på det jeg lurte på. For det vi skal skrive en artikkel om, er sykehusene». Og det var altså en helsejournalist i Aftenposten. Det synliggjør hvem det er vi står overfor. Hvem er det vi agerer i forhold til?

Men at allmennmedisinen ikke skulle være viktig som fag, er for meg helt absurd. Også det der tullet om det liksom ikke skal kunne være en spesialitet, med utgangspunkt i at man dekker hele feltet. Selvsagt skal man bli bedre der også, når man har et mye større felt å jobbe med.

Og et eksempel til slutt på det, for jeg har vel snart brukt 15 minutter. Jeg var et knapt år på nevrologisk avdeling i Tromsø, og var enormt imponert over fagfeltet nevrologi og hvordan de tok reflekser og spilte nærmest som på en xylofon, for å kunne si hvor feilen i hodet satt. Og så kom det inn en person der som hadde røde øyer og puss som gjorde at han ikke fikk øynene sine opp. Og så sier han Torberg Torbergsen til meg at «hva er det her for noe Olav Gunnar, det må du se på. Han har en øyekatarr og han skal ha

kloramfenikol, og gudskjelov at vi har deg her» sier han «så kan jo du ordne opp i det». Det er helt banalt for oss, men det var ikke banalt for dem i det hele tatt. De ble utrygge med en gang. Det å synliggjøre bredden for at man skal kunne sile ut for det havner inne – det er akkurat det samme som når man var på den avdelingen hvor de klagde over alle disse angivelig unødvendige innleggelsene på sykehus fra allmennpraktiserende leger. Og så ser du hvordan de ikke turde å ta sjansen med noe på sykehus. De måtte ha spesialister på ethvert område for å ha ryggdekning for tilstander man i allmenntilmedisin aldri ville ha henvist videre.

Så jeg vet ikke i det hele tatt om jeg har svart på det dere var på jakt etter. Men mine betraktninger, og jeg vil nok si som *samfunnsaktør*, er at hvis vi skal klare å dempe kostnadsveksten innenfor helsevesenet – og det er vi nødt til å gjøre, vi kan ikke bare fortsette å bruke 90 milliarder nå på spesialisthelsetjenesten, 100 milliarder til neste år, 110 deretter – hvis vi skal klare å gjøre noe med det, så må vi *starte i allmenntilmedisinen*. Det er nettopp det faget dere har stelt med i så mange år, som man er da nødt til å ta vare på. Ellers tror jeg at den kostnadsveksten stoppes av seg selv, fordi samfunnet rett og slett ikke har råd til den.

*Steinar Westin:* Hjertelig takk. *Eine grausame Salbe*, er det ikke det vi sier? I ethvert fall har jeg merket meg en svært lydhør forsamling. Du har gitt en rekke sterke meldinger som spiller litt på det. Per Fugelli sier om å bære sitt bilde frem. Kanskje er det noe her som fortjener kommentarer. Vær så god!

*Kim Helsvig:* Jeg har et par spørsmål til som kanskje kan dras inn i denne sisterunden. Jeg kommer fra universitetshistorie. Utviklingen som gjør at allmenntilmedisinen blir etablert som universitetsfag, virker også å være del av en større bevegelse på 60- og 70-tallet, hvor det er brytninger innen masse fagområder, hvor dette med praksisen og det antiautoritære og sånt står sentralt. Jeg lurte på i hvilken grad det er noen *kjønnsdimensjon* i det. Det virker kanskje som et dumt spørsmål hvis vi ser på forsamlingen her, men det som er karakteristisk for veldig mange av disse brytningene, hvor man, skissert med en litt bred pensel har noen veldig tradisjonelle innarbeidede fagstrukturer og autoritetsforhold, og har hierarkier og så videre, som blir utfordret fra praksisfelt og med mer antiautoritære holdninger og nye vitenskapsforståelser og sånt noe, er det veldig mange av disse fagene som har hatt en klar *kvinnekomponent* når de har vokst etter hvert. Jeg lurte på om det er tilfelle i noen grad her, selv om det ikke synes slik ut fra forsamlingen som er samlet her nå.

Og så lurte jeg på en ting til. Det gjelder hva er forskningsfeltet og så videre. Så forsto jeg om det man gjerne omtaler som kvinnesykdommer, for eksempel ME og fibromyalgi og sånt noe, har jeg forstått det riktig hvis dette er noe som først nå de siste årene er kommet ordentlig på banen innenfor allmennmedisinen? Og hva er eventuelt årsaken til det? Er det noe med hierarkiet? Henger dette fremdeles igjen fra tidligere debatter mellom spesialistmedisinen og allmennmedisinen? Er det slik at spesialistmedisinen gir opp og går tom, og at dette overlates til allmennmedisinen? Er slike mekanismer fremdeles i sving? Lever historien med feltet som både universitetsfag og praksisfelt?

*Steinar Westin:* Takk. Det var flere gode spørsmål. Stein Evensen har bedt om i ethvert fall å få kommentere ett av dem før ordet går videre langs en liste jeg nå har laget her.

*Stein A. Evensen:* Det er en side ved det du løfter fram som jeg har lyst til å kommentere med en gang. Det er at du ser deg rundt og ser at det er ikke så mange kvinner tilstede. Det er noe som har smertet meg en god del i forbindelse med at vi skulle lage dette seminaret. For det kan jo gi et underlig inntrykk at ikke vi har kunnet finne en bedre balanse i kjønn. Det skyldes først og fremst siktemålet med seminaret. På det tidspunktet allmennmedisin ble akademisk fag, var nok medisinen svært dominert av menn.

Så er det også slik at de kvinner som vi har spurt, har vært mer skeptiske til denne type seminar enn menn har vært. Alle menn har svart ja. Hva det gjenspeiler kan hver og en grunne over. Kirsti Malterud er en av de viktigste premissleverandører i allmennmedisinen. Jeg er lei for at hun ikke er tilstede.

*Jan Emil Kristoffersen:* Når det gjelder kvinneandelen, øker den omtrent likt med gjennomsnittskvinneandelen for yrkesaktive leger totalt sett, og er vel nå på 32% i allmennmedisinen. Det er klart at her er det en betydelig kohorteffekt, hvor de gamle allmennlegene er menn. Jo yngre de blir, jo større er sjansen for at de er kvinner. Men allmennmedisinen er ikke blitt et kvinnedominert yrke, det er det ikke.

Når det gjelder forholdet til ubestemte, sammensatte helseplager, så lever de på en måte i spennet mellom førstelinje og annenlinje på mange måter slik de alltid har gjort. Det betyr at pasientene går gjennom utredningsfaser i annenlinje i samspill med førstelinje. Så ender de i førstelinje på et eller annet tidspunkt. Jeg har en veldig fin tegning jeg har laget av det en gang. Den ser ut som om en schizofren i dårlig fase har tegnet den, men det er

egentlig en allmennlege som var litt trist en dag, og så har du denne fine trakten som ender nede hos allmennlegen og så er det bare én vei ut og det er kirkegården. Ikke for legen da, men for pasienten.

Til Ballo: Du trekker opp mange spennende perspektiver. Det er altså en del utfordringer knyttet til å markedsføre allmennmedisinen. En felle som er lett å gå i, det er å fremstille allmennmedisinen som så spesiell at vi oppfattes som misforståtte genier som driver med en eller annen slags annerledes medisin. Allmennmedisin må, for å opprettholde troverdighet, praktisere medisin som oppleves som *gyldig på tvers av nivåene* og som bidrar til god samhandling om pasientforløp. Det tror jeg er veldig viktig å slå fast.

Legeforeningen står fast på generell kirurgi som spesialitet. Men det hjelper ikke så veldig mye når Norge er del av en global verden hvor det renner inn spesialister ute på gren og kvistnivå og derunder. Dette gjør faktisk noe med situasjonen i Norge, uansett hva Legeforeningen som delegert forvalter av spesialistgodkjenningene mener, og for så vidt også hva departementet og Stortinget mener.

Når det gjelder dimensjoneringsdebatten, har den vært løftet fram av de allmennmedisinske miljøene nå i noen år. Helsedirektoratet i sin utviklingstrekkrapport for helse og sosialtjenesten i 2007 har gitt veldig klare råd til Stortinget. De peker nettopp på at en bærekraftig helsetjeneste må utvikles i veldig stor grad i første linje. Men det er ikke alltid så lett. Selv når vi kommer i dialog og for eksempel sitter i høyprofilerte utvalg i Helsedepartementet, ledet av en ekspedisjonssjef som skal følge opp Stortingets vedtak om å utvikle insentiver fra Statens side for å styrke interkommunale legevaktordninger. Da ser vi at det ender opp med to millioner kroner over statsbudsjettet. Det er 45 øre per innbygger, eller nok til å drive en ambulanse i fire måneder.

*Jørund Straand:* Først om kjønnsdimensjonen. Det er vel i dag tre kvinnelige professorer i allmennmedisin, men et stalltips går ut på at det i løpet av et års tid vil være tre nye kvinnelige professorer i allmennmedisin. Og hvis vi skal ha tilsvarende seminar som dette om en 40-50 år, tror jeg nok at i alle fall nyrekrutteringen vil peke i retning av at kjønnsdimensjonen vil være snudd totalt om, i forhold til det vi ser her nå i dette rom.

Ballo er selvfølgelig en *samfunnsaktør*, og et godt eksempel på hvordan stortingsrepresentantene virkelig har vært aktører. Det var jo de som i 2005 instruerte Regjeringen å komme med tiltak for hvordan allmennmedisinsk forskning kan styrkes gjennom et «romertallsvedtak». Og det var vel gjerne du som hadde med en finger i spillet der også. Det var et godt eksempel på virkelig handlingskraft fra våre folkevalgte.



Ellers er det vel et tema som går igjen blant flere ting her. Det er at man sier hvorfor har vi ikke forskning på det eller det? Eller hvorfor undervises det ikke på det og det? Likevel så *foregår* det ting på disse områdene. Det understreker kanskje dette med å bære bildet av sitt fag. Vi er alt for opptatt av å sette punktum – eller vi *setter* automatisk punktum når vi har fått en publikasjon i et engelskspråklig artikkel i et tidsskrift som nesten ingen leser. Så får vi ikke formidlet dette til vårt hjemlige publikum og til hjemlige fagfeller. Og for eksempel når du nevner at trening av bekkenbunnen godt kan konkurrere med kirurgi når det gjelder ufrivillig urinlekkasje, det har også Arnfinn Seim vist i sitt doktorgradsarbeid fra i Rissa i Trøndelag. Det er publisert på engelsk. Så igjen – vi må *bære vårt bilde av faget* tydeligere ut i samfunnet.

*Steinar Westin:* Vi må jo medgi nå at vi er på vei bort fra akademiseringen og inn i fremtiden, men det var vel det Olav Gunnar Ballo spilte opp til.

*Trond Nordby:* Jeg tenker langsomt, slik at det vel nå er en tre-fire foredrag tilbake i tid – det var dette med allmennmedisin, hva er egentlig allmennmedisin? Da jeg foretok en rask opptelling over deltagerlisten fant jeg ut at 25%, eller i underkant, hadde sosial- eller samfunnsmedisin knyttet til sitt virke. Det er også et meget viktig område. Da har jeg en forklaring til det jeg fikk spørsmål om først, om Karl Evang og hans tid og hva som skjedde da. Han var veldig opptatt av samfunnsmedisin. Men, som han sa, så var det vanskelig å få gjennomslag for det, fordi politikerne ville bygge institusjoner, og da særlig sykehus, som *syntes* etter dem. Hvis noen delte ut hoppedau for eksempel, så ville ikke det bli husket for ettertiden. Ikke rockeringer heller. Så det var ingenting, selv om de kom i Evangs tid, så vidt jeg husker.

Men han hadde en definisjon som også viser hvordan han kom til kort, av forklarlige grunner. Han sa at en husmor som ikke kunne henge ut klesvasken sin i Haugesund på grunn av nedslag av sot fra sildeoljefabrikken, hun var syk. Og for å kunne helbrede hennes sykdom, annet enn symptomer, slik at hun turte å henge ut hvit klesvask slik at den ble svart, måtte de legge ned sildeoljefabrikken. Og det ville jo vært veldig vanskelig, for ikke å si umulig. Det var omtrent som å si at han kom til Finnmark og sier at grunnen til at samene får dårlig rygg, er bruk av snøscooter – vi må fjerne snøscooterne, en også helt umulig oppgave. Det rører ved det politiserende byråkratibegrepet som jeg brukte på kretsen av leger i kretsen rundt Evang i Helsedirektoratet.

Så av naturlige grunner sviktet det, men jeg ble faktisk oppmuntret av å se at så mange som en fjerdedel hadde dette i tilknytning til sin CV – at de var samfunns- og sosialmedisinere. Og hva er egentlig grunnen til at det har hatt en så stor fremgang? Så jeg går vel herifra med større optimisme enn det Ballo åpenbart har. At det ikke står så gærent til, og kanskje de gjør en nyttig jobb på sitt område.

*Olav Gunnar Ballo:* Nei, jeg er optimist på allmennmedisinens vegne. Jeg var også litt overrasket i forhold til Per Fugelli når det gjelder samhandlingsreformen, som jo Regjeringen har tatt initiativ til. Jeg tror at der ligger det betydelig muligheter som man innenfor faget skal vite å utnytte. For det er jo nettopp ut i fra erkjennelsen av at mer må skje *ute*. Det ser man også i psykiatri. Nemlig forståelsen av at man må ta det der folk bor.

Og så hadde jeg lyst til å si til slutt at noe av det mest spennende jeg hørte her, det var Torgeir Asdahl som – jeg vet ikke om jeg gjør deg urett hvis jeg antar at du er en av de eldste som er her men hele tenkningen at psykiatri og somatikk henger sammen, ser man kommer mer og mer innenfor det politiske miljøet. Altså hvordan vi er nødt til å få rusbehandlingen integrert både i det somatiske og det psykiatriske feltet, og få samordning på sykehusene og ikke splitte det som egne enheter. Det er veldig artig å høre at så fremtidsrettet tenkning kommer fra noen som har vært i faget så lenge.

Men jeg er optimist, Trond Nordby, på dette fagets vegne.

*Steinar Westin:* Takk så mye. Får jeg lov til bare å samle noen få tråder til slutt? Vi sitter her en forsamling med svært eldre menn og nesten ikke kvinner. Det har Stein Evensen gitt en god forklaring på. Det har å gjøre med at vi selvsagt er en kohort som var med å akademisere allmennmedisinen i Oslo og til dels andre steder, i en fase som er så langt tilbake at vi nå sitter her, ikke som morgendagens menn, men gårdsdagens og knapt kvinner kan jeg vel si. Så vi må vite om det bildet som tegnes her, at hadde vi samlet en forsamling unge leger, allmennmedisinere, så ville de ha snakket et helt annet språk.

Jeg blir litt urolig over at vi nå kanskje går fra hverandre i følelsen av at her har vi sett en utvikling fra 0 til 100, og så går ting så veldig bra. Flere har nevnt at det er skumle tegn i tiden. Rekrutteringen av *leger* til medisinsk forskning generelt er et uhyre problematisk anliggende. Jeg vet ikke om det er sånn i Oslo også. Vi rekrutterer forskere, men en større og større andel er ikke-medisinere. De skal ikke bekle allmennmedisinske toppstillinger i tiden som kommer. Så vi har et opplagt rekrutteringsproblem.

Allmennmedisinens stilling tror jeg fremdeles kommer til å være avhengig av samspillet med akademiet. Hvis ikke forskningen, universitetene, legger premissene gjennom forskning og fagutvikling, vil faget som utøvende allmennmedisinfag, primærhelsetjenestefag, komme til å forvitre, i hvert fall få mye vanskeligere tider. Det tror jeg må være en rimelig forutsigelse.

Da tror jeg det kan være verdt å vite at allmennmedisinen som premis-slegger i førstelinjetjenesten heller ikke er en Vårherres bestemmelse av varig verdi. Vi må vite at vi beveger oss i et globalt landskap hvor vi blir utfordret fra veldig mange kanter. Vi som fremdeles har tro på at det er fornuftig med en nivådelt helsetjeneste med generalister i første linje, blir selvsagt utfordret fra det amerikanske syn på hvordan helsetjenester skal drives, noe som sprer seg i store deler av verden.

På den motsatte siden har vi Kina som er i ferd med å gjøre seg gjeldene i Afrika og i mange deler av verden. De kommer selv til Norge og vil gjerne vite hvordan vi har fått til en primærhelsetjeneste, fordi de avvirket sin på 1980-tallet. Folk kommer nå rett inn på sykehusene fullstendig uten differensiering. Det er urinveisinfeksjoner og nyrekreft i samme avdeling. De sliter veldig med å få til en rasjonell helsetjeneste. De kommer til Norge og spør hvordan vi har fått det til, men samtidig eksporterer de sitt eget syn til Afrika og til mange andre deler av verden, som amerikanerne har gjort før.

Med andre ord: I mange andre deler av verden nå *har de ikke noe syn for den form for generalisttenkning* som denne kohorten av gamle menn har vært eksponent for. Så jeg tror ikke vi skal ta det for gitt at denne måten å tenke på varer evig uten videre. Det er lett å argumentere for de spesialiserte, fordypende, teknologisk baserte, glitrende sakene av de små slottene som Ballo snakker om.

Midt oppe i dette er det også problemer med den britiske helsetjenesten. Jeg har en del gode kontakter blant britiske allmennpraktikere. De gir meg meldinger som ikke er spesielt hyggelige i allmennmedisinens hjemland, det landet vi mer enn noe har sett til som en slags modell for denne nivådelte helsetjenesten, med en sterk faglig troverdig allmennmedisin og primærhelsetjeneste. Der løper allmennpraktikere dels fra jobbene sine på grunn av reformer som underminerer den rollen de har hatt. Det er oppsplitting, *outsourcing*, *instant medicine*, *walk-in centers* og *telephone services* som brekker opp hele den enhetlige allmennmedisinen. Det er vaktjenester som allmennlegene der dels beveger seg bort fra. Og de har ingen Arne Ivar Østensen som har klart å riste dem hardt. Så nå kommer det andre spesialiserer inn for å ta resten av døgnet.

Alt dette er med på å bidra til en viss forvitring i den britiske allmennmedisinen, den som vi hittil har kunnet lene oss på. Så jeg tenker at det

som skal være meldingen herfra, det vi har snakket om nå, er å forstå en historie fram til et gitt tidspunkt. Så må de som skal føre denne videre, ta lærdom så godt de kan og vite at her må det finnes noen veier som går fornuftig videre.

Jeg takker veldig mye for frammøtet. Dette er min egen oppsummering. Den behøver ikke å stå for forsamlingens del, men jeg tror dette har vært en veldig rikholdig og nyttig belysning av balansen mellom fag og akademi, som i hvert fall jeg har hatt stor glede av. Hvis andre i forsamlingen også har hatt det – det er sjelden å se så mange aktører samlet på ett sted og som kan belyse en sak fra så mange sider! Uhyre interessant, synes jeg.

Og Stein Evensen, vil du avslutte?

*Stein A. Evensen:* Jeg skal ikke avslutte med noen vurdering av seminaret, men takke deg, Steinar, for at du har ledet dette og på to dagers varsel. Det er vi alle sammen takknemlige for!

Takk for nå.

*Stein A. Evensen*  
*Universitetet i Oslo*  
*s.a.evensen@medisin.uio.no*

*Christoph Gradmann*  
*Universitetet i Oslo*  
*christoph.gradmann@medisin.uio.no*

*Øivind Larsen*  
*Universitetet i Oslo*  
*oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Magne Nylenna*  
*Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*  
*magne.nylenna@kunnskapssenteret.no*