

# Tromsø i mål

Tale ved avslutningen for det første kull av leger ved Universitetet i Tromsø 22/6 1979

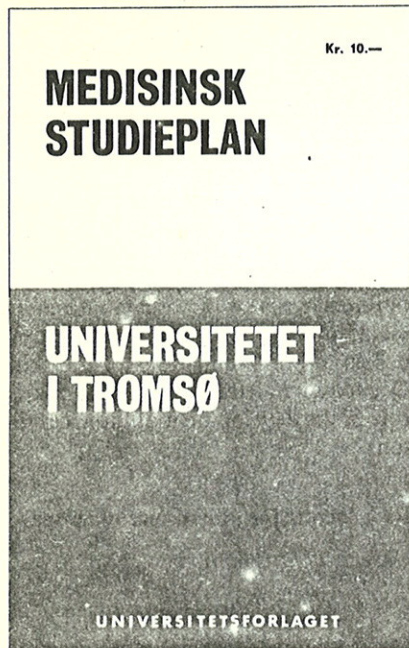
Kjære kolleger!

Store beslutninger har alltid enkle forutsetninger. Universitetet i Tromsø var en stor beslutning. Den ble truffet av et enstemmig Storting 28/3 1968, og Stortinget gikk imot en nesten kompakt motstand fra de medisinske ledere ved Universitetet i Oslo og i Helsedirektoratet. Grunnlaget for beslutningen var enkle, noen vil si primitive, distriktpolitiske resonnementer om likestilling mellom landsdelene. Universitetet i Tromsø var toppen på den distriktpolitiske kranssekaken, distriktpolitikens flaggsak. Det var ingen mangel på store ord den gangen. Dette var den ene tråden universitetet hang i – Stortingets tråd.

Den andre tråden ble spunnet av interimsstyret våren 1969, for 10 år siden. Styret var opptatt av 1960-årenes tanker om akademiske reformer, de tanker som blusset opp og kanskje kulminerte i studentopprøret i 1968. Vi brukte også store ord som uttrykk for enkle, men etter vårt skjønn overbevisende riktige tanker. To ord brukte vi ofte og med glød. Det ene var ideologi, det andre var integrasjon. Ideologien lå i målet, nemlig et universitet som tjente samfunnet. «Samfunnet» var et positivt ord, men det minnet mistenkelig om «Staten» – det verste av alle ord. Derfor brukte vi ofte Maos slagord om å tjene folket, og vi pekte på at dette egentlig var en gammel akademisk tanke. Professor Marcus Jacob Monrad brukte slagordet ved Det Kongelige Frederiks Universitet i Christiania 2. september 1858. På denne måten kunne vi understreke at striden om universitetet i Tromsø også var en strid om de andre universitetene og deres mål.

Integrasjon var midlet til å nå dette målet, både integrasjon innad i universitetet – mellom fagene, og integrasjon utad – mellom universitetet og samfunnet. Vi brukte slagord: et annerledes universitet, universitetet med de lave gjerder, universitetet i samfunnet. Og vi pådro oss raskt merkelappen: «Det røde universitet».

Denne andre tråden, som ble spunnet rundt kravet om akademiske reformer, var ærlig ment. Vi trodde på den, og jeg er overbevist om at det var kravet om akademiske reformer som skapte den interesse og medgang universitetet trengte for å lykkes.



*Peter F. Hjort, Norges almenvitenskapelige forskningsråd, Gruppe for helse-tjenesteforskning, Oslo*

Medisinerne var kanskje de som mest konsekvent gjennomarbeidet ideologien om et annerledes universitet, og resultatet var den medisinske studieplanen. Den fungerte som en fane for hele universitetet. For oss som laget den, var det et spørsmål om tro, og troen var sterk.

Slik var det altså tenkt det nye universitetet i Tromsø: et universitet for landsdelen og et universitet for akademiske reformer.

Nå – ti år etter – er det rimelig å spørre: Hvordan er det gått, er universitetet blitt slik det var tenkt? Her må jeg begrense meg til medisinen. Etter mitt skjønn har medisinerne vært trofaste mot ideologien. De har holdt sine løfter på en imponerende måte og til tross for en ganske forvilet arbeidssituasjon. La meg begrunne denne konklusjonen.

*Studieplanen* har vært oppfylt så langt det overhodet har vært mulig. Både studenter og lærere fortjener ros for at de har holdt fast ved de grunnleggende tankene gjennom alle vanskeligheter. Tidlig kontakt med pasienter, vekt på samfunnsmedisinen, organkur-

sene, utplassering ved lokalsykehus og ved distriktshelsetjenesten, hovedoppgaven, bort fra detaljerte karakterer – alt dette er viktige prinsipper i den medisinske utdanning. Det ble sagt at vi var naive, og det var riktig. Men det er ikke første gang at naive prinsipper er riktige, nettopp fordi de er enkle. Det ble også sagt at vi nedlot oss til reklame da vi utga den medisinske studieplanen som billigbok (1), og det var også sant. Jeg tror ikke det akademiske liv tar skade av nær kontakt med det alminnelige liv i samfunnet. Kanskje Universitetet i Tromsø har vært for beskjedent i det siste? Dere burde gjøre alvor av å utfordre de andre universitetene til en felles avsluttende prøve for de medisinske studenter. Dere burde utgi de beste hovedoppgavene. Og burde ikke dere som nå er ferdige med det medisinske studium, gjøre en samlet vurdering av hele studiet og utfordre studentene i Oslo, Bergen og Trondheim til å gjøre det samme?

Det er skuffende, men ikke overraskende at de andre universitetene i så liten grad har maktet å reformere sine studieplaner. De har nøyd seg med beskjedne reformer, og jeg tror de kommer til å angre på det.

*Forskningen* er kommet godt i gang i Tromsø, og den har også klart å ta opp viktige problemer innenfor det samfunnsmedisinske område. Det er nok å nevne den dobbeltdisputasen som går av stabelen her i morgen (2).

*Pasientene* ved Regionsykehuset får en langt bedre og mer omfattende service enn tidligere, og sykehuset har gått nye veier i organiseringen av sykehusarbeidet. Samordningen av avdeling og poliklinikk (3) har vakt berettiget oppsikt i resten av landet. Det er imponerende når man vet hvor sprengt dette sykehuset er. Nå har vi vel for øvrig ventet lenge nok på et nytt sykehus i Tromsø?

Jeg vil også nevne *medisin grunnfag* (4), som er ett av de få eksempler på virkelige nyskapingen i det akademiske liv. Etter snart 10 år er det klart at grunnfaget fyller et viktig behov og at det er blitt en suksess.

Til slutt i denne oppramsingen vil jeg nevne *Helsesøsterskolen* (5), *sykepleierlærerutdanningen* (6) og *avdelingen for helse- og sosialfag*. Jeg tror dette er helt nødvendige linjer i universitetets arbeid, og det er en stor oppgave å inspi-

rere til nye ideer, ikke minst i det forebyggende arbeid, og prøve dem ut ved forskning.

Dette er fem sterke kort som Universitetet har grunn til å være stolt over. Skulle jeg ønske meg ett sterkere kort, skulle det være et nærmere samarbeid med distriktshelsetjenesten, ikke bare i undervisningen, men også i forskning og i det omfattende planleggingsarbeid som nå skal gjøres i alle kommunene.

Slik gjør jeg opp regnskapet, og jeg kan bare beklage at Universitetet har gått fra karaktersystemet, ellers skulle det fått beste karakter.

Fortid og nåtid er interessante nok, men fremtiden er viktigere. Hva vil skje med Tromsø-ideologien i årene som kommer? La oss først se på de to forutsetningene som skapte universitetet. Hvordan er det med dem nå?

Den distriktpolitiske forutsetningen har vunnet i styrke. Distriktpolitikken ble kanonisert ved EF-avstemningen og er en hjørnestein i norsk politikk. Den er et middel til et mer rettferdig samfunn, og jeg vil understreke at nettopp helsetjenesten har meget å ta igjen her. I vår forskningsgruppe har vi prøvd å illustrere dette ved enkle statistiske indikatorer som viser behov for og tilbud av helsetjenester i fylkene (7). Tar man Finnmark som eksempel, finner man store behov og små tilbud. Det er altfor store forskjeller mellom regioner, fylker og kommuner, og det gjelder sykehus, leger, legemidler – alt. Det er en viktig oppgave for dere, som er fremtidens leger, å skape en mer rettferdig helsetjeneste. La oss også huske at distriktpolitikken bare er en del av dette arbeidet. Den arbeider med de geografiske forskjellene, men de sosiale forskjellene er enda større, enda viktigere å gjøre noe med og enda vanskeligere å motvirke. For eksempel viser Oslo-undersøkelsen at dødeligheten av koronarsykdom er vesentlig høyere i de lavere sosioøkonomiske grupper (8).

Den universitetspolitiske forutsetningen – akademiske reformer – er etter mitt skjønn mer vesentlig i dag enn for 10 år siden. Avstanden mellom universitetenes virksomhet og samfunnets problemer er enda større i dag enn i 1969. Og mange universiteter har satt seg tilbake med et lettelsens sukk. Faren er glidd over for denne gang, og det er antagelig lenge til neste studentoppør.

Spør jeg meg selv om ideene bak den medisinske studieplanen i Tromsø var riktige, kommer jeg til at utviklingen har vist at de var det, men vi skulle gått enda lenger. Jeg er overbevist om at medisinen i 70-årene er kommet til et vendepunkt hvor det er nødvendig å

orientere seg i et nytt terreng. Jeg vil forsøke å illustrere det ved noen eksempler:

I en tid hvor vi har 5-doblet helsebudsjettet målt i faste priser, har det vært liten fremgang målt i levetid. For menn har det faktisk vært en liten tilbakegang. Jeg trekker ikke den slutning at helsetjenesten er dårlig eller overflødig, for begge deler ville være helt galt. Men jeg trekker den slutning at det er andre ting enn helsetjenesten som er avgjørende for helsen. Det finnes forskere som hevder at helsetjenesten bare utgjør 10 % av de faktorer som påvirker helsen i dag. Selvsagt trenger vi helsetjenesten, også den høyt spesialiserte, men det er nødvendig å tenke igjennom mål og prioriteringer ut fra nye forutsetninger.

Bølgen av gamle har skapt en ny situasjon for helsetjenesten, og  $\frac{2}{3}$  av alle helsetjenestens senger er nå belagt med eldre. Ennå i tyve år vil denne bølgen vokse og prege oppgavene.

I gamle dager var forebyggende arbeid vaksinasjon og barnekontroll. Ser vi på de tre store dødsårsakene som til sammen tar 80 % av alle liv – hjerte- og karsykdommer, kreft og ulykker – er det behov for helt nye former for forebyggende arbeid. Ulykker er i dag den viktigste årsak til at leveår går tapt for menn i Norge helt opp til 70 år (9), og Norge topper Europa-statistikken over barneulykker. Dette angår de medisinske skoler og deres studieplaner.

Og spør man seg: Hva er egentlig helsetjenestens vanligste oppgaver i dag, så er svaret at det er smerter i muskler og ledd og nervøse lidelser.

Dette er bare en håndfull eksempler. De og mange andre viser at helsetjenesten er kommet i en ny situasjon. Denne nye situasjon krever at vi legger større vekt på primærhelsetjenesten, forebyggende arbeid og omsorg for de eldre. Det er ikke tale om noen revolusjon, og det er ikke tale om å bygge sykehusene ned. Oppgaven er å endre kurs for å få balanse i helsetjenesten. Dette forutsetter at studieplanene følger med i utviklingen og helst at de ligger litt foran.

La meg illustrere dette på en annen måte. Når vi om et halvt år kan spørre oss: Hvilken medisinsk bok fikk flest lesere og størst betydning i 1970-årene, så tror jeg ikke den er skrevet av en lege. Jeg tenker på Ivan Illichs røde bok (10) – full av feil og demagogi, men med et budskap som jeg tror blir stående.

Studieplanen i Tromsø fanget opp mye av alt dette, og Universitetet i Tromsø var derfor på rett vei i starten. Men studieplanen gikk ikke langt nok. Spesielt undervurderte vi betydning av

økningen i den eldre befolkning. Derfor er det nok å gjøre for dere som kommer etter oss.

Hvordan kommer så tilværelsen som leger til å arte seg for dere? Jeg tror den vil gi dere meget, men den vil også kreve meget – mer enn av min generasjon. Dere må leve med to vanskelige konflikter.

Den ene konflikten gjelder pasientene – konflikten mellom det mulige og det rimelige. Nye medisinske fremskritt vil øke mulighetene, men også problemene. Ta cytostatika i kreftbehandlingen som eksempel. Hvor store bivirkninger tåler pasienten? Slike avveininger krever stadig ny kunnskap, men i tillegg kreves sans for og holdning til pasientens hele livssituasjon.

Den andre konflikten gjelder samfunnet – konflikten mellom det mulige og det rimelige på en annen måte. Helsepolitikken blir en stadig viktigere del av samfunnspolitikken, dels fordi helsetjenesten øker i omfang og betydning, og dels fordi det blir stadig klarere at samfunnspolitikken på alle områder har konsekvenser for helsen. Legen kan ikke bare gi tabletter for tårer, men må engasjere seg i et omfattende forebyggende arbeid.

Det er min tro at det studium dere har bak dere, gjør dere skikket for dette arbeid – bedre enn andre. Javel, sier mange sørpå – og ikke uten skadefryd. Nå skal vi evaluere alt skrytet om Tromsø, og det er enkelt – hvor mange av de nye legene blir i Nord-Norge, og hvor mange går til distriktshelsetjenesten? Dette er viktige spørsmål, og jeg håper dere klarer den evalueringen. Skjønt – ikke alle, for jeg håper noen reiser sørover, og jeg har én spesiell grunn. Den vil jeg legge frem i et bilde. Scenen er et legekontor i et sykehjem. Tiden er rundt det kommende århundreskifte. Legen er et yngre menneske i lyseblå overall. Pasienten er en torr og vimrende herre med flekket slips og problemer med vannlatingen, søvn og avføring, syn og hukommelse. Hovedproblemet er likevel at denne pasienten er *meg*, og jeg spør meg nå: Har vi utdannet denne legen slik at han eller hun veier mine problemer på en forstandig og omsorgsfull måte? Vil denne legen godta at jeg er en del av hans eller hennes byrde? Jeg håper at denne legen har studert i Tromsø.

Nå står det bare igjen å takke dere for at dere har vært trofaste mot Tromsø-ideologien og gratulere dere med at dere nå er ferdige leger. Jeg ønsker dere til lykke med innsatsen og lykke til med det liv som ligger foran dere.

Litteratur side 1415

Rapporten baseres på gjennomgang av 304 journaler ved Øyeavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø.

**Resultater.** Frekvensen av uveitt har ikke minket sammenlignet med undersøkelsen 20 år tidligere. Det var overvekt av menn i materialet, også med kronisk uveitt. Det samme ble funnet 20 år tidligere og i et annet materiale fra Nordland fylke. Andre materialer viser varierende kjønnsfordeling og også overvekt av kvinner med kronisk uveitt. Forekomst pr. befolkningsenhet er lavest i byene og klart høyere i kystdistriktene. I innlandet i Troms er forekomsten høyere enn i byene, men lavere enn i kystdistriktene. Interessant er det at forekomsten i Finnmarks innland er høyere enn i kystdistriktene. Forekomsten av uveitt er meget høyere blant fiskere enn blant arbeidere i jordbruk og industri.

Tuberkulose var vanligere som etiologi tidligere. Reumatoid artritt og Bechterews sykdom er omtrent like vanlig som for hos uveittpasienter. Uveitt debuterer mellom 20 og 40 års alder i 53% hos menn og 40% hos kvinner. Dette stemmer overens med andre undersøkelser. Som i andre undersøkelser oppstår de fleste tilfelle i månedene mai og november.

Resultatene i rapporten avviker ikke mye fra andre undersøkelser, men peker klarere enn andre tilgjengelige kilder på en sammenheng mellom uveitt og klimatiske forhold.

## En evaluering av operativ behandling av pasienter med ischias ved Regionsykehuset i Tromsø i 1976

(23 sider, 12 tabeller, 13 referanser)

Oddny Bilstad Øygarden,  
veileder Olaf A. Henriksen

Undersøkelsen tok sikte på å kartlegge det nåværende funksjonsnivå hos pasienter tidligere operert for ischias, samt å finne ut om enkelte pre-, per- og postoperative data var av prognostisk betydning for sluttresultatet. Undersøkelsen omfatter 53 av totalt 62 opererte pasienter, postoperativ observasjonstid er 15–27 måneder. Undersøkelsen bygger på journaldata samt pasientenes besvarelse på tilsendte spørreskjema. Tidsrammen tillot ingen klinisk etterundersøkelse av pasientene.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 28, 1979, 99

På undersøkelsestidspunktet var 48 av de 53 pasientene tilbake i sitt vanlige arbeid. 60% av de 53 var symptomfrie eller hadde bare episodisk lett dorsalgi, 21% hadde mer kronisk dorsalgi, mens 19% fortsatt var plaget av ischialgiforme smerter.

Unge menn uten tidligere residiverende lumbago-ischias syntes å ha best prognose, mens kvinner generelt profitterte dårligere på operasjon enn menn.

Pasienter tidligere operert for ischias hadde klart dårligere prognose enn de øvrige, og pasienter med tidligere residiverende lumbago-ischias hadde gjennomgående dårligere sluttresultat enn dem som hadde vært ryggfriske inntil det aktuelle sykdomsanfall.

Peroperativ påvisning av adheranser intraspinalt var assosiert med en betydelig overhyppighet av senere kronisk dorsalgi og ischialgi.

Litteratur fra side 1405

### Tromsø i mål

#### Litteratur

1. Universitetet i Tromsø: Medisinsk studieplan. Universitetsforlaget, Oslo-Bergen-Tromsø 1971, 124.
2. Førde, O. H. & Thelle, D. S.: The Tromsø heart study. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø (ISM skriftserie nr. 4, 1979).
3. Burhol, P. G. & Waldrum, H. L.: Organisering og drift av en medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 753–754.
4. Universitetet i Tromsø: Medisinsk grunnfag. Innstilling fra et utvalg til å legge opp rammeplan for grunnfag i medisin. Tromsø, 1972, 38.
5. Troms fylke og Universitetet i Tromsø: Helsesøsterutdanning i Tromsø. Tromsø 1973, 75.
6. Universitetet i Tromsø: Sykepleierlærerutdanning i Tromsø. Tromsø 1975, 140.
7. Haugen, Ø. & Hjort, P. F.: Helsetjenesten i fylkene: behov og ressurser. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning, Rapport nr. 1/1979, 66.
8. Holme, I. et al.: Oslo-undersøkelsen, 4-års dødelighet, koronare risikofaktorer og sosioøkonomiske faktorer. Godkjent for publisering i Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99.
9. Waaler, H. Th. & Hjort, P. F.: Tapte leveår: hva betyr de enkelte dødsårsaker? Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 720–725.
10. Illich, I.: Medical nemesis. Calder & Boyars, London 1975, 183.

## Bokanmeldelse

### Klinisk praksis

Wright, H. J. & MacAdam, D. B.: **Clinical Thinking and Practice.** Diagnosis and Decision in Patient Care. 207 s., tab., ill. ISBN 0-443-01699-2. Churchill Livingstone Edinburgh-London-New York 1979. Pris: £4.95. Anmeldt av N. Helsingen.

Situasjonen i dag gjør det naturlig å stoppe opp og analysere vår kliniske praksis. Vi står overfor et endret sykdomspanorama med vekt på kroniske lidelser som ikke lar seg helbrede, men vel palliere. Våre pasienter er ofte gamle med kompliserende lidelser. Vi har fått en avansert medisinsk teknologi for diagnostikk og behandling, og vi trykkes av kritikk og uløste oppgaver.

Med sin bok *Clinical Judgement* fra 1967 formulerte Feinstein tanker som har vist seg meget fruktbare. Jeg ser en linje via Weeds problemorienterte system via introduksjonen av beslutningsanalyse til arbeidet med de systematiske behandlingsprogram for pasientgrupper.

Det er skrevet en serie gode bøker som tar opp disse emner. Jeg vil gjerne nevne den danske overlege Wulfs *Rational Diagnosis and Treatment* fra 1976.

Den foreliggende bok er ifølge forfatterne primært skrevet for medisinske studenter og presenterer problemene i vår kliniske virksomhet på en utmerket måte. Forfatterne tar utgangspunkt i allmenpraksis, men understreker med rette at det naturligvis ikke er noen prinsipiell forskjell på klinisk tenkning i og utenfor sykehus. Forskjellen i praksis beror bl.a. på seleksjon av pasienter og på tilgang og bruk (delvis misbruk) av medisinsk teknologi.

Boken er lettlest og velskrevet og tar opp en rekke spørsmål fra rent praktisk synsvinkel.

Jeg vil tro at mange kolleger vil føle tilfredsstillelse ved på denne måten å få et innblikk i bakgrunnen for sin virksomhet. Det kan vel også hende at noen vil se behovet for å revidere sin praksis både i og utenfor sykehus etter å ha lest denne boken, som derfor anbefales på det beste.