

Gammel, men ikke mett av dage

Intervju med Peter F. Hjort.
Intervjuer : Helge Worren.

Peter F. Hjort er en velkjent skikkelse i norsk utdanning og helsetjeneste. Hans merittliste er lang. Han var veletablert professor i indremedisin (hematologi) ved Rikshospitalet da han i 1969 ble leder for interimstyret til det nye Universitetet i Tromsø, og senere dets første rektor. De senere år har han ledet helsetjenesteforskningen knyttet til Statens Institutt for Folkehelse, FOLKEHELSE. Han fylte 70 år tidligere i år, og har det siste halvåret vært tilbake på gamle tomter ved Universitetet i Tromsø som gjesteprofessor.

Hvordan er det å være tilbake på gamle tomter i Tromsø?

Da må jeg først si litt om tiden for 25 år siden. Vi jobbet nærmest dag og natt i 5 år for å få realisert våre idéer. Det var en spennende, men også en vanskelig tid. Den var vanskelig fordi vi arbeidet mot en betydelig motstand, som dels kom fra politisk hold, dels fra Helsedirektoratet og Universitetet i Oslo. Videre falt vårt arbeid i tid sammen med studentopprøret. Vi var ofte enige med studentene i sak, men ikke alltid i metode. Interimstyret innså hvor viktig det var å

samarbeide med departement og myndigheter, noe studentene ikke alltid så betydningen av. Vi måtte lære oss å balansere mellom opprør og samarbeid. Vi arbeidet dessuten under et intenst tidspress. Det var nå eller aldri. Det var politisk vilje og penger til å bygge opp dette Universitetet, men vi visste ikke hvor lenge dette ville vare. I dag ville sannsynligvis et slikt prosjekt vært umulig. Vi ville et annerledes universitet, noe jeg bl.a. har skrevet om i boken «Universitetet i samfunnet» (Universitetsforlaget 1971). Integrasjon var nøkkelordet. Integrasjon av universitetet i samfunnet og integrasjon innad i universitetet mellom fagområder. Vi brukte det ideologiske motivet meget bevisst. Vi ville også utdanne annerledes doktorer. Vi ville at den fremtidige legen skulle møte pasienten fra første dag, og vi ville at hele landsdelen skulle være med på vårt arbeidslag. Medisinen var selve spydspissen for Universitetet. Studieplanen var ikke original internasjonalt, men i Norden.

Det fantastiske med å være tilbake etter disse årene, er å se at ideologien fortsatt er levende. Spiriten er der. Drømmen er blitt til virkelighet. F.eks. bekrefter mange undersøkelser at medisinerstudentene ved Universitetet i Tromsø lærer like mye som ved andre mer tradisjonelle universiteter, og at de er flinkere og tryggere i sin praktiske doktorgjerning. Det gjør også godt å se at Universitetet stadig er i utvikling og vekst, og at det ikke lenger er strid om dets berettigelse.

Du nevner integrasjon av legene i samfunnet som et viktig ideologisk fundament. Mange leger opplever i dag at samfunnsmedisinsk kompetanse ikke er en etterspurt vare i lokalsamfunnet, snarere tvertimot. Det er behovet for kurative legetjenester som etterspørres i aller første rekke. Noen vil faktisk hevde at samfunnsmedisinen er død. Hva kan vi gjøre med det?

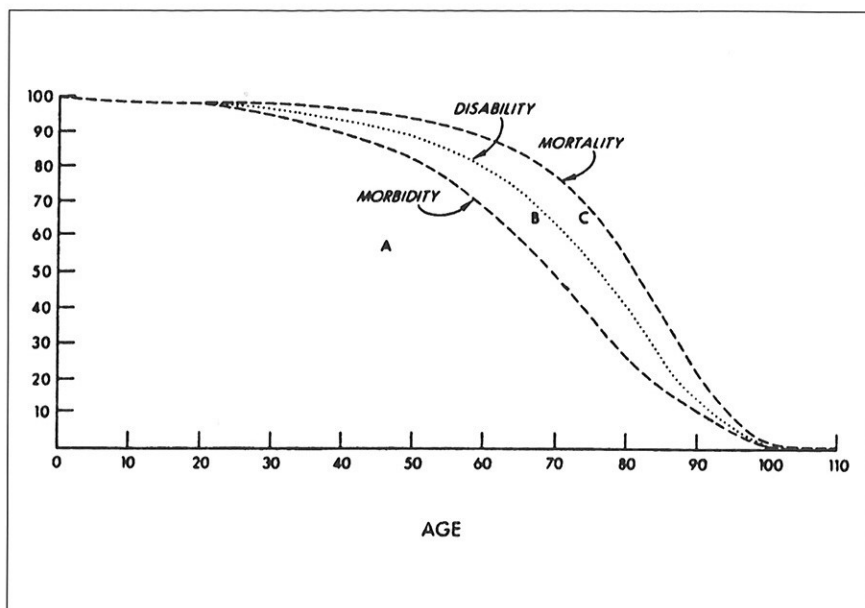
Spørsmålet er ikke lett å gi et enkelt svar på. Ser man historisk



på det, gjorde mange av de gamle distriktsleger seg fortjent til samfunnets tillit, ikke minst gjennom sin ubegrensede arbeidstid og ved at de alltid var der når de trengtes. Dette står i kontrast til mange yngre legers faste arbeidstid og manglende tilgjengelighet. Vi kan ikke snu klokken tilbake. Vi må selv finne nåtidens løsninger. Jeg stiller meg allikevel spørsmålet om engasjementet er for svakt. Det rår en viss egoisme blant endel leger, noe bl.a. de ulike avlønningssystemene kan bidra til. Vi må selv bygge opp faget. Vi kan ikke bare sutre overfor samfunnet. Vi må selv gjøre oss fortjent til samfunnets tillit. Noen lykkes bedre enn andre. Det kommer vi heller ikke bort fra. Heller ikke at det kan ha noe med karisma å gjøre. Vi må være med å synliggjøre samfunnets behov for vår kompetanse. Samfunnsmedisinen har minst 2 gode kort å spille på, nemlig forebyggende arbeid og eldreomsorg.

Hva kan vi gjøre i forhold til eldreomsorg?

Samfunnsmedisinen burde si: vi eier eldreomsorgen! Samfunnsmedisinere bør på en helt annen måte påvirke og legge premisser for det som skjer på feltet. Det er oppsiktsvekkende at mens ca. 50% av helsetjenestens ressurser i Norge brukes på personer over 67 år og vi om få år har ca. 1 millioner nordmenn på alderstrygd, viser legene påfallende liten interesse for eldre menneskers sykdom og helse. Selv har jeg opplevd min tilsynslegejobb på Ullern sykehjem én dag i uken de siste 17 år som svært givende. Jeg liker for det første gamle mennesker, og ser dernest livshistorier mer enn sykehistorier når jeg snakker med dem. Det er altfor få geriater i Norge. Det er 50 geriater til sammen, og halvparten av fylkene har ingen geriater. Jeg tror vi må skaffe alternative veier å kvalifisere seg til spesialiteten på. I dag er dette en grenspesialitet innenfor indremedisinen, og den stiller lavest på prestisjestigen



Overlevelseskurver for amerikanske kvinner 1980: faktisk dødelighet og hypotetisk sykkelighet og funksjonsbemming. Område A = antall personår uten sykdom, B = personår med sykdom, men uten funksjonsbemming, og C = personår med sykdom og funksjonsbemming.

(Fra Manton KG, Soldo BJ. Milbank Q 1985; 63:106-85).

med kardiologien øverst. En alternativ vei kunne være å gå via spesialiteten i allmennmedisin. Mange allmennmedisinere har sitt virke blant gamle mennesker, dels i sin praksis, dels via sykehjem og samarbeid med hjemmesykepleien. Det er også viktig å få med forskningsbiten i eldreomsorgen. Forskning driver medisinen fremover. Fagutvikling vil være viktig for den status et fag har.

Du har selv valgt å bruke din tid som gjesteprofessor her i Tromsø til å se nærmere på hva det bør forskes på innenfor eldreomsorgen. Hva har du kommet til?

Jeg tror vi kan lykkes i Tromsø med å få fart på denne forskningen, og jeg tror vi må sette oss to mål som henger nært sammen. Det ene målet er å bygge opp en forskningsgruppe i geriatri – de gamles sykdommer. Det andre målet er å bygge opp et bredt tverrfaglig miljø i gerontologi – aldersforskning. Dette miljøet må arbeide både med biologiske, psykologiske og sosiologiske problemstillinger.

I tillegg til disse overordnede

målene har jeg arbeidet med tre konkrete prosjekter i geriatri:

- 1) Et prosjekt som ser nærmere på det Svarte-Per-spillet som skjer mellom kommune og sykehus om pleiepasienter. Her må vi se nærmere på hva som skjer med de såkalt ferdigbehandlede pasienter. Vi bør i større grad få frem at det dreier seg om våre felles pasienter og forhåpentligvis få en bedre samarbeidsmodell enn den vi ofte har i dag.
- 2) En helseundersøkelse av de eldre, uten noen øvre aldersgrense. Slik kan vi også skaffe oss kunnskap om de aller eldste.
- 3) Vi vet at blodtrykket stiger med alder, men ikke hos alle. Hva kommer det av? Hva betyr det?

Det er ikke vanskelig å finne på og foreslå prosjektideer innenfor eldreomsorgen. Det er imidlertid vanskelig å skaffe penger til prosjektene. Leger er imidlertid aller vanskeligst å få tak i.

Det virker som om eldreomsorgen nå går foran forebyggende arbeid. Du har jo tidligere ikke minst vært en forkjemper for det siste.

Det er ingen motsetning her. Det er trist å registrere at utviklingen ser ut for å gå gale veien for forebyggende arbeid. Vi ser at forskjellene i samfunnet øker. En god eldreomsorg må være tuftet på et godt forebyggende arbeid. Et godt forebyggende arbeid vil gi et bedre og lengre liv. Selv om lengre liv fører med seg økning i forekomst av degenerative lidelser, vet vi likevel at det er et bedre liv der hvor forebyggende faktorer har fått en plass. Vi vet også at sosial klasse (levestandard i videste forstand) påvirker hvordan våre liv og vår alderdom blir. Jeg synes også det er interessant å merke seg svaret som mange gamle gir når de blir spurt hvorfor de er blitt så gamle. Mange svarer at det er fordi de har så godt humør. Faktorene her er nok ganske innveid i hverandre, men det er likevel spennende å se hvordan et lyst sinn påvirker livet uavhengig av øvrige medisinske mål. Vår genetiske arv er heller ikke uten betydning. Jeg leste

nylig en artikkel fra Frankrike hvor 300 100-åringer var undersøkt, og hvor det gikk klart frem at her var det genetisk forskjeller i forhold til normalbefolkningen. Aldersforskning er spennende også i det forebyggende arbeidsperspektiv.

Hvor skal visjonene komme fra i helsetjenesten?

Jeg tror ikke vi kan vente at samfunnet skal ta det første skritt. Vi må selv gjennom faglig aktivitet, engasjement og forskning legge premissene. Dette gjelder ikke minst innenfor eldreomsorgen og det forebyggende arbeid, begge felt som blir verbalt prioritert fra samfunnets side. Vi må så frø og akseptere at mange av dem faller på stengrunn.

Du har vært og er for mange et ideal.

Hva holder deg oppe?

Jeg har et beskjedent syn på meg selv. I den grad jeg har et talent, tror jeg det må være å se muligheter,

ta sjansene og gripe fatt i dem. Jeg tror ikke jeg selv har skapt mulighetene, men er takknemlig for at de har vært der. Jeg har hele mitt liv vært privilegert ved å ha et nært og godt familieliv, en kone i snart 50 år og barn det har gått bra for. Jeg har dessuten hatt mye glede av friluftsliv og å være fysisk aktiv. Å se at mulighetene blir noe av, har vært stort for meg og at stafettpinnen mellom generasjonene går videre.

Du har selv en gang sagt at det er ved å være aktiv at man holder seg aktiv. Det gjelder vel sannsynligvis også deg selv i en pensjonisttilværelse?

Fortsatt ser jeg mange muligheter. Jeg kommer til å være engasjert som professor II her i Tromsø for å følge de prosjekter jeg nevnte. Det innebærer noen dager pr. måned. Dessuten vil jeg ha et lite kontor på loftet på Folkehelse. Jeg vil alltid ha noe og noen å engasjere meg i. □

TNT-PROSJEKTET

SPESIALISTUTDANNING I ALLMENNEMEDISIN OG SAMFUNNSMEDISIN

Tilbud om spesialistutdanning for leger i primærhelsetjenesten

*Troms – Nordland – Nord-Trøndelag
trenger stabil legedekning i primærhelsetjenesten av leger med gode kunnskaper
i allmennmedisin og samfunnsmedisin.*

Sosial- og helsedepartementet har derfor ansatt en prosjektleder i deltidsstilling tilknyttet Fylkeslegen i Nordland. Prosjektleder skal sammen med en styringsgruppe der Helsetilsynet, Fylkeslegen, KS og Dnl er representert, arbeide med å koordinere og tilrettelegge nødvendig veiledning og kurs for interesserte leger. Kommunene skal motiveres til å gi permisjoner med lønn og dekke utdanningsutgifter som Legeforeningen ikke dekker.

Det er viktig at kommunelegene har best mulige kunnskaper innenfor samfunnsmedisin og allmennmedisin m.h.t. pasienter og som premissleverandør til kommunenes administrasjon og politiske ledelse.

Leger i og utenfor disse fylkene som vil være med på å bedre kapasiteten og kvaliteten på helsetjenesten i disse naturskjønne områdene, bes kontakte prosjektleder snarest, både for informasjon og påmelding.

Prosjektleder/lege Magne Franing, Furuveien 33, 8250 Rognan

Telefax: 75 69 00 07 (prosjekt) – Telefon: 75 53 15 07 (mandag) – Telefon: 75 69 00 66 (privat)