

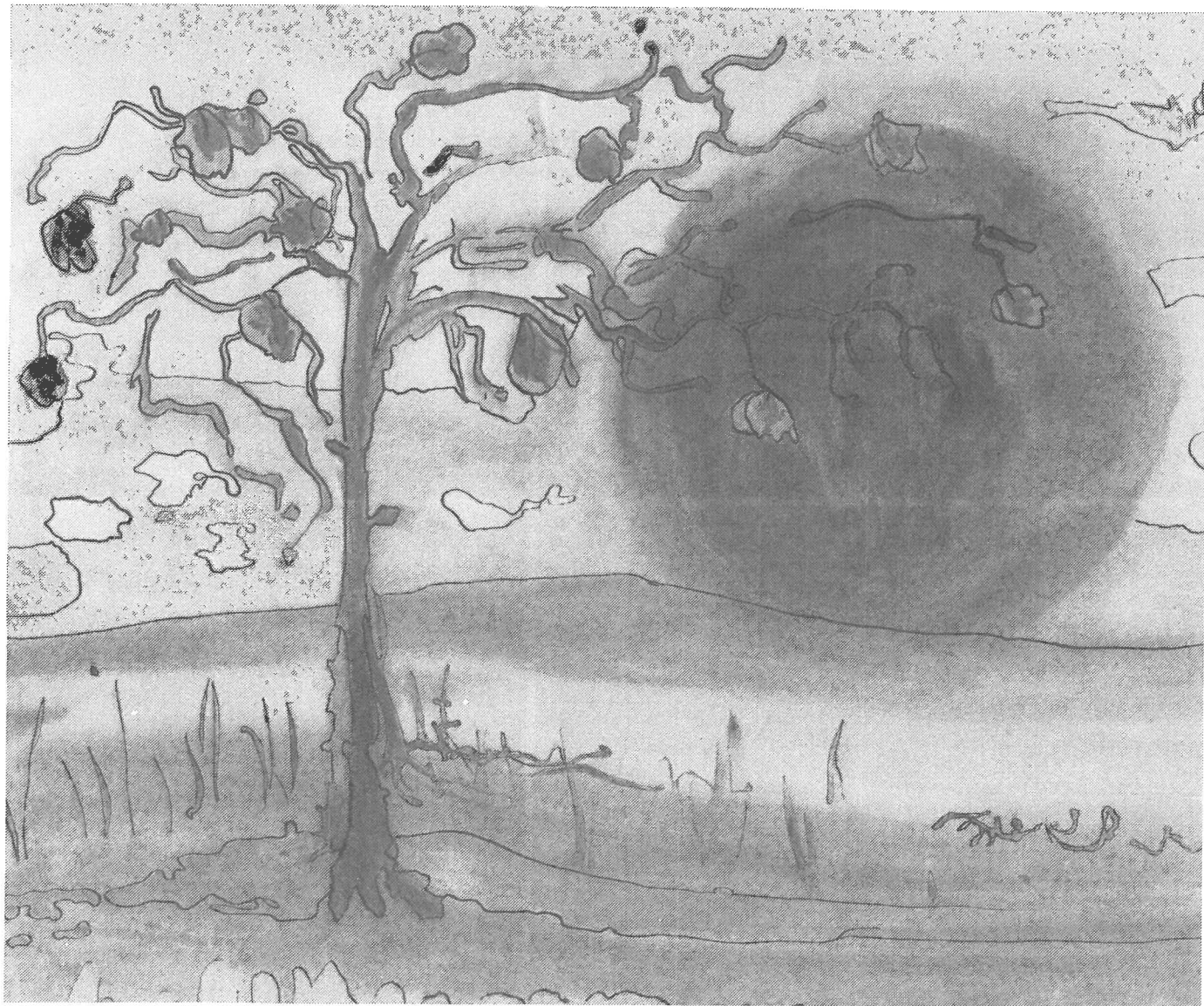
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 6

SEPTEMBER 1976

ÅRGANG 5



AV INNHOLDET:

Om embetslegemøter, side 2

Jon Skåtun: Om lokalavdelinger/APLF, side 3

Herolf Harstad: Family Practice, side 4

Harald Siem: Om Ivan Illich, side 8

Redaktører:
Harald Siem
Per Wium
Redaksjonssekretær:
Reidun Solem
Adresse:
6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

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

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

De nordiske embetslegemøters fremtid

Krædslege Sigurd Riber Albrechtsen fra København har samlet statistikk fra 1959, og påvist at antall aktive deltakere i Det nordiske embetslegemøte fra det 7. til det 15. møte hadde et gjennomsnittlig deltakerantall på 75 med en standarddeviasjon på 9, men falt brått til 43 deltakere i Kiruna i 1975.

Formannen i den svenske distriktslegeforeningen, Bengt Berg fra Tierp, hadde ut fra den krisestemning som presenterte seg i Kiruna, foreslått at en utredningsgruppe skulle

1. overveie hvor vidt møtene skulle fortsette,
2. gi forslag til nytt navn på møtene,
3. foreslå møtenes fremtidige innhold,
4. undersøke muligheter for samordning av embetslegemøte med andre nordiske konferanser (f.eks. almenlegeseminar),
5. så langt som mulig avklare de med konferansen sammenhengende økonomiske spørsmål. Han tenkte på dekninger av utgifter, oppbærelse av lønn og fradragrettigheter.

Stadslege Knud Selmer Olsen og distriktslege Harald Siem representerte OLL på et planleggingsmøte den 21.-22. august i København. Det ble gjort

Det ble avgjort at det 17. nordiske embetslegemøte vil finne sted i Danmark i 1977, med noen, men uten vesentlige avvik fra tidligere tradisjoner. Skagen er utpekt som møtested.

Da den største del av de offentlige ansatte leger utenfor institusjon i Finnland og Sverige nå er almenpraktikere uten ansvar for offentlig helsearbeid, ønsket disse to land møtene lagt om til en bredt anlagt konferanse vedr. spørsmål som er relevante i almenpraksis.

De danske embetslegene driver ikke praksis, men er kun beskjeftiget med offentlig helsearbeid. De fleste norske offentlige leger arbeider i kombinerte stillinger. Det ble fra dansk og norsk side gitt sterkt uttrykk for at man ønsket å opprettholde de nordiske embetslegemøtene som et forum hvor man kunne diskutere offentlig helsearbeid. Ja, endog sterkere enn tidligere understreke det faglige aspekt ved møtene, dog uten at en dermed vil redusere vesentlig på mulighetene til kollegial kontakt. Det siste er av stor verdi.

Faglig kunne møtene styrkes ved at man forlot den tidligere modellen hvor det var innledningsforedrag fra de forskjellige nordiske land, og så debatterte et emne. Man foreslo å engasjere spesialkyndige innledere innen forskjellige emner av offentlig helsearbeid. Skrittet blir da ikke langt til en ren faglig kongress for offentlig helsearbeid, eller samfunn- og miljømedisin om en vil, som skulle interessere også andre yrkesgrupper. Det siste ville styrke møtet faglig, bringe oss mer i takt med anglosaksk tradisjon, og muligens også styrke Den nordiske

hälsovardhögskolan i Göteborg, men ville bli et radikalt skritt vekk fra de tradisjonelle embedslægemøter. De svenske deltakere, og til dels også de finske, var i tvil om de kunne fortsette å delta i de nordiske embetslegemøtene som tidligere hvis de ikke kunne omstøpes i retning av almenmedisinske kongresser. Møtet i Danmark endte med at den svenske distriktslegeforeningen ga uttrykk for at de sannsynligvis måtte trekke seg fra dette samarbeidet, og at den danske Embetslegeforeningen og den norske Offentlige legers landsforening i fremtiden måtte søke samarbeid med Svenska administrativa läkares forbund. Mange svenske distriktsleger med spesiell interesse for offentlig helsearbeid ville kunne søke de nordiske møtene på individuell basis.

Det er Norge som står for tur som arrangør av de nordiske møtene etter at det kommande er avviklet på Skagen i 1977. Stemningen på dette møtet får avgjøre hvor vidt en vil arbeide seg videre i retning av nordiske faglige møter i offentlig helsearbeid (Scandinavian Congress of Public Health?) eller om man fortsatt vil begrense møtene til utveksling av erfaringer mellom offentlige leger i Norden.

HS

APLF-lokalavdelinger

JON SKÅTUN

Herr redaktør.

UTPOSTEN for mai/juni 1976 har en leder "Det rører på seg!" hvor De kritiserer Lægeforeningens sentralstyre for at det ikke vil godkjenne at alment praktiserende leger lager lokalforeninger rundt omkring i landet.

Sentralstyret vedtok i møte 24.februar 1976 med 3 mot 2 stemmer å godkjenne en lovendring i Alment praktiserende lægers forenings lover som ga hjemmel for at Aplf opprettet lokalavdelinger. Sentralstyrets vedtak ble imidlertid anket til landsstyret. Det ble samtidig anmodet om at man ventet med å iverksette sentralstyrets vedtak til landsstyret hadde behandlet saken.

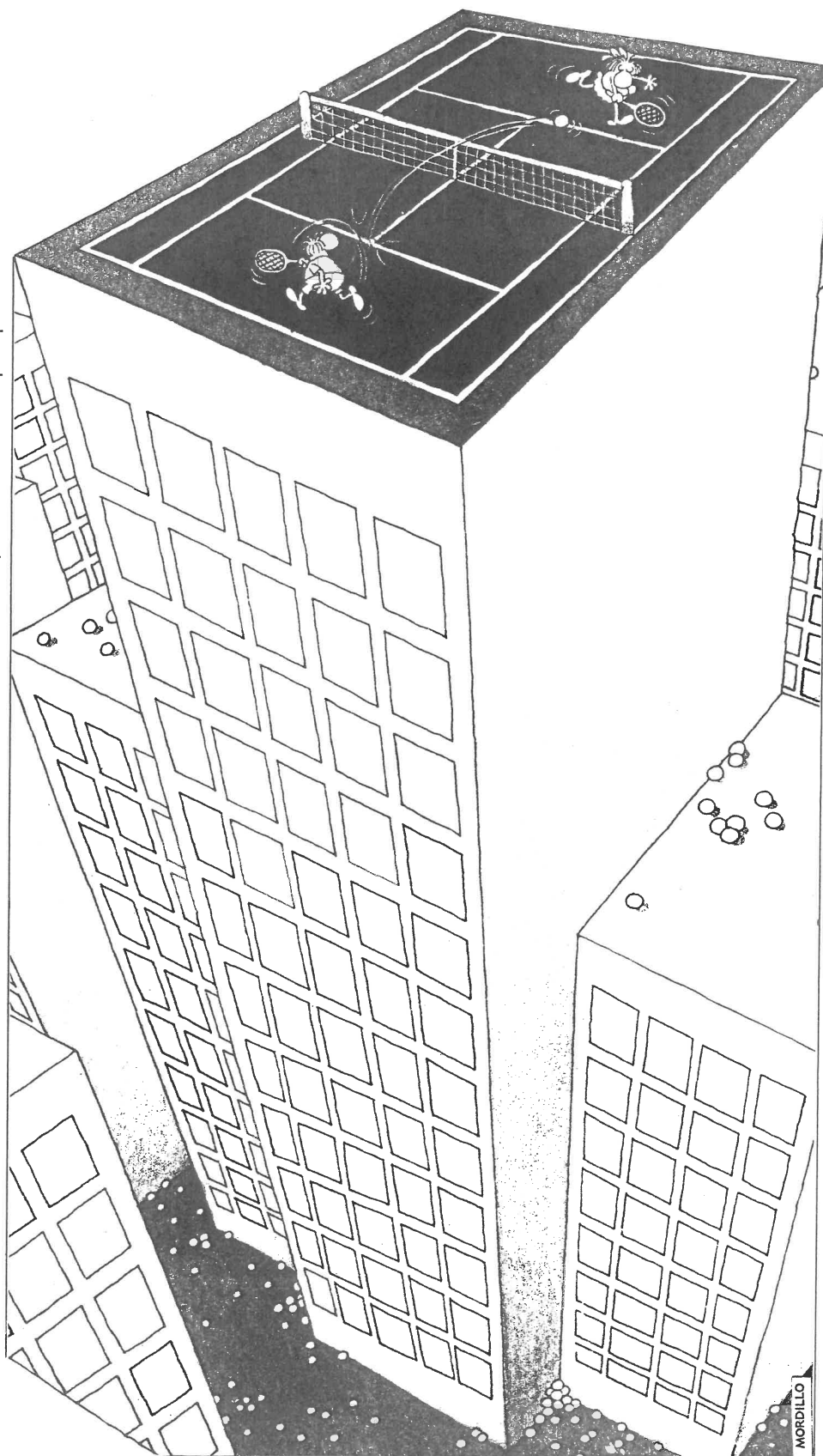
Sentralstyret behandlet anken i møte 25.mars 1976. I opplegg til sentralstyret var det blant annet anført at hvis vedtaket skulle kunne effektueres umiddelbart, ville landsstyret ikke kunne antas å få mulighet til å drøfte saken på rent prinsipielt grunnlag.

Sentralstyret fattet følgende vedtak:

Sentralstyrets vedtak av 24. februar 1976 om at det i Alment praktiserende lægers forenings lover er godkjent innført bestemmelse om at foreningen kan opprette lokale foreninger, gis virkning fra samme dag som Den norske lægeforenings landsstyre i 1977 i tilfelle forkaster den anke som er fremsatt.

Oslo, 10.aug.1976

Med hilsen
Jon Skåtun
generalsekretær



Kort notat fra:

STUDIEOPPHOLD VED DEPARTEMENT OF FAMILY MEDICINE

University of Wisconsin, Madison

Etter invitasjon fra Departement of Family Medicine i Madison, var jeg der 6 uker i tiden april-mai d.å. Denne avdelingen står for utdannelse av leger til såkalt family medicine.

Etter som den medisinske spesialisering i Amerika stadig har gått videre, fant man det nødvendig med en form for medisin som skapte mer koordinasjon og kontinuitet i behandlingen. I en rekke stater utviklet man derfor forskjellige programmer for en spesialisitet til å ta seg av primærhelsetjenesten, og denne spesialisiteten fikk navnet family medicine. Det er i dag ca. 50 slike programmer på like mange steder, og disse programmene er vanligvis av ca. 3 års varighet. I de siste årene har det blitt en meget stor søkning til family medicine. I Madison var det større søkning til family medicine enn til de øvrige spesialisiteter. Det var over 200 søkere til neste år, og det kan tas opp ca. 10-12 årlig.

Avdelingens hovedformål er beskrevet i 4 punkter som jeg gjerne vil gjengi:

1. To promote family practice within the nation as a career with both academic and clinical viability.
2. To develop a teaching program which specifically prepares physicians to continue lifelong learning and practice in the area of family medicine.
3. To develop the techniques of patient care and information management required to make family physicians both competent and productive.
4. To encourage practice location in medically underserved areas of Wisconsin, particularly rural areas.

Undervisningens kvalitet ble selvfølgelig viet mest oppmerksomhet, men man prøvde også å vie en del tid til forskningsoppgaver, spesielt med tanke på journalsystemer, distribuering av leger, pasientinformasjon samt mulige løsninger på den dårlige legefördelingen til landdistriktene.

Avdelingen hadde også store opplegg for videreutdanning av sykepleiere.

For å oppnå spesialisiteten "familie medisin" i Amerika, måtte man gå gjennom et 3 års treningsprogram. Dette tilsvarer den vanlige tid ved de fleste andre spesialisiteter. I løpet av det 1. året blir det meste av tiden anvendt til innlagte pasienter:

Medisin 4 mndr.
Pediatri 2 mndr.
Obstetikk 3 mndr.
Kirurgi 2 mndr.
Øyeblikkelig hjelp-mottagelse 1 mnd.

I tillegg til dette går ca. 20% av tiden det første året med til å se ambulante pasienter ved klinikken for familiemedisin. I Madison var det 12 leger på hvert årskull. Avdelingen har knyttet til seg pediater, indremedisiner og psykiater samt sosionomer og spesialsykepleiere. I tillegg til disse er der en rekke lærere med bred utdanning innen medisin. Klinikken for familiemedisin var relativt moderne utstyrt. For at det ikke skulle bli altfor mange leger på en klinikk, benyttet man også 2 satelittklinikker beliggende noen kilometer unna, og en av disse lå utenfor byen, slik at man også fikk se en del klienter fra landområdene. Ved fremleggelse av pasienter og ved diskusjon av problemer brukte man konferansetelefon mellom klinikkene. I løpet av spesia-

liseringstiden er de ikke innom noen psykiatrisk avdeling, men man har regelmessige og ukentlige konferanser og seminarer i forbindelse med psykologi, psykiatri og familieproblemer.

I det 2. og 3. året arbeider man mer ved modellklinikken under supervisjon. Journalene er problemorienterte, og disse blir gjennomgått i fellesskap med en av lærerne etter at pasientene er undersøkt.

Det blir brukt EDB system for kartlegging av diagnoser og prosedyrer utført av hver enkelt lege. Dette fører til at man for hvert år får en oversikt over antall pasienter man har behandlet samt diagnoser, behandlinger og undersøkelser. Dette EDB systemet var verdifullt for å evaluere studiet. Det var også rom for varianter i treningsprogrammet, og man kunne være hos andre leger i andre klinikker en del av tiden.

Det inngikk også en rotasjon i programmet slik at man skulle være 2 mndr. i et utpreget landdistrikt. Legenes lønn disse 3 årene varierte mellom 10.800 \$ og 12.000 \$.

Fakultetet for familiemedisin i Madison var også leder for 3 filialopplegg i nærliggende byer, slik at man samlet hadde et antall leger i utdanningsstilling på nærmere 60 stk.

For meg var det svært verdifullt og lærerikt å delta på de forskjellige nivåer av dette programmet i de 6 ukene jeg var der. Utstyret ved de forskjellige modellklinikken var omtrent som her hjemme i Norge, og dette skuffet meg noe, da jeg jo hadde ventet å se en del nye



The Wisconsin Family Doctor

ting som jeg ikke var vant til. EDB til koding av diagnoser, undersøkelser og behandling var naturligvis nytt for meg. Dette gir ganske store forskningsperspektiver. Konsultasjonene fordelte seg ganske forskjellig fra klinikk til klinikk med hensyn til diagnosefordeling. Dette skyldes i stor grad forskjellig gjennomsnittsalder innen de forskjellige populasjoner. Konsultasjonsratene varierte fra 3 til 5 pr. person pr. år.

Det var en meget hyggelig og munter tone ved de forskjellige avdelingene, og legene arbeidet ganske hardt og hadde lang dag fra ofte før 8 om morgenen til ganske langt utpå ettermiddagen, evt. kvelden.

Klinikken for "familiemedisin" lå i tilslutning til et større sykehus på ca. 600 senger. Det var daglig flere foredrag og annen form for undervisning ved enten sykehuset eller avdelingen for "familiemedisin".

Det var meget deprimerende i praksis å oppleve mangelen på trykdeordninger for de

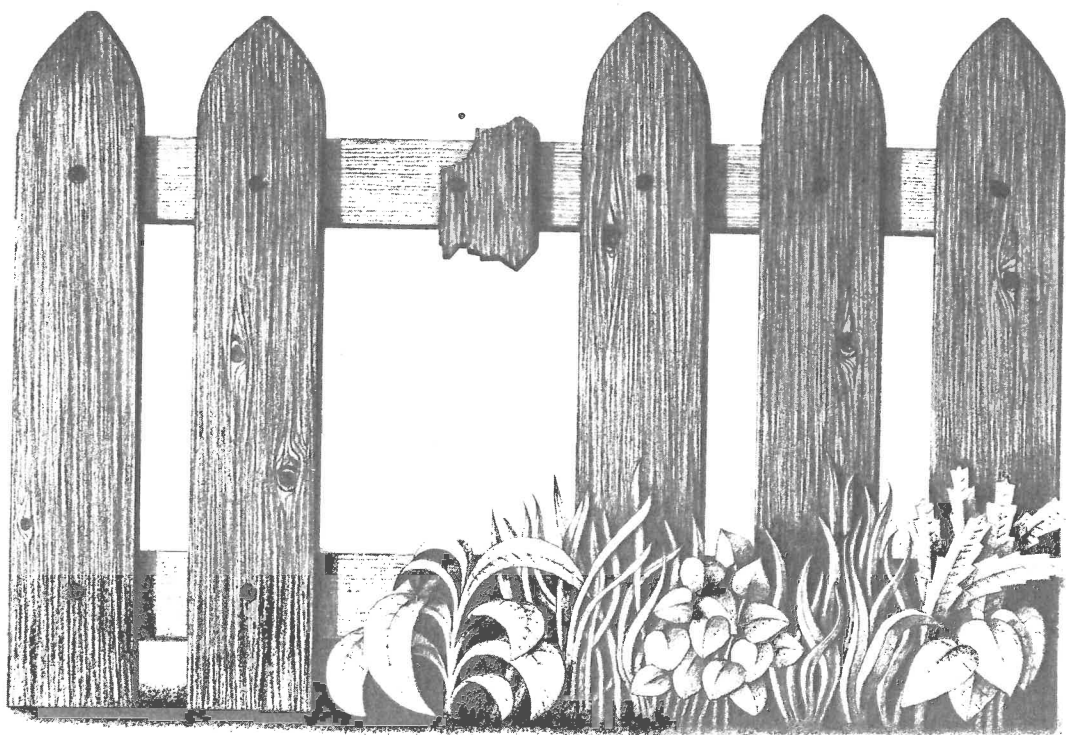
enkelte klientene. Som kjent, er det over 700 forskjellige forsikringsselskaper som igjen har flere forskjellige forsikringsopplegg til rådighet for klientene. Har man tegnet en god forsikring, er det vanligvis ikke så stort problem for klienten, men man kan komme ut å kjøre hvis man ikke har tegnet forsikring, da f.eks. et sykehusopphold kan bli uhyre kostbart. For sykehusene og for administrasjons-avdelingen ved en vanlig legeklinikk eller gruppepraksis var det meget komplisert å sende regninger til 700 forskjellige kilder samt ta hånd om all den korrespondanse som ble med forsikringsselskapet før da regningen ble betalt etter 3 mndr. For å gardere seg mot feil, ble det ikke betalt ut penger fra forsikringsselskapet før etter 3 mndr. Dette førte til at en gruppepraksis på 4 leger vanligvis måtte ha en computer samt ca. 3-4 kontordamer kun til å ta hånd om arbeidet med regninger. Svært mange leger var uhyre trøtt av denne ordningen, og meget opp-tatt av tanken på å få en lignende ordning til vår egen.

Da en stor gruppe klienter ikke hadde forsikring, og heller ikke økonomisk evne til å få behandling, var det flere steder opprettet fri-klinikker hvor leger og sykepleiere arbeidet vederlagsfritt og ga pasientene nærmest gratis behandling.

Mitt inntrykk var at de legene som hadde fullført det-te 3 års programmet for å bli spesialister i familie-medisin, var meget godt kvalifisert til almenpraksis, og de var blitt flinke til, samt opplært til, å bruke leger innen andre fagområder som konsulenter.

Det er en kjent sak at 80-90 % av pasientmengden i Norge blir tatt hånd om av almenpraktiserende leger, og kvaliteten av den primære behandlingen er uhyre vesentlig for det videre forløp for klientene. Var det en tanke å utvikle en spesialitet innen almenpraksis her i Norge ved at man f.eks. skjerpet kravene til almenpraktiker Dnlf?

Lakselv, 15.7.76
Herlof Harstad





FRA DAGENS NYHETER 2/6-76:

Ærede redaktør

Som et apropos til ønsket om blå lys på privatbilen, blant noen innsendere i Deres blad. Det brenner kanskje et blått lys for noen og enhver.....

Dikemark, 7.6.76

Alf O. Lund

Dikemark sykehus, avd.III.



Läkare är väl också dödliga, skriver en som inte vill ta order från någon snobb när han är sjuk...

Varför är ej läkare som vanligt folk?

Varför är läkare så konstiga? Jag låg sjuk och hade ringt efter doktorn, som kom efter fem timmar. I ett huj så for stormen utifrån in med en ung kille i pilsbrämad kappa som skrek sitt namn och beordrade mej att gå upp och sätta mej. Jag hade 40 graders feber. Men jag tänkte. Är jag inte snäll — ingen medicin.

Jag försökte få ner honom på jorden. Jag ser inte upp till läkare som till en gud, som man gjorde förr.

Jag har kommit i kontakt med många läkare både på sjukhus och i hemmet, på grund av att vi är en stor familj. Varför kan inte läkare vara människor? Dom är väl också dödliga, eller?

Man kan tro att det skulle vara något särskilt med att välja det yrket. Men det är ju ett rent serviceyrke. Inte behöver dom svepa in som Gud fader och ge order åt en sjuk människa.

Det är synd att vi är så lata och bekväma. Annars kunde vi alla resa oss upp mot det sjukvårdssystem som har påprackats oss. Vi blir inget annat än förödmjukade. Det inrättas meningslösa vårdcentraler, där man inte kan komma fram per telefon. Blir man vänligt bemött när man ringer jour, så är det som en gåva från himlen. Man skall krusa och vänta, smajla och le, det är tydligen det som skatterna går till.

"Tvi vale för snobbar"



Hovv -

IVAN ILLICH OG HELSE

Ved Harald Siem

"I am Ivan Illich - I wonder why you came here tonight?" Slik åpnet mitt første møte med Ivan Illich.

Han var kommet til Boston for å gi den tradisjonsbundne Atherton lecture ved Harvard-universitetet.

Denne innledende setning illustrerer hva denne artikkelen vil dreie seg om: Navnet Ivan Illich blir nevnt, og så er det avhengig av tilhøreren eller leseren hva som blir lagt i begrepet Illich. For et begrep er han blitt, og vanskelig er han å definere. For helsearbeidere er hans siste bok, den ajourførte *Medical Nemesis* (1976) hans mest aktuelle budskap. Denne boken har vært anmeldt både i fagpresse og i dagspresse, - dessverre sterkt fortolket av den enkelte anmelder.

Jeg skriver ikke dette for å kritisere anmeldere, men først og fremst for å oppfordre interesserte til å lese boken selv, om de vil vite hva de skal legge i begrepet Ivan Illich.

(Jeg gjør meg sannsynligvis skyldig i adskillige fortolkninger selv i det følgende.) Både innenfor og utenfor medisinerens kretser har kritikken mot det moderne medisinske system reist seg med økende styrke. Den medisinske sosiologi har begynt å forme seg som en systematisk analyse av hvordan helse utgjør en del av det sosiale system, og enhver samfunnsborger i siviliserte land innser i dag at helsevesenet har et ubegrenset antall av undersøkelses- og behandlingsprosesser som kan appliseres på befolkningen uten nødvendigvis å skape helse, uansett hvordan man definerer helse. Ivan Illich er den mest

tungtveiende kritiker av vårt helsevesen hittil. Han skal ha kreditt fordi han har utmeislet problemstillinger og en oversiktlig sammensett dokumentasjon. Det gjør at mange av oss som tidligere mente båten ble manøvrert noe mindre enn optimalt, vi spør oss nå om kursen i det hele tatt er riktig.

Noe av innholdet i Medical Nemesis:

Med fare for grove forenklinger og ufullstendig forståelse på mange punkter vil jeg forsøke å formidle noe av idè-innholdet i Illich' forelesning ved Harvard i mars 1976.

Counter productivity er et nøkkelord.

Når vi øker vår innsats i en hvilket som helst prosess, venter vi at utbyttet også skal øke. Moderne medisin er for Ivan Illich det nyeste symbolske uttrykk for industrialisme som ideologi. Våre forsøk på å tilfredsstille våre behov gjenspeiler seg i moderne medisin.

Det er påfallende at vårt samfunn er tiltagende villig til å utvide de medisinske budsjetter i en tid da det marginale utbytte av slike budsjetter er på rask retur. Ja, vi bruker endog mer og mer penger og blir dårligere og dårligere, hevder Ivan Illich.

Han konkluderer at når mennesker er villige til å forbruke mer og mer på en teknisk tilnærmelse til behandling av sykdom, kan dette ikke sees som et uttrykk for ønske om å oppnå bedre helse, men som en symbolsk, magisk religiøs og politisk målsøking. Illich mener at i alle

produksjonsprosesser er det en konflikt mellom bruksverdier og bytteverdier. Enkelte ting blir produsert for vårt eget bruk og andre ting blir produsert med tanke på handel på et marked. Vår evne til å forme bruksverdier reduseres ved den økende produksjon av bytte- eller markedsverdier.

Forskjellen kommer frem når han sammenligner transit og transport. Ved transit forstår han en bevegelse fra sted til annet som er forårsaket av individet selv, mens transport er forårsaket av utenforliggende motoriserte kapitalkrevende produkter av vår industri.

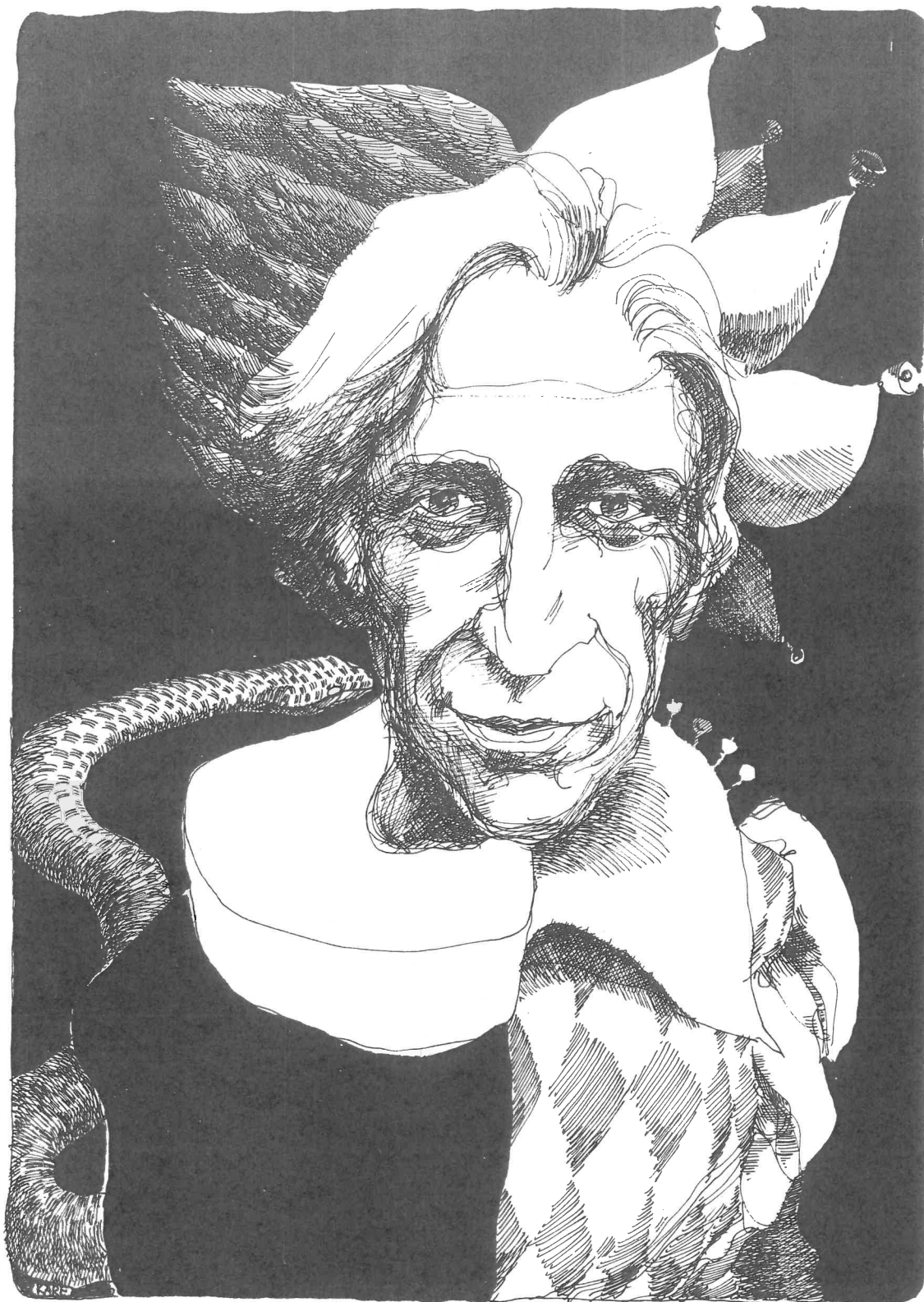
Et annet eksempel ville være timeverk kontra arbeid. Et timeverk er en slags standardisert produkt som kan selges og kjøpes, mens en arbeidsinnsats er knyttet til individet.

Ivan Illich definerer helse som graden av ens evne til å tåle sin indre tilstand og sine omgivelser. Han ser helsen alvorlig truet av den ekspanderende helseindustri.

Iatrogenesis betyr (lidelse) forårsaket av leger.

Illich har tydelig pekt ut tre former for iatrogenesis: Klinisk, sosial og kulturell.

Den kliniske iatrogenesis dekker det som tradisjonelt blir forstått ved iatrogene sykdommer: Skadevirkninger og tildels bivirkninger som påføres pasienten gjennom kirurgi eller farmakoterapi, ofte i tilfelle hvor en slik behandling ikke er påkrevet. Han nevner at ca. 80% av den medisinske aktivitet gjelder sykdommer hvor helbredelse neppe kommer på tale, og mener at pasienter i denne kategori sannsynligvis løper



en større risiko for lidelser ved kontakt med helsevesenet, enn hvis de forble urørt. Våre høyt lovpriste fremskritt med antibiotika og vaksinasjoner har bare utgjort en forsvinnende liten del av det medisinske fremskritt. 90% av fallet i mortalitet grunnet skarlagensfeber, difteri, kikhoste og meslinger i tidsperioden 1860-1965 skjedde før introduksjonen av antibiotika og vak-

sinering. Bedre bo- og arbeidsforhold, rent vann, kloakkanlegg og bedre ernæring synes å være de vesentligste faktorer for å fremme helsen i befolkningsgrupper. Det er utbredt enighet om at den moderne og meget dyre medisin har en lav effektivitet, i alle fall hvis en setter dødsstatistikk eller sykdomstilfeller opp som mål for aktiviteten.

Sosial iatrogenesis er resultatet av den sosiale oppbygning omkring helsevesenet. Prisen på helsetjenester har i de vestlige land øket vesentlig raskere enn prisindeksen generelt, 2-3 ganger raskere i de fleste land, 4 ganger hurtigere over de siste 20 år i USA. Dette krever at en gjennomsnittlig arbeider må arbeide vesentlig mer for å kunne betale for slike tjenester - direkte, i for-

sikringer eller i skatter. I alle samfunn betaler innbyggerne indirekte for sine helsetjenester, uansett hvordan helsetjenesten er organisert. Legene kan derfor definere og bestyre sykdom og syke, avhengig av sine kriterier, og mindre influert av kulturelle, sosiale forhold i befolkningen. Dette betyr en forskyvning i makt fra det flertall som betaler skatter til de få som helsearbeiderne velger å yte helsetjeneste, p.g.a. deres penger, deres utdanning, deres familie eller den spesielle interesse de har for legene (eksperimentell kirurgi). Legene får således et monopol både når det gjelder å bestemme hva som skal kalles sykdom (alkoholisme?, homoseksualitet?, nervøse lidelser?), hvilken behandling som skal gis og hvem som skal få pleie. Dette er grunnlaget for uttrykket "den medisinske nemesis". Hos de gamle grekere var nemesis den straff gude- ne påla en mann som stolt opphøyet seg selv i et forsøk på å bli en helt, fremfor de vanlige dødelige. Vårt hygieniske overmote består i våre tekniske forsøk på å unngå lidelse. Etterhvert har alle faser i livet, svangerskap, fødsel, pubertet, alder og død, opphørt å være akseptable livs- avsnitt. De er blitt medisinske problemer som skal behandles. Hjemmene er ikke lenger gode nok for fødende, for syke eller for døende, og gjensidig hjelp og støtte har blitt skiftet ut til fordel for standardisert, profesjonell behandling. Den som ikke underkaster seg medisinsk behandling i dag, ja, endog betrakter seg som frisk uten at det er bevist, og mener seg istand til å klare seg selv, han blir betraktet som en avviker. Den medisinske profesjon bestemmer hva som er riktig og galt, moralsk godt og moralskt ondt innen helsesektoren. Sykehuset er den moderne katedral, og legen er dagens prest. Han forretter ved ritualer som er mystiske og uforståelig for den ikke innvierte. Han kan til og med dømme pasienter inn og ut av "sykdom" ved å sertifisere deres lidelser som sykdom eller ikke. Med kulturell iatrogenesis forstås den psykologiske effekt som livet i et medisinsert samfunn har på

hvert individs oppfatning av seg selv. Man forvandler pasientene til passive mottagere. De blir objekter som skal repareres, tilskuere til sin egen behandling. Det medisinske behandlingsapparatet tar fra individet muligheten til å leve gjennom sin egen virkelighet. Dette ødelegger den innebyggete evnen til å tilpasse seg sine egne og omgivelsenes vanskeligheter. Som et eksempel på dette, diskuterte Ivan Illich hvordan smerten har blitt tatt fra mennesket. Det å være syk, og det å lide er nærmest uunngåelige, menneskelige opplevelser. Alle tradisjonelle kulturer har utstyrt individet med forskjellige midler for å kunne tåle smerte, for å kunne forklare sykdom og gi døden mening. Gjennom ritualer, myter og fortolkninger ble smerteopplevelsen gjort til en meningsfull handling. Budha eller Kristus eller andre helter ga oss modeller for hvordan ubehagelige aspekter av virkeligheten skulle klares. I alle kulturer finnes det også droger som brukes mot smerter, og som det enkelte individ selv rår over, ja, endog dyrker for å ha i beredskap. Lidelse, helbredelse og død var aspekter av livet som de tradisjonelle kulturer lot det enkelte individ håndtere, om ikke beherske selv. Som det helt ytterliggående eksempel på hvor langt den tekniske medisin har gått, ble lobotomien nevnt, hvor det gjøres inngrep i pasientens hjerne for at smerten ikke skal være lidelse lenger. Mer vesentlig enn smertebe- kjempelse er vår oppfatning av død. Døden ble en gang sett på som et kall fra Gud, senere som en naturlig begivenhet. Den betraktes nå i økende grad som et resultat av vår manglende (teknisk medisinske) evne til å behandle en spesiell sykdom. Død i sterile rom, under drypp og elektriske apparater er uverdigg og neppe selvvalgt. Selv en såkalt god død skal nå bestyres av leger. Pasientene blir opplært i dødens fem stadier og presset til å reproducere dem slik som forventet av fagfolkene. Er så Illich en doktorhater? Forkynner han tilbake til naturen hvor individet overlever ved et opplyst

"gjør det selv"-liv? Skulle man dømme etter krik- tikk, bokanmeldelser og henvisninger til Illich, ville man tro det. Selv benekter han det på det sterkeste. Han tar avstand fra et passivisert uverdigg liv i en verden hvor alle behov tilfredsstilles av andre, som i uterus. Men han tar like sterk avstand fra en masturbator som skal dekke alle sine goder selv. Han ønsker et samfunn hvor det er et marked, hvor handels- verdier blir brukt, men hvor de ikke får anledning til å dominere. Individet må ikke frataes muligheten til å produsere selv. Når den tek- nisk og sosialt ekspanderende medisin tar seg av et individ, er den forpliktet til også å tenke på hva den tar fra in- dividet. Illich er langt fra noen legehater. Man kan neppe er- statte leger med andre hel- searbeidere for å bøte på de skadevirkninger helseve- senet påfører befolkningen. Tvertimot, ved å sertifise- re diverse andre grupper av helsearbeidere, vil man sannsynligvis få en aksele- rert utvikling. Jo mindre kunnskap en helsearbeider har, jo mere groteske ut- slag kan hans selvtillit gi seg. I et samfunn hvor kunns- kap er høyt verdsatt, vil også sjarlataner og kvak- salvere få høy pris for sin kunnskap, hvis de klarer å selge den som god vare.

Kritikk av Ivan Illich. Enkelte medisinske tids- skrift har tatt godt imot Ivan Illich. The British Me- dical Journal og The Lancet hilser kritikken velkommen, og sier seg enig i at det er en grense for hvor mange res- surser som skal sprøytes inn i helsevesenet. Tildels har de kritisert Illich for ikke å være radikal nok. De synes det er vanskelig å bygge opp noe handlingsprogram på Il- lich tanker. Karl Evang har spådd Ivan Illich et døgn-flue-liv. Dag Bruusgaard har ved anmel- delse av hans bok samlet man- ge av tankene under begrepet "nullvekst". Tidsskrift for Den Norske Legeforening inter- resserer seg forøvrig lite for medisinsk sosiologi, og har latt boken gå ukommentert. Aftenposten har allerede i mai 1975 referert Medical Ne- mesis, og fått den kommentert av professor Peter F. Hjort. Han er redd for at Illich vil skape mistillit til helseve-

senet i befolkningen. Han mener også at endel av det faglige innhold i boken er dårlig, men finner likevel at Medical Nemesis reiser viktige og grunnleggende spørsmål om helsevesenet, at den stort sett utgjør en kritisk analyse som man ikke kommer utenom.

Kanskje fordi de forhold Ivan Illich kritiserer, er så meget mer åpenbare i USA, har hans Medical Nemesis vært mottatt langt mindre surmaget der, men noen har hevdet at hans oppfordring til å la pasientene lide lidelsene selv, er rent mao-sjorhistiske og bunder i hans bakgrunn som Jesuittmunk:

De fleste synes enige om at man vanskelig kan bruke Illich som vegviser for de neste skritt helsevesenet skal ta, men at han har fått opp adskillige varselkilt som kan være nyttige. En meget interessant kritikk av Ivan Illich finnes både i Social Science and Medicine og i International Journal of Health Care, skrevet av Vicente Navarro.

Hans kritikk er verken lovprisning av geniet Illich eller latterliggjørelse av den reaksjonære individualist Illich som ønsker seg tilbake til naturen.

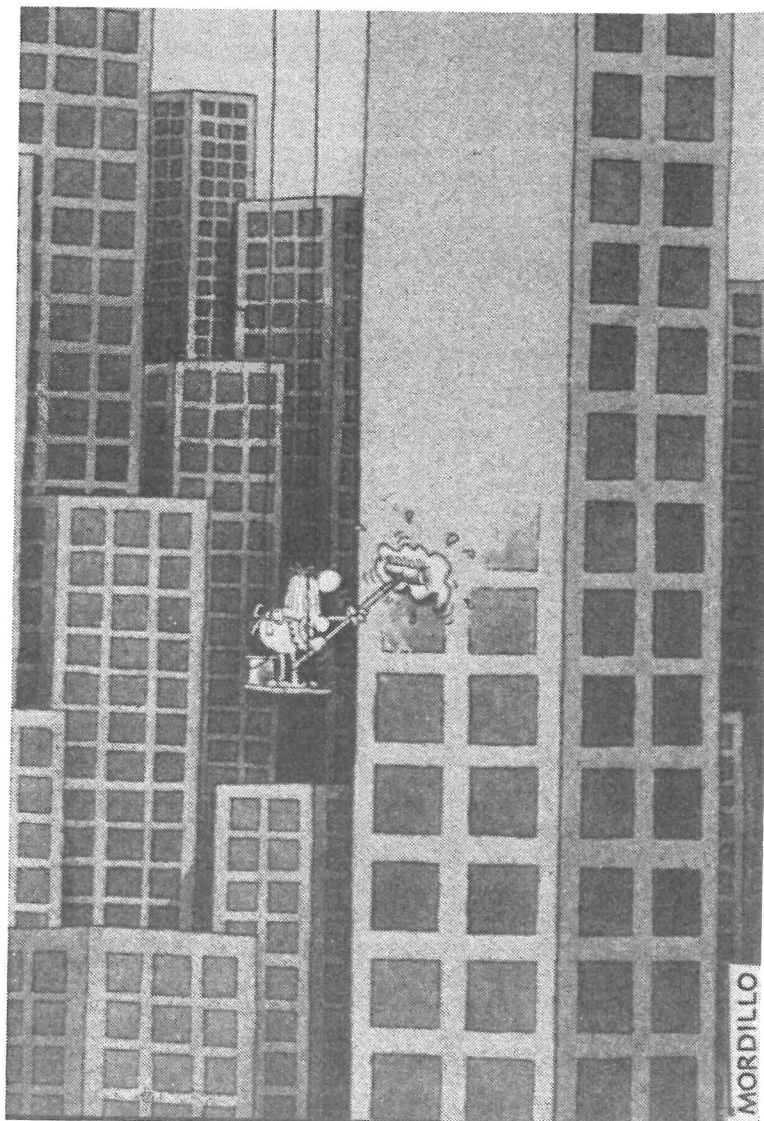
Navarro peker på at industrialisering er blitt ideologisk forklaringsmodell for mye av utviklingen i vårt samfunn. Både i kapitalistiske og sosialistiske land er produksjonen satt i førerretet, og verdier blir skapt rundt produksjonsresultatene. Man hevder at de forskjellige politiske systemer i fremtiden, vil konvergere og muligens falle sammen om dette ene: et industrialisert høyt teknifisert produksjonssamfunn. Navarro peker på at Illich bekjenner seg til dem som finner roten til alt vondt i produksjonssamfunnet med dets byråkrati, fremmedgjøring, oppdeling av arbeidsprosesser og avhengighet av markedet både for kjøp og salg.

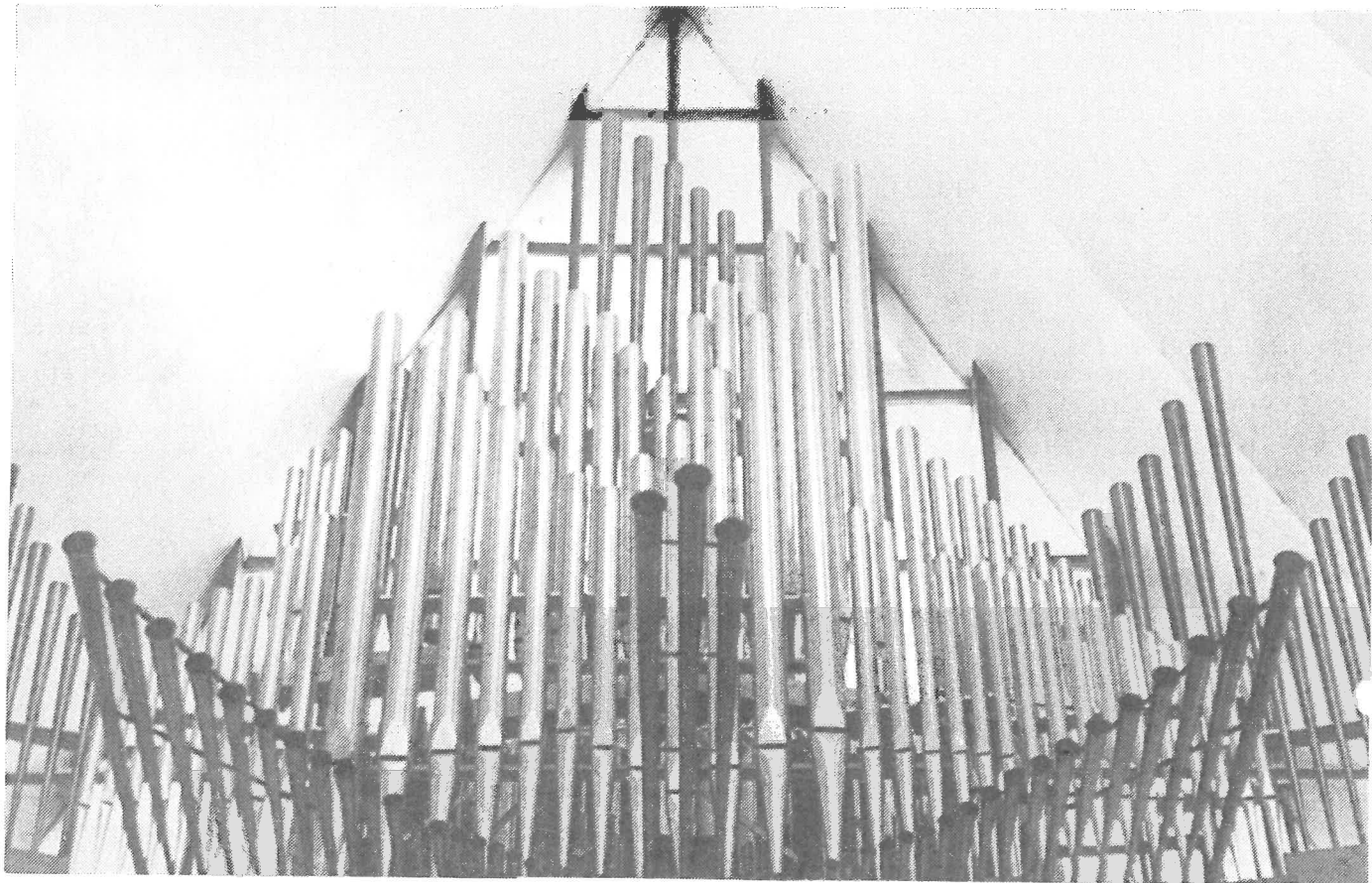
Illich synes å overse at vårt helsevesen ikke bare er opptatt med helseparametere som dødelighet og sykdomsepisoder, men at det også er en vesentlig del av funksjonsgjenreisning, trøst og lindring med i spillet. Hans konklusjon - at mindre helsetjeneste fører til bedre helse - er derfor ikke gyldig. Vicente Navarro finner at roten til de skjevhe-

ter som Illich riktig beskriver, ikke kan finnes i produksjonssamfunnet, men i det kapitalistiske produksjonssamfunnet. Vårt fordelingsmønster er årsaken til alle disse skjevheter. Forbruksmønsteret i seg selv er bare et symptom eller en nødvendig del av vårt økonomiske system. Navarro tror ikke at han vil kunne fjerne den umyndiggjørende, nedverdiggende etterspørsel etter helsetjenester ved å fjerne de kraftige byråkratier som helsesystemene utgjør. Han understreker at svært mange av våre samfunnsmedlemmer ikke er istand til å realisere seg selv innenfor sin arbeidsplass, og de må således bevege seg ut av produksjonsverdenen og inn i forbrukerverdenen for å kunne realisere seg selv gjennom det de kan kjøpe og bruke. Dette har ført til hva han kaller en forbruker-fetischisme.

Han kritiserer også Illich fordi denne ikke har innsett at helsevesenet og dets funksjoner bestemmes av makt-faktorer utenfor helsesektoren, ikke av helsearbeiderne. Illich åpner portene for en meget liberal og lite forpliktende politikk som gjør samfunnet lettere å styre for dem som er istand til å fastsette samfunnsnormene. Han vil derfor bli mottatt med åpne armer av dem som i dag har slik makt. Man vil få en kulturrevolusjon av samme art som Woodstock/Hippie-bevegelsen - helt irrelevant til de vesentlige problemer i samfunnet.

Forts.





Det er noe umiddelbart sunt og riktig ved Ivan Illich. Folk er enige med ham og søker etter motforestillinger. På møte med distriktslegene på Bygdø i 1975 kritiserte Mork hans noe profetiske og brillierende måte å være på, og utallige kommentatorer gjør det samme. Det brukes mot ham at han preker transit og bruk av egne føtter, men tilbakelegger flere kilometer med jet-fly enn selv en testflyger gjør. Jeg har hørt ham fortelle en medisinstudent at han jevnstillett studentens vilje til å fortsette medisinstudiene med viljen til å gå inn i SS-trening under 2.verdenskrig. Hans pekefinger kan bli meget lang, hans ansiktsuttrykk foraktelig overfor diskusjonsinnlegg som ligger under hans lavmål når det gjelder klarhet eller originalitet.

Og hvem er Ivan Illich?

Han har dominerende øyne. Han er mager, han har litt for store briller, og han har et lurt smil. Jakke og bukse passer ikke sammen. Det gir ham et litt hjelpe-løst preg som understreker at han ikke vil identifisere seg med samtidens godtatte normer. Hans forelesning var en brilliant intellektuell tirade med et veld av under-

byggende henvisninger knyttet sammen til raske, men ikke desto mindre klare konklusjoner. Han sies å beherske 11 språk. Jeg kunne bare kontrollere hans engelsk som var mer ordrik og nyansert enn det som er vanlig å høre av lærerkreftene ved Harvard School of Public Health. Han ble født i 1926 i Wien. Hans far kom fra Tyskland, hans mor var fra en spansk-jødisk familie. Han selv ble kastet ut av skolen i Østerrike i 30-årene p.g.a. sitt "forurensede" blod. Han flyttet til Italia, studerte ved Universitetet i Firenze, senere tok han eksamen i filosofi og teologi ved det gregorianske universitetet i Roma. I 1951 tok han en doktorgrad i historie ved Universitetet i Salzburg, og ble så prest i den romersk-katolske kirke. Istedenfor å gå inn i vatikanets diplomatiske korps, begynte han deretter som kommune-prest og samfunnsorganisasør i en puertorikansk befolkning i New York. Senere arbeidet han i Puertoriko, og flyttet i begynnelsen av 60-årene til Cuernavaca i Mexico. I Cuernavaca startet han senteret for interkulturell dokumentasjon som hovedsaklig påviste hvordan misjonærer og sosialarbeidere fra

Nord-Amerika gjennom sitt arbeid virket som nykolonialister i Syd-Amerika. Han ble kalt til Vatikanet i 1968 for å gjøre rede for seg, falt i unåde, men ble ikke direkte ekspulsert. Han har selv frasagt seg alle funksjoner som prest i den katolske kirke. Noen hevder at den katolske kirke nok en dag vil forstå Illich, og noen spår ham tilbake igjen, kanskje som kardinal. Han har imidlertid nærmest oppløst sitt senter for interkulturell dokumentasjon, gitt bort dets 140.000 binds bibliotek, og har bare sin språkskole igjen. Ivan Illich er full av motsetninger, og kan neppe fanges inn i sin multidimensjonalitet i en fattig artikkel. Hans bok Medical Nemesis bør leses av helsearbeidere, og for dem som har riktig god tid, bør også hans fotnoter kontrolleres. For meg er han først og fremst samlingspunktet for den tvil som er uttrykt om vårt helsevesen i alle disse fotnotene.



Bokanmeldelse



Helsestasjonen alltid i støpeskjeen

— Erfaringer fra en storkommune

Redigert av Birgit Bogen og Hilchen Sommerskildt Sundby

Universitetsforlaget 1970 — Pris kr. 58,50

Helsestasjonen gir rom for mange aktiviteter. Somatiske undersøkelser, mental barnehjelp, sosialt engasjement. Arbeidet må legges opp med tanke på at det både er omfattende og effektivt, og at personellet må trives og utnytte sin kompetanse.

Vi lever i en tid da helsestasjonene oppruster, og vi er på utkikk etter modeller for hvordan helsestasjonen skal drives.

"Helsestasjonen i støpeskjeen" var en rapport fra Oppegård kommune hvor man hadde lagt særlig vekt på samtale med foreldrene og mental barnehjelp. Modellen her ble karakterisert som luksuspregget, kanskje først og fremst fordi den benytter seg av personell som andre helse-

stasjoner utover landet neppe kan regne med å ha tilgjengelig.

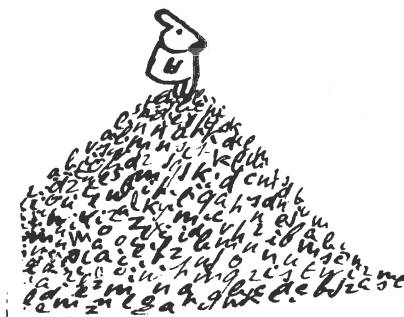
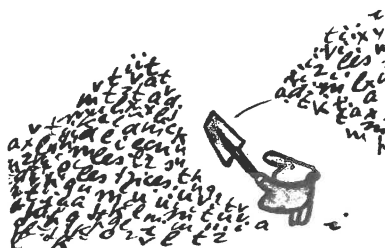
En del av den gruppen som er med på forsøksarbeid i Oppegård, har flyttet til Bærum kommune hvor de i tre år har forsøkt nye veier for helsestasjonens drift. Erfaringene er samlet i "Helsestasjonen alltid i støpeskjeen". Boken har vært anbefalt fra Sosialdepartementet i særskilt skriv til alle helsesråd og helsesøstre. Det er endog innledning til boken som er underskrevet "Sosialdepartementet" (!)

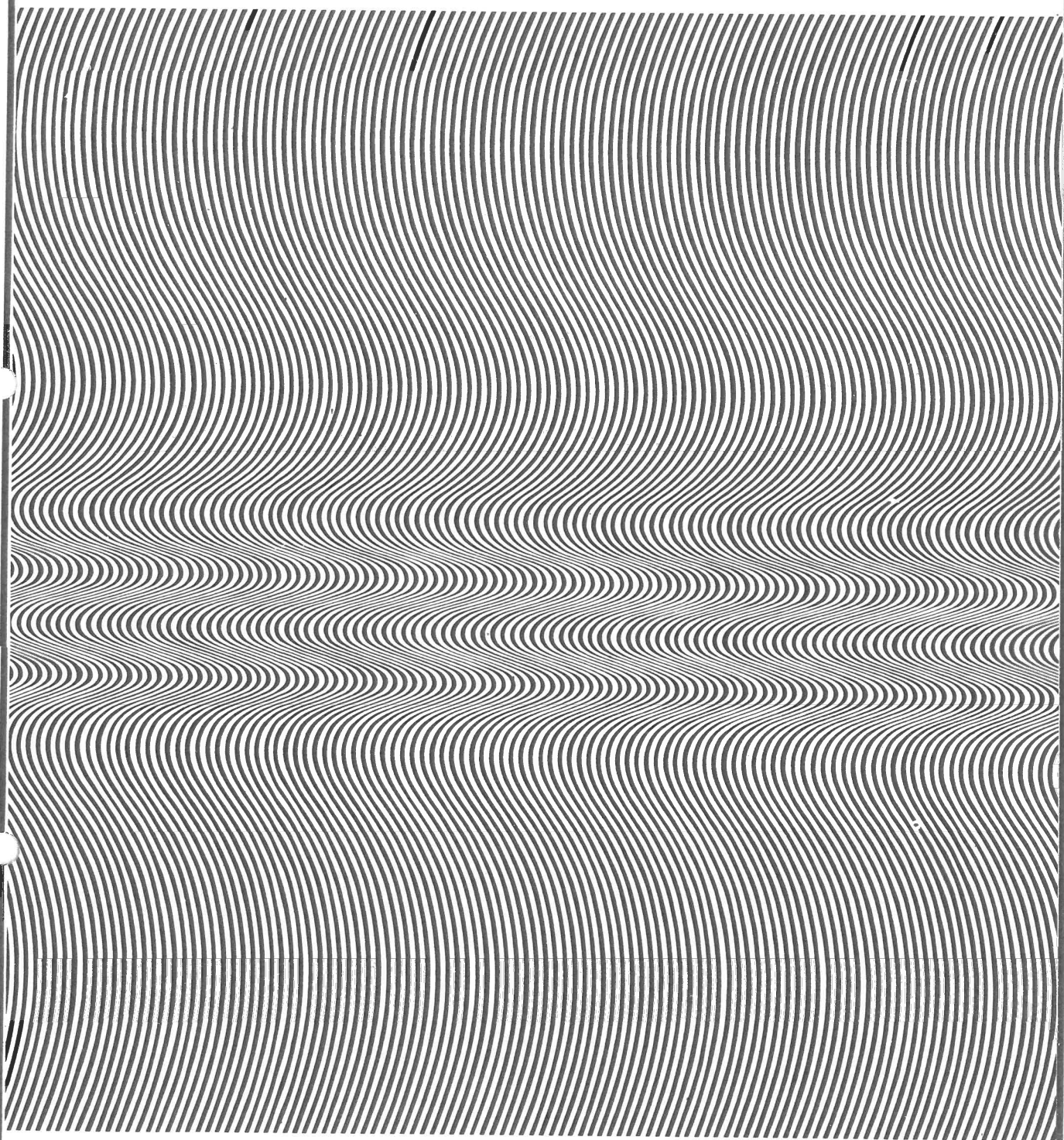
Forventningene mine var derfor høye da jeg åpnet boken, og jeg ble kraftig skuffet. Ikke bare er det vanskelig å skaffe seg en oversikt over hva boken handler om, dens budskap, den endog får oss

til å frykte at helsestasjonen alltid skal forbli i støpeskjeen og aldri få noen form.

Og ingen begrensning. Med behandlingslyst, rådgiverlyst og manglende beskjedenhet presenterer man oppgaver for helsestasjonen inn i hjem, skoler, sosialkontorer, helseråd, trafikkproblematikk og politiske utvalg. Den faglige medisinske del av helsestasjonsarbeidet drukner helt i vitnesbyrd om nabolagsarbeid, samarbeidsproblemer og forebyggende mentalt hygienisk arbeid.

Boken vil sterkt skuffe den som leter etter en rasjonell form for arbeid ved helsestasjonen. Det er meg uforklarlig hvordan Sosialdepartementet kan skrive forord, ja, endog skrive direkte brev til helsesøstre og helseråd utover landet med oppfordring om å kjøpe denne boken.





**Det er ikke altid det klareste billedet som
er det mest interessante.**

Når et sovemiddel er indisert...

Vallergan®
alimemazin

- har uttalt beroligende og søvndyssende virkning
- ingen rusvirkning eller eufori, selv i kombinasjon med alkohol
- abstinenssymptomer ikke rapportert
- rimelig i bruk

Kontraindikasjoner: Komatøse tilstander og alvorlige intoksikasjoner. Lverskader.

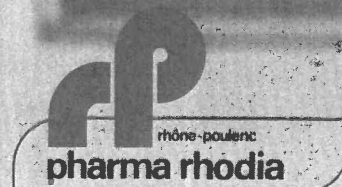
Bivirkninger: Døsighet, tørrhet i munnen, lett hodepine og dyspeptiske symptomer kan forekomme. Cholestatisk icterus, leucopeni, ekstrapyramidale symptomer og agranulocytose er beskrevet i enkeltstående tilfelle.

Forsiktighetsregler: Ved dosering om dagen kan preparatet forårsake døsighet. Forsiktighet må derfor ut-

vises ved forskrivning til sjåfører og folk som betjener maskiner.

Interaksjoner: Alimemazin potenserer virkning av barbiturater og alkohol, og kan gi interaksjoner med antihypertensiva betanidin/guanetidin/ganglionblokkerende midler, l-dopa og piperazin.

Pakninger og priser: 30 stk. kr. 11,00, 50 stk. kr. 16,60, 100 stk. kr. 28,65, 10x100 stk. kr. 261,55



Medisinsk informasjonskontor
Sandviksveien 12, boks 10, 1322 Hovik

DOSERING:

Ved søvnevansker
hos voksne

1-2 tabl. (10-20mg)

1/2-1 time før sengetid

