

# UTPOSTEN®

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



## Noen skritt videre

Det er gammelt nytt at den primære helsetjeneste er i støpeskjeen. Gledelig nytt i den senere tid er det imidlertid at så vel leger som også fysioterapeuter, sosionomer og helsesøstre engasjerer seg i utformingen av fremtidens primære helse/sosialtjeneste. Vi synes å kunne registrere et økende engasjement, og en økende vilje til å eksponere sine egne synspunkter blant de perifere helse- og sosialarbeidere, og dette tror vi borger for en bedre utforming av planene for fremtiden.

### AV INNHOLDET:

Samordning av den sosiale helsetjenesten, overlege Tor Ødegaard

Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste, statsfysikus Fredrik Melbye

Hilsen fra Finnmarkskysten, distriktslege Leif Tormod Hansen

Pasienten på sykehus, individ eller patologi, stud. med. Kirsti Malterud, Værøy

Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn

## UTPOSTEN

Redaksjon: Harald Siem  
Per Wium  
Tore Rud

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

Adresse: 6420 Aukra  
Tlf. Aukra 17  
Postgiro: 34 78 23

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år

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

## Herr redaktør

I januar/februar nr. d.å. Deres avis står det om en privatpraktiserende lege i Skien som har tjent 600 000 kr. på 1/2 år. Det står ikke noget om hvordan han har tjent dette. Det kan være at han driver et stort laboratorium for eksempel med en stab av teknikere, altså noget på siden av privatpraksis. Hvis han driver det som en vanlig praksis alene med en søster, så må vi ha mannens navn frem i lyset. Forutsetter vi at han kan klare 15 timer i et halvt år, søndag som hverdag, hvilket jeg betviler, så blir det igjen vel 250 kr. pr. time. Om det er det bare en ting å si. Slike folk må lukes ut, før de ødelegger det almindelige renome til leger som arbeider samvittighetsfullt.

Hilsen  
Lege Lars Ruud,  
Strømmen.



## Ad. SPRITKORTET

Herr redaktør!  
La meg innledningsvis presisere min entusiasme for Deres blad. "Utposten" har virket seriøst i sitt opplegg, eftersom man har tatt opp aktuelle problemer innen primærmedisinen på en uortodoks måte. Undertegnede - og andre med meg - har i løpet av de siste numre av bladet fått det inntrykk at man i redaksjonen ikke lenger makter å holde seg innenfor de opptrukne linjer for "Utpostens" målsetning, og at enkelte redaksjonelle innlegg følger antydningssvis får et mer "sensasjons-presse"-preg. I det siste nummer av bladet merker man seg således på e og samme side to innlegg, det ene et interessant intervju om helseøkonomi, det andre et snuskete (for å bruke Siems egne ord) moraliserende og i ovenfra-og-nedad-stil skrevet innlegg om en nokså uvesentlig og ikke minst et "Almindelig Blad for Primærleger" så fullstendig uvedkommende sak som legenes sprit til kon-torbruk. Et helt malplassert sidesprang. Antatt at innlegget står for kollega Siems personlige regning, underskrevet av ham som en av redaktørene, blir innlegget oppfattet som redaksjonelt og derved som representativt for "Utposten"s "policy". Hold dere til saken - fortsett slik som før - ikke bli et primærlegens "Dagbladet".

Kollegialiteter  
Tom Seeberg

# LESERBREV

Distriktslege T.O. Mørk,  
Hundorp:

BLINKENDE BLÅTT VARSELLYS,  
NOK EN GANG

Jeg må si meg helt enig i Lunds betraktninger i UTPOSTEN nr. 2/73, og det kunne være fristende å følge eksemplet å montere blålys, men det ville vel ikke gå mange dagene her på E-6 før en ville bli tatt av U.P.

For oss som arbeider langs de mest trafikkerte veier i landet, er problemet med å komme frem, til sine tider virkelig stort. Ved trafikk-tellinger de senere årene viser det seg her i Midt-Gudbrandsdalen at biltallet er oppe i 7000 enheter i døgnet. At det da forekommer noen trafikkuhell med utforkjøringer, kollisjoner og personskader sier seg sjøl. Jeg har sjøl i flere tilfeller vært i den håpløse situasjon å skulle rykke ut til slike alvorlige skader, uten å komme forbi endeløse køer av langtransporter, campingvogner og sightseeingturer.

Hva kan man så gjøre? Jo, man kan bruke sitt vanlige horn og bli tatt for "en travel herre" eller "råkjører" som de andre veifarende nok skal vite å temme. Man kan sette på det man har av hovedlys, tåkelys, grøftelys osv. og bli tatt for å være svensk turist (for de kjører jo alltid med fullt lys). De som har 4-veisblinker kan evt. sette på dem, og de som ikke har, må resignere å "avpasse farten etter forholdene" som er det enkleste og sikreste for meg, men neppe for ham som venter.

Hva kan vi som gruppe/etat gjøre? Jo, vi kan gjøre oss til en "pressgruppe" for denne saken, skape publicity for vårt syn, samt stadig banke på i Vegdirektoratet, og få H.D. til å være med på å banke på V.D.'s dør. Hvis vi allikevel ikke oppnår å få tillatelse til blålys, må vi komme frem til en eller annen form for markering av bilen, og mitt forslag er da å få reservert det røde roterende blinklys for legebiler i utrykning. Dette lys er ikke lenger i bruk, men var jo tidligere alminnelig på utrykningsvogner.

Med blinkende hilsen

E-5702

# TILBAKEBLIKK

Kjære kollega!

Jeg vil på anmodning fortelle deg litt om tidsskriftet "Den praktiserende læge".

La meg da med en gang slå fast at det var alm. praktiserende legers forening som startet tidsskriftet, ikke Oslo legeförening.

Vi startet i 1938 alm. praktiserende legers forening. 2 år senere utgav vi vårt tidsskrift "Den praktiserende læge".

Forholdene i Oslo var den gang riktig dårlige for legene, særlig da de yngste som skulle prøve å slå seg gjennom både økonomisk og faglig. Vi savnet også kontakt selv med vår nærmeste kollega. Vi kjente nesten ikke hverandre, selv legen som hadde kontor tvers over gaten kjente vi ikke av utseende en gang.

Oslo legeförening, hva med den? Den hadde kanskje møtet to ganger i året!

Her måtte en forandring til vi fikk samlet en liten gruppe kolleger pr. telefon, og det skulle vise seg at alle ønsket det samme - nemlig mere kontakt - satte i gang kurser og foredrag, og var sammen i mere festlige former også etter hvert.

Vårt tidsskrift fikk en veldig god mottagelse fra første dag. Men som du sikkert har hørt, ble det ikke mere enn ni nummer som kom ut, nazistene stoppet oss. Vi måtte "gå under jorden".

Nå studiegrupper fortsatte under hele krigen.

Jeg vil ikke nevne navn her i denne forbindelse, jeg er redd jeg skulle glemme noen, og det ville ikke være bra.

Likevel vil jeg nevne en mann som var en ildsjel når det gjaldt tidsskriftet, nemlig Jens Bjerneboe (ikke å forveksle med forfatteren Jens Bjerneboe). Vår kollega Bjerneboe overtok som du sikkert vet, også redaktørjobben i Den Norske Lægeförenings tidsskrift. Vi mistet dessverre ham altfor tidlig.

Vårt nåværende tidsskrift (altså Den Norske Legeförenings tidsskrift) er et ektefødt barn av "Den praktiserende læge".

Oslo, 13. mars 1973

Med vennlig hilsen  
Ragnar Akre-Aas

## Tidsskrift for Den Norske Lægeförening

Nr. 12 15. juni 1948

### Faglig

Redaktør: Jørgen H. Berner

Adresse: Drammensveien 44, Oslo

#### Ad -HELSEBOK FOR VOKSNE-

I dette tidsskrift nr. 9 den 1. mai 1948 kom det en redegjørelse fra Helsedirektøren om «Helsebok for voksne». Samtidig fulgte med tidsskriftet et utkast til helsebok, og Helsedirektøren utba seg uttalelser om utkastet fra flest mulig av landets læger.



#### LEDIG DISTRIKTLÆGESTILLING

Berlevåg distrikt, som omfatter Berlevåg herred i Finnmark fylke, er ledig. Årlig lønn for tiden kr. 6487,50 med 3 alders-tillegg à kr. 250 etter 2, 4 og 6 års tjeneste. Til dette kommer for tiden regulerings- og krisetillegg kr. 937,50. Distriktslægen oppbeholder dessuten inntil videre Finnmarkstillegg kr. 1200 årlig. Ellers viser en til de vanlige vilkårene som gjelder ved kunnegjøringen av slike stillinger, jfr. kunnegjøringen av Kråkstad lægedistrikt i «Tidsskriftet» nr. 3 for 1. februar 1948, side 63. Som bosted er fastsatt Berlevåg. Ordføreren opplyser at distriktslægen foreløpig får boligbrakke på 4 rom, hvorav 2 rom benyttes til kontor og venteværelse (for leie som fastsettes) og at ny, moderne lægebolig ventes ferdig ved utgangen av dette år, hvis materialer skaffes. Husleien er ennå ikke bestemt. Distriktslægen er pliktig til på forlangende av departementet å holde faste kontorlagsreiser i naboliktriktet mot herfor å få løvbekreftet skiss- og kostgødgjørelse og oppvarmet kontorlokale. — Søknad sendes gjennom fylkesmannen i det fylke der søkeren bor og bør være kommet til Helsedirektoratet, Lægekantoret, Fr. Nansens plass 2, Oslo, innen 6 uker fra 31. mai. Sendes søknaden inn like før fristen er ute, bør Helsedirektoratet dessuten underrettes telegrafisk. Søkes også annen stilling må særskilt søknad (og bekrefte attest) sendes for hver stilling.

#### ASSISTENTLÆGESTILLING

Assistentlægestilling er ledig ved røntgenavdelingen, Ake sykehus. Lønn kr. 8000, hvortil kommer dyrtids- og reguleringsstillegg, f. t. kr. 2455 pr. år. Ansettelsestid 1 år med utgang til kontinuasjon, hvis det anbefales av direktøren. Den som ansettes er forpliktet til å rette seg etter den til enhver tid gjeldende instruks og må videre mot godtgjørelse forplikte seg til å undervise i elevskolen. Søknad med bekrefte attest-skrifter sendes under mrk. «295» til Oslo arbeidskontors merkantile avdeling, Akersgt. 55, innen 6. juli 1948.

#### Atomisører og pulverblesere leveres fra lager

#### DISTRIKTLÆGESØKERE

Til Vestnes (utl. 6 uker fra 5. mai): Johan Hagen, Rolf Næss og O. Lølandsmo. — Til Manger (utl. 6 uker fra 20. mai): Hittil ingen. — Til Trilvå (utl. 6 uker fra 24. mai): Hittil ingen. — Til Berlevåg (utl. 6 uker fra 31. mai): Hittil ingen. — Til Naustdal (utl. 6 uker fra 7. juni): Hittil ingen.

#### ÆRESBEVISNINGER

H. M. Kongen har utnevnt distriktslæge Bjarne Skogsholm, Vadso, til ridder av St. Olavs Orden.

#### AVSKJED

Distriktslæge Lorentz M. Ball er i statsråd 4. juni i år etter søknad meddelt avskjed fra Brandval distriktslægestilling fra 18. september i år.

#### TILSETTINGER

Otto Wille er tilsatt som reservelæge ved Diakonissehusets sykehus, kir. avd. 4 søkere.

Arne Borg er tilsatt som kandidat ved Diakonissehusets

## HOSPITALSLÆGER OG ALMINNELIG PRAKSIS

Overlæge E. Schjødt, Aalborg Amtssygehus, drøfter i Ugeskrift for Læger<sup>3</sup> nødvendigheten av at hospitalslæger har kjennskap til alminnelig praksis.

Hans betraktninger fremkommer som resultat av en rekke erfaringer han har gjort gjennom snart 25 år som hospitalslæge. De er aksentuert, dels ved emnets uomtvistelige aktualitet og kanskje især ved resultatene av en meget befruktende utveksling av norske og danske hospitalslæger. I fjor og i år ble det i to måneder utvekslet en fast kandidat med en assistentlæge fra Drammen kommunale sykehus. De norske læger har, skriver han, før deres hospitalsutdannelse kunne begynne, tilbrakt en rekke år som praktiserende læger, og det er hans inntrykk at disse år har gitt dem et menneskelig og klinisk grunnlag, som de neppe kunne ha ervervet på annen måte. Iallfall har de i løpet av ganske kort tid tilegnet seg en viten, som svarer til hva slike jevnaldrende besitter, som har tilbrakt hele deres tid i hospital.

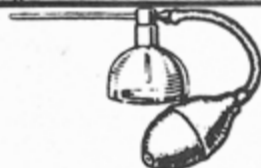
At kjennskap til alminnelig praksis for en hospitalslæge er gagnlig, er like så innlysende som det er sjeldent å møte det. Glorverdige unntakelser som Hagedorn, Wernøe, Dalsgaard-Nielsen og i Norge bl. a. O'Brien, tjener til ytterligere å understreke det, og disse lægers eksempel viser at en årrekke i praksis ikke behøver å sinke en karriere innenfor hospitalsvesenet.

En tvungen utdannelse i alminnelig praksis for alle hospitalslæger kunne meget vel gjennomføres; hva betydningen herav angår skal fremheves enkelte punkter:

For det første for *legekunstens fremtid*. Jo mer spesialiseringen innsnevres, dess mer nødvendig blir det brede grunnlag, og dette erverves best i praksis.

Derneft for de *praktiserende læger*. Disse inntar og vil forhåpentlig i fremtiden enda mer innta en sentral stilling i sykdomsbekjempelsen. Når alle skal i praksis, vil forhåpentlig undervisningen (iallfall når man kommer så vidt, at selv professoren har prøvd å praktisere) bli lagt an på også å gjelde alminnelig praksis, så at denne gren av lægegjerningen vil få sitt utdannelsesmessige og teoretiske grunnlag i orden. Og når alle har prøvd det, vil gjerningen som praktiserende læge få større anseelse og vinne større forståelse. Utvilsomt vil det ha stor betydning for den alminnelige standard, når alle må ut, og når faget hvert år får tilgang av unge krefter. Men det burde være enda større muligheter enn det er i øyeblikket, for at en læge fra praksis kan komme inn på hospitalene.

Og endelig vil det ha den største betydning for *hospitalene og for spesialistene* at det tilføres dem en kontingent av læger, som har gjort sin erfaring og oppnådd menneskelig modenhet i virksomhet av annen art.



nr. 1070 P  
For pulver

Dag Riis og Aril Sonning er tilsatt som skolelæger ved Oslo Skolelægevesen. Tiltredelse antagelig fra det nye skoleårs begynnelse. Dessuten søkte: Dag O. Fodstad og Alf Sewerijn.

Lars Gram er tilsatt som læge ved Lokkeberg barneheim med tiltredelse 1. mai 1948. Henrik Hagelsteen søkte også stillingen.

Odd Grendahl er tilsatt som skiplæge ved Flk. «Anglo-Norse». Tiltredelse 31. mai 1948.

Gunnar Moe er tilsatt som assistentlæge ved Vardåsen sanatorium. Tiltredelse 18. mai d.å. Stillingen søktes også av: M. Florvaag, L. Riddervold og Pincus Caplan. Helsedirektøren innstilte: 1. M. Florvaag og G. Moe. 3. L. Riddervold.

Hakon Løvseth er tilsatt som 2. assistentlæge ved St. Josephs Hospital, Porsgrunn.

H. Usterud Aasgård er tilsatt som kandidat ved røntgenavdelingen Porsgrunn Lutherske sykehus og St. Josephs Hospital, Porsgrunn.

Steinar Mandt er tilsatt som kandidat ved Vardåsen sanatorium. Tiltredelse 30. april d.å.

Johannes Stordahl er tilsatt som årskandidat ved Det Norske Radiumhospital. Tiltredelse 1. juni d.å.

# Samordning av sosial- og helsetjenesten. Samarbeidsproblemer. Arbeidsoppgaver

Innlegg ved møte i Sør-Trøndelag fylkeslag for sosiale spørsmål på Røros 14.-16. januar 1973.

Overlege Tor Ødegaard.

Jeg har lyst til å peke på et par ting som jeg oppfater som en felles bakgrunn, et felles utgangspunkt for alle de overveielser og forslag som er formulert i overnevnte sammenheng. Jeg vil videre forsøke å komme inn på noen momenter som ikke er særlig nøyte omtalt i de innstillinger og utredninger som foreligger, men som etter mitt skjønn er helt vesentlige for et vellykket resultat i forsøk på samordning av helse- og sosialsektorens virksomhet.

Bakgrunnen for de forskjellige komiteers arbeid har vært skissert i mange sammenhenger, og er vel velkjent. La oss bare igjen raskt minne hverandre om:

1. Samfunnsutviklingen, generelt, som i vår tid og i vår del av verden foregår i større tempo enn noen gang tidligere. Dette tempo er en viktig faktor i seg selv. Jeg kan ikke gå nøyere inn på den utvikling som er skjedd de siste 40-50 år, men kan bare nevne karakteristiske stikkord som har vært særlig sentrale etter siste verdenskrig:

- Industrialisering, teknifisering, tilbakegang i primærnæringer som fiske og jordbruk. - Velstandsøkning, økende forbruk av produkter og ressurser, forsopling.
- Urbanisering, folkeflytting, avfolkning. - Stramme arbeidsmarkeder, pressområder. - Effektivisering, rasjonalisering, produktivitet.
- Sentralisering. - Avhumanisering. - Fremmedgjøring.

Listen kunne gjøres mye lengre. Og denne nære utvikling på godt og ondt skjer i en internasjonal atmosfære av

krig, mellomfolkelig mistenksomhet og spenning, økende kløft mellom fattige og rike land, og eksplosjoner både av befolkninger og atombomber.

## 2. Endring av sykdomsbildet i befolkningen.

Forandringene i sykdomspanoramaet har vært betydelige, og kan beskrives på mange måter.

Folk dør ikke lenger så ofte av smittsomme sykdommer - difteri, skarlagensfeber, tuberkulose - men hyppigere av kreft, hjerte/karssykdommer og ulykker. Nye medikamenter og behandlingsmetoder redder mange menneskers liv, nye muligheter åpnes for behandling av sinnslidende og andre med langvarige alvorlige sykdommer - men samtidig bringer den samme behandling flere mennesker med varige defekter og hjelpebehov inn i samfunnet. Vesentlig i vår sammenheng er at vi er blitt mer og mer oppmerksom på sykdommens multifaktorelle etiologi: det er sjelden eller aldri bare en enkeltstående årsak til at mennesker blir syke, men alltid et nettverk av årsaker.

Mange av våre viktigste og mest utbredte sykdommer karakteriseres ofte ved at pasientenes hele livsmønster, deres holdninger er vesentlige årsaksfaktorer (jfr. tobakksrøyking-lungekreft, spisvaner-hjertesykdom, stressulykker). Erkjennelsen av disse forhold må nødvendigvis få konsekvenser for så vel forebyggende arbeid som behandling.

En annen viktig erkjennelse er at i svært mange sykdomstilstander inngår elementer av såvel fysisk/somatisk art som av psykisk og sosial karakter. Svært ofte føler vi derfor sykdomsnavnet, diagnosen, som utilstrekkelig både som beskrivelse av tilstanden og som grunnlag for terapi. I økende grad erkjenner vi sykdomstilstander av

sammensatt natur, oftest med sterke psykiske og sosiale komponenter, som kan være invalidiserende uten at de kan rubriseres i noen diagnoseliste. Ofte kan det være tilfeldigheter som bestemmer om pasient/klienten først kommer i kontakt med helse-tjenesten eller med det sosiale hjelpeapparat.

3. Innen medisinen har vi opplevd en enorm økning i kunnskapsmengden som har medført en stadig mer fint forgrenet spesialisering. Den tradisjonelle medisin er samtidig blitt mer og mer teknisk preget - innviklet og kostbart apparatur er nødvendig både for diagnose og behandling, særlig innen sykehusmedisinen. Denne "biologiske teknologi" (Sundby) innenfor stadig sterkere innnevredde spesialiteter av medisinen, har en lang rekke konsekvenser av vesentlig betydning for helsetjenesten. I vår sammenheng bør vi være oppmerksom på bl.a.:

Vi står overfor det forhold at våre metoder for diagnose og adekvat behandling er så kostbare at samfunnet ikke har råd til å gi det som tilbud til alle som måtte ha behov for det. Men også: I svært mange tilfelle er den tekniske, spesialiserte medisinen åpenbart utilstrekkelig når det gjelder å dekke mer kompliserte sammensatte hjelpebehov.

4. Vi er etter hvert begynt å bli oppmerksom på at det innenfor helsetjenesten er nødvendig å finne fram til et mer balansert forhold mellom helsetjenesten utenfor institusjonene og den service som institusjonene (sykehusene) kan gi.

Bl.a. som en følge av det vi nettopp har snakket om, har utviklingen i vårt land, som i mange andre, ført til en urimelig forfordeling mellom disse to deler av helsetjenesten. Dette har igjen bl.

Forts. neste side

a.medført forskjeller i status og prestisje og en mangdel på samarbeid på tvers av sykehusmurene som kan ha hatt alvorlige konsekvenser for pasientene.

Det urimelige i fordelingen erkjennes nå ofte ut fra økonomiske betraktninger - men kan kanskje erkjennes like klart og på mer prinsipielt grunnlag dersom vi ser det ut fra hjelpebehovene hos pasientene, og ut fra det forhold at for svært mange langvarige sykdomstilstander vil institusjonsopp- holdet bare måtte være en episode i sykdomshistorien.

På den bakgrunn som jeg kort har forsøkt å skissere, har den moderne sosialmedisin vokst fram.

I vår sammenheng kan sosial- medisin defineres som prak- tisk anvendelse av sosial og medisinsk kunnskap til beste for pasienten/klienten i hans miljø.

Jen oppfatning av sosial - medisinen forsøker å bygge på et helhetssyn på mennesket, og på den kontinuerlige vekselvirkning som finner sted mellom menneske og miljø. Miljø forstås i vid forstand som våre omgivelser. En vesentlig del av miljøet er alltid de mellommenneskelige relasjoner. Denne oppfatning vil måtte ha konsekvenser for såvel profylakse som for diagnose og terapi.

Sosialmedisinen får på denne måten såvel en prinsipiell, ideologisk dimensjon, som vil måtte være opptatt av menneskelige verdier og so- siale normer - som en prak- tisk, vitenskapelig basert dimensjon som et grenseområde mellom den tradisjonelle medisin og en rekke samfunns- vitenskaper.

Praktisk-klinisk om en vil- befinner den seg på midten av en skala hvor vi som yt- terpunkter finner tradisjo- nell medisinsk diagnostikk og terapi i den ene enden og sosiale problemer, sosiale nødtilstander og hjelpetil- tak i den andre; sosialmedi- sinen vil inneholde elemen- ter fra begge ender av denne skala.

Sosialmedisinen er ut fra sin natur nødt til å basere seg på samarbeid. Samarbeidet vil i prinsippet alltid måtte være tverrfaglig, multi- profesjonelt. Dette må opp- fattes slik at samarbeidet både må foregå mellom mange ulike yrkesgrupper og det må være profesjonelt. Såvel i sosialt arbeid som innen so- sialmedisinen er det enda

bedre muligheter for kvakk - salveri enn innen tradisjo- nell medisin. Erkjennelsen av at samarbeid er nødvendig er kanskje aller viktigst for oss som har medisinsk bakgrunn. Vi er nødt til å avfinne oss med at legene ikke lenger har monopol på helsearbeid.

Et slikt samarbeid vil være aller vesentligst i den primære helse- og sosialtjeneste, på lokalplanet, i de enkelte kommuner, fordi:

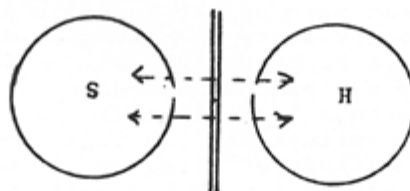
- Det er her det meste av det praktiske arbeid med pasienten/klienten må foregå. Det er bare på det lokale plan og innen den primære helse- og sosialtjeneste at den optimale innsikt i pasientens situasjon og miljø kan oppnås - det er her de nødvendige behandlingstiltak kan effektueres med sikte på såvel pasienten som på miljøet og vekselvirkningen mellom dem.

- Det som ofte kalles oppsø- kende virksomhet må foregå på dette nivå.

- Fordi den primære sosial- og helsetjeneste vil måtte være det viktigste apparat for formidling av informa- sjon; enten dette skjer i form av generell helseopp- lysning/opplæring eller i form av informasjon om hjelpe- tilbud eller hjelpemulig- heter, som f.eks. trygdeord- ninger.

St.meld. nr. 85 og Sosialre- formkomiteens Innstilling II antyder forskjellige former for samarbeid mellom helse- og sosialtjenestens lokal- apparater, og mellom disse og andre etater. Både i disse dokumenter og i den på- følgende diskusjon har det vært brukt begreper som sam- arbeid, integrasjon, fusjon. Begrepene har vært brukt noe om hverandre uten klar defi- nisjon eller avgrensning.

Situasjonen i dag mange steder kan kanskje illustreres slik: Avgrensede sektorer, med tilfeldig kontakt over bastante murer.

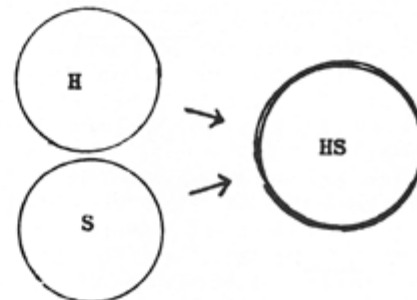


En kan tenke seg murene brutt ned og at kontakten skjer friere, mer systema- tisk og regelmessig selv om en beholder sektorene av- grenset. Dette er det natur- lig å betegne som samarbeid.

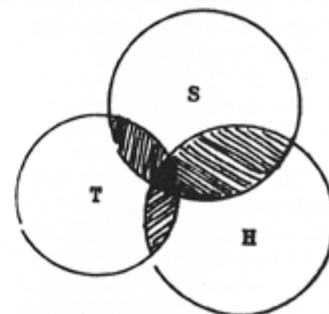


Begrepene fusjon og integra- sjon har vært brukt om hver- andre. I Sosialdepartementets prosjektutvalg, som skal for- søke, legge opp en forsøks- ordning når det gjelder hel- se- og sosialsentra m.v., er vi foreløpig blitt enige om å bruke begrepene slik:

Fusjon betyr en fullstendig sammensmeltning av to en- heter eller seksjoner, slik:



Integrasjon er en mellomting mellom samarbeid og fusjon, som kan illustreres på denne måten:

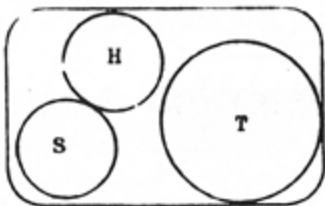


Ut fra denne definisjon vil det være forskjellige grader av integrasjon - og en full integrasjon vil måtte bety det samme som fusjon. Denne skissen illustrerer forøvrig noe mer. En vil se at over- lappings-områdene kan gjøres større eller mindre, et for- hold som antyder at det er mulig å tenke seg en utvik- ling, forsåvidt i begge ret- ninger.

Vi ser også umiddelbart at det kan foreligge kombina- sjonsmuligheter, eksempelvis delvis integrasjon mellom to sektorer og samarbeid mellom

Forts. neste side

disse to og en tredje sektor. Vi får også en umiddelbar fornemmelse av at et forsøk på å løse disse problemer bare ved å plassere to eller flere sektorer (etater) i samme bygning, ikke vil ha noe særlig for seg:



Man har diskutert nokså inn-  
gående samarbeids/fusjons/  
integrasjonsformers admini-  
strasjonsmessige og organi-  
sasjonsmessige konsekvenser,  
i noen grad berøres også de  
juridiske, personellmessige  
og økonomiske forutsetninger.  
Det er imidlertid litt for-  
bausende at den aller vik-  
tigste dimensjon praktisk  
talt ikke nevnes: Samarbei-  
det på klient-/pasientnivå,  
forholdet mellom menneskebe-  
handlerne, mellom de perso-  
ner som forutsettes å ha den  
direkte, løpende kontakt med  
den enkelte pasient/klient  
og hans miljø.

Kontakt og samarbeidsforhold  
på dette plan er like vesent-  
lig som kontakt og samarbeid  
mellom saksbehandlere og sek-  
sjonssjefer, administratorer.  
La oss derfor se litt på det  
fra denne synsvinkel:  
For det første - hvem bør  
samarbeide på dette plan? Det  
naturlige svar på dette vil  
være: Så mange personer og  
med slike faglige kvalifika-  
sjoner som i hvert enkelt  
tilfelle er nødvendig for å  
klarlegge pasientens/klien-  
tens totalsituasjon og ut  
fra dette gi et optimalt  
tilbud.

Her vil det imidlertid også  
måtte være spørsmål om til-  
gang på ressurser - det er  
åpenbart forskjell mellom  
denne tilgang i Oslo-området  
og på Helgelandskysten. Og  
det er neppe særlig realis-  
tisk å tenke seg å skulle nå  
opp på Oslo-nivå som standard  
for alle deler av befolkning-  
gen.

Modell-messig har det imid-  
lertid betydning å prøve å  
finne den håndfull fagperso-  
nell som kan aksepteres som  
et nødvendig minimum, og som  
det samtidig er noenlunde  
realistisk å satse på at alle  
i befolkningen kan ha ad-  
gang til. Det er for meg na-  
turlig at denne grunnenhet  
på klient/pasientnivå bør  
bestå av trioen helsesøster-  
sosionom-lege.

Dette betyr naturligvis ikke  
noen neglisjering av andre  
fagfolks vesentlige betyd-  
ning, det være seg fysiote-  
rapeuter eller pedagoger, att-  
føringsfolk eller psykologer,  
eller andre. Disse må selv -  
sagt komme med i den utstrek-  
ning det er mulig og nødven-  
dig. Jeg ser imidlertid den  
nevnte trio som et nødvendig  
minimum og et realistisk  
maksimum under våre forhold.  
Hvor mange slike enheter -  
team om en vil - som trenges  
innen hver kommune, og hvor-  
dan disse enheter skal sam-  
les eller spres, avhenger så  
av kommunens art, befolkning  
geografi, kommunikasjoner  
etc.

Noen vil kanskje bemerke at  
grunnenheten, trioen, burde  
vært en kvartett i alle fall.  
Trygde-etatens deltagelse i  
denne sammenheng er et kontro-  
versielt spørsmål, til tross  
for at etaten representerer  
store økonomiske og perso-  
nellmessige ressurser.  
Noen synspunkter domineres  
kanskje av det ønske som av  
og til har vært merkbart in-  
nen denne etat: Å ville ut-  
vikle seg mest mulig til å  
bli "self-sufficient" og ik-  
ke være avhengig av andre. Et  
slikt ønske har forøvrig og-  
så gjort seg gjeldende innen  
andre etater. Etatsutbygging  
ut fra ønsker om self-suffi-  
ciency er det vanskelig å  
støtte opp om; dertil vil  
den være for personellkre-  
vende, innebære for stor fare  
for dobbeltarbeid og for-  
sterke skrankene i stedet  
for å svekke dem.

For min egen del er jeg til-  
bøyelig til å mene at tryg-  
desektoren på klient/pasient  
behandlingsplan ikke er sam-  
menlignbar, kommensurabel  
med helse- og sosialsektoren  
og at trioen derfor ikke bør  
utvides til kvartett.  
På saksbehandlerplan stiller  
saken seg annerledes.  
Forsåvidt kan kanskje en  
kombinert integrasjons-(hel-  
se- og sosialsektoren) og  
samarbeids-(trygdesektoren)  
modell være en tenkbar mu-  
lighet. Hvordan kan så et  
samarbeid eller en integra-  
sjonsutvikling komme i  
stand? Hva er betingelsene  
for samarbeid?

Det kan være nyttig når en  
overveier dette spørsmål å  
prøve å bruke noe av de  
samme synspunkter som er  
avgjørende i en klient/be-  
handlersituasjon - en indi-  
vidualsituasjon eller en  
gruppesituasjon. Menneskeli-

ge holdninger er i alle sam-  
arbeidssituasjoner sentrale  
og avgjørende, og vår egen  
holdning til en pasient/kli-  
ent og til en medarbeider er  
kanskje to sider av samme  
sak.

Følgende momenter er av be-  
tydning:

1. Felles problemer.

De fleste av oss har kunn-  
skap om at helse- og sosial-  
sektoren har felles proble-  
mer, mange statistikker for-  
teller oss det - med noe va-  
riierende %-tall. Dette er  
vel og bra, og godt å ha som  
utgangspunkt.

For et tverrfaglig samarbeid  
på klient/pasientbehandlings-  
nivå er det imidlertid nød-  
vendig med en opplevelse av  
at problemene er felles. Bare  
dette gir grunnlag for en  
utvikling og for en utvidel-  
se av samarbeidsflaten.

2. Felles målsetting.

Målsettingsdiskusjonen har  
vært sparsom og lite utvik-  
let i vårt land for helse-  
og sosialsektorens vedkom-  
mende, og det er neppe sik-  
kert at vi alltid uten vide-  
re kan gå ut fra at målset-  
tingen er felles.

I en individuell samarbeids-  
situasjon kan dette spørsmål  
være enda mer uklart, forså-  
vidt som høyst personlige,  
dunkle og ubevisste momenter  
så ofte kommer inn og for-  
kludrer smukke prinsipper.

3. Akseptering.

Manglende akseptering er  
sannsynligvis den viktigste  
hindring for samarbeid - det  
gjelder for så vidt såvel  
det å godta en yrkesgruppe,  
en profesjon som ikke er ens  
egen, som det å godta en in-  
dividuell medarbeider. Men  
akseptering har nøye  
sammenheng med andre vesent-  
lige forutsetninger for sam-  
arbeid, som trygghet og fag-  
lig identitet.

Kunnskap om andres fagområde  
er nødvendig, men ikke til-  
strekkelig forsåvidt som ak-  
septeringsevne ofte er av-  
hengig av personlige, emo-  
sjonelle faktorer.

4. Åpne, frie kommunikasjo-  
ner er nødvendige. Denne for-  
utsetning følger ofte av det  
som nettopp er sagt om aksep-  
tering og trygghet, men  
trenger likevel, bli fulgt  
opp av bevisst årvåkenhet  
dersom misforståelser og mis-  
tenksomhet skal kunne fore-  
bygges. Og m.h.t. telefon -  
kommunikasjoner skal vi hus-  
ke at kommunikasjonen slett  
ikke bare er verbal.

5. Evne til å se.  
Det er en nødvendig forutsetning at vi hos den enkelte klient/pasient er i stand til å se eller ane forhold, symptomer eller problemer som i større grad angår andre yrkesgrupper enn vår egen, - og som andre kan bidra mer til å hjelpe enn vi selv. Forutsetningen strekker seg lenger enn til sosionomens evne til å se verkefing, eller legens evne til å oppdage en fillete frakk. Dette fordrer også kunnskap om hva andre profesjoner står for, og innsikt i egne begrensninger.

#### 6. Praktiske samarbeidsmuligheter.

Det er nødvendig at geografiske hindringer ikke er for store; det kan være ønskelig å ha kontorlokaler under samme tak. Det kan også være ønskelig å ha fast møtetid, uten at samarbeidet behøver å begrenses til denne. Endelig bør det vel også nevnes som en forutsetning for samarbeid:

#### 7. Enighet om virkemidlene.

Det vil gå fram av dette at samarbeid er et spørsmål om trening; det dreier seg om en prosess, om en utvikling av holdninger, erfaringer og kunnskaper som vil måtte strekke seg over tid. Det er ikke tilstrekkelig å bygge et hus med mange kon-torer og møterom, og så tro at nå er den hellige gral vel bevart. Det er heller ikke tilstrekkelig å sikre en hensiktsmessig organisasjons- eller administrasjonsform, eller instituere et strukturer samarbeid mellom seksjonsledere.

Det er kanskje ikke engang tilstrekkelig at de forutsetninger som jeg nettopp har nevnt, er til stede. Samarbeidet kommer bare ikke i gang. Og skulle det tilfelldigvis eller sporadisk finne sted, er det såpass mange skjær i sjøen at en grunnstøting lett kan hende. Det trenges ofte hjelp utenfra, dels til å initiere et samarbeid, dels til å korrigere en uheldig utvikling. Som dere vil kjenne til, er det ved alle fylkeslegekontorer i landet i løpet av de siste årene utbygget et sosialmedisinsk team, som består nettopp av de samme yrkesgrupper som jeg har antydnet som grunnenhet på det lokale, kommunale plan, dvs. av helsesøster, sosionom og lege. Dette team fungerer av

forskjellige grunner ennå ikke like godt i alle fylker; arbeidsmengden er stor og bemanningen sparsom.

En av hovedoppgavene til det sosialmedisinske team bør imidlertid nettopp være å yte service til den lokale helse- og sosialtjeneste, og representere såvel et initiativ som et korrektiv til det lokale samarbeid.

Etter mitt skjønn kan dette best gjøres i praksis ved at et eller flere medlemmer av det regionale team i konkrete enkeltsaker fungerer som "teamkjerne" på det lokale plan. Sogar kan det komme på tale å etablere faste kontor-dager enkelte steder, dersom samarbeidsoppgavene er vanskelige. Denne ordningen har i løpet av de siste par år vært forsøkt mer systematisk i et par fylker (Hedmark, Nordland), til dels med hell, men selvsagt ikke helt uten problemer.

På litt lengre sikt vil det nødvendigvis måtte bli spørsmål om å finne fram til former for felles grunnutdannelse av helse- og sosialpersonell, slik Bjørnson-komiteen har foreslått - det er ikke dermed sagt at komiteens forslag representerer de eneste eller de beste løsningene. Bl.a. vil nok spørsmålet om å innpasse en viss fellesutdannelse også i det medisinske studium måtte overveies nøyere.

På kort sikt, dvs. straks, bør en derimot kunne følge prinsippet om tverrfaglige opplegg i størst mulig utstrekning når det gjelder etter- og videreutdannelse av personell i helse- og sosialsektoren, spesielt for det personell som arbeider i den primære helse- og sosialtjeneste.

Hva så angår arbeidsoppgavene for en integrert respektive samarbeidende helse- og sosialtjeneste, så må disse først og fremst bestemmes ut fra hjelpebehovene i den befolkning som skal ytes service. Arbeidsoppgavene vil forsåvidt måtte variere noe fra den ene del av landet til den andre, de vil også måtte skifte alt etter i hvilken grad hjelpebehov blir avdekket og hvilke muligheter - ressursmessige og andre - som måtte finnes til å dekke behovene.

I prinsippet vil det være ønskelig å kunne gå over fra en passiv, avventende, defensiv helse- og sosialtjeneste hvis service er avhengig av et tilsynelatende tilfeldig utvalg av mer eller mindre hjelpetrengende pasienter/klienter som melder seg - og til en mer aktiv, oppsøkende, offensiv form for service hvor vi mer systematisk kan overveie hvor resultatet vil bli best i forhold til de ressurser som settes inn. Her ligger det imidlertid mange vanskeligheter og hindringer såvel av politisk som tradisjonsmessig, kulturell art - uten at det i denne sammenheng er mulig å gå mer inn på dette i detalj. Problemerkene er, for de som måtte være interessert i det, nærmere behandlet i flere sammenhenger, bl.a. av tidligere helsedirektør Karl Evang (Ciba Foundation Symposium on Health of Mankind, 1967). Både St.meld. nr. 85 og Sosialreformkomiteens Innstilling II har listet opp de arbeidsoppgaver som en har antatt bør høre til et helse- og sosialsent. Begge dokumenter tar imidlertid sitt utgangspunkt i bestående hjelpeordninger uten å drøfte særlig inngående den dynamiske utvikling som bør forventes å finne sted. På mange måter er vår helse- og sosialtjeneste tilpasset de hjelpebehov som vår dominerende et par generasjoner tilbake. Dette gjelder ikke minst utdannelsen av enkelte personellgrupper. Og det er av mange grunner en betydelig treghet til stede ved forsøk på omforming av et så komplisert apparat som helse- og sosialtjenesten er. En ensidig oppmerksomhet mot eksisterende hjelpeordninger kan nettopp hindre en ønskelig utvikling derved at denne form for programmering låser fast systemene for enda en periode.

Det er under alle omstendigheter vanskelig å tenke seg en fremtidig helse- og sosialtjeneste som ikke vil måtte legge vesentlig større vekt på i det minste to store arbeidsoppgaver enn de nåværende service-ordninger er i stand til:

1. Det forebyggende helse- og sosialarbeid og den helsefremmende virksomhet. Jeg tenker såvel i helseopplysning, tiltak med sikte på holdningsendringer i befolkningen, som i retning av

primærforebyggende som sekundærforebyggende tiltak. Selve utviklingen av sykdomspanoramaet og de enormt økende behandlingskrav - som alle - rede langt er oversteget de mulige ressurser - tvinger oss til dette.

2. Innarbeidelse av sosialmedisinsk holdning og tankegang i såvel behandlingsapparat som klientell.

Nødvendigheten av dette ligger også i de sykdomstilstander i befolkningen som vi i stadig sterkere grad stilles overfor. Uten å venne oss til å oppfatte våre

pasienter/klienter som mennesker i et miljø, uten å oppfatte den kontinuerlige vekselvirkning som skjer mellom menneske og miljø, uten å oppfatte at mellommenneskelige relasjoner er en vesentlig del av miljøet, og uten å rette våre forebyggende tiltak såvel mot pasienten/klienten som mot miljøet - uten denne holdning vil vi komme til kort. Sosialmedisin og samarbeid er mer enn noe annet et spørsmål om holdninger, om "attitude of mind".

Skulle vi endelig dertil driste oss til å se selve samfunnet og samfunnsutviklingen som en arbeidsoppgave, og ikke bare en sideoppgave, men en påtvingende, livsnødvendig hovedoppgave - først da kan vi ha følelsen av å nærme oss i all beskjedenhet til den visjon, den utopiske målsetting som er formulert i WHO's helsedefinisjon: "Helse er ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære".

Overlege Tor Ødegaard



## Utvalget skal utrede de spørsmål av administrativ, økonomisk, politisk og etisk karakter som knytter seg til forsøksvirksomhet innen Sosialdepartementets interesseområde

### NYTT UTVALG OPPNEVNT

Sosialdepartementet har oppnevnt følgende som medlemmer av utvalget:

Stadsfysikus Fredrik Melbye, Oslo Helseråd, formann.

Spesiallege dr. med. Erik Enger, Ullevål Sykehus, Oslo.

Rektor Otto Hauglin, Diakonhjemmets sosialskole, Oslo.

Forskningsstipendiat Leif Arne Heløe, Universitetet, Oslo.

Forsker Hans Waaler, Statens skjermbildefoto-grafering, Oslo.

Helsesøster Sigfrid Wisløff, Oslo.

Sosialsjef Magne Sørensen, Lillehammer.

Psykolog Turid Grinde, Helsedirektoratet.

Byråsjef Brit Bergersen Lind, Sosialdepartementet.

Kontorsjef Hans Luthen, Sosialdepartementet.

Konsulent Karen Sofie Sem, Sosialdepartementet.

#### Utvalgets mandat er:

Utvalgets hovedoppgave skal være å drøfte de spørsmål av administrativ, økonomisk, politisk og etisk karakter som knytter seg til ulike stadier i planlegging, gjennomføring og avvikling av forsøksvirksomhet innen Sosialdepartementets interesseområde. Spesielt vil en peke på de problemer som har til-

knytning til avvikling av prosjektene, både problemer som reiser seg når evalueringen viser at forsøket ikke har de positive virkninger man tok sikte på å oppnå, og problemer som har sammenheng med normalisering av et vellykket forsøk.

På grunnlag av denne drøftelse bør utvalget foreslå retningslinjer for den praktiske gjennomføring og avvikling av forsøksvirksomhet. Spesielt er det ønskelig å få vurdert hvilke retningslinjer som er hensiktsmessige for å skape klare administrative og økonomiske ansvarforhold mellom departement, forsøkskommune og/eller institusjon og prosjektledelse, og mellom ulike departementer.

Som ledd i sitt arbeid bør utvalget vurdere hvordan forholdene ligger til rette for forsøksvirksomhet innen helse- og sosialsektorens ulike områder og institusjoner, spesielt med sikte på hvilke tiltak som eventuelt bør gjennomføres for å styrke kapasiteten for slik virksomhet. Man viser her bl. a. til rapport fra den arbeidsgruppe som utreder spørsmålet om forskning, forsøksvirksomhet m. v. i helse- og sosialsektoren (mars 1972). Utvalget skal også foreta en klassifisering av ulike typer forsøksvirksomhet og utarbeide en oversikt (bibliografi) over sentral litteratur om emnet. I denne forbindelse vises bl. a. til den beskrivelse av igangværende og nylig avsluttet forsøksvirksomhet som skal foretas av Utvalget for planlegging av forsøk i den primære helse- og sosialtjeneste (prosjektutvalget).



Et problem som står helt sentralt for den som skal planlegge den fremtidige helsetjeneste, enten det er innenfor eller utenfor institusjon, for ikke å si en samordnet helsetjeneste mellom disse, er det tilsynelatende nærmest grenseløst behov for helsetjeneste som reflekterer seg i behovet for helsepersonell av enhver kategori. Hva er årsakene bak dette problem? Jeg kan ikke gi noe uttømmende svar, men skal forsøke å gi tilgode enkelte tanker, som hvis de har noen substans i seg, bør få sine praktiske konsekvenser.

Et sett årsaker er ganske opplagt. Det ligger i den medisinske utvikling som medfører at vi i dag kan behandle langt flere sykdommer enn vi tidligere kunne. Utvidelsen av vår viten og den derav følgende større bredde i vår faglige innsats, medfører at vi med rette trekker flere utdannede personer inn i forsøkene på å stille en tidlig diagnose, og også investerer langt større beløp og ansetter langt flere mennesker i selve det terapeutiske apparat, det være seg i eller utenfor sykehus. Samtidig er det skjedd en økonomisk utvikling i befolkningen og blitt utviklet et trykkesystem som setter det store flertall av befolkningen økonomisk i stand til å utnytte det serviceapparat vi har organisert. Jeg sier dette siste med adskillige mentale reservasjoner, fordi jeg ikke kan fri meg fra det inntrykk at det i vår befolkning stadig er et ikke ubetydelig antall individer som ikke overvinnes selv de re-

# Tanker om det grenseløse behov for helsetjeneste

Ved statsfysikus Fredrik Mellbye

lativt beskjedne økonomiske og sosiale barrierer enhver enda må trenge gjennom for å nå frem til de tjenester vårt helsevesen byr på. Heller ikke er jeg i stand til å overbevise meg selv om at den rasjonering på helsetjenester som vårt helsevesen i dag er tvunget til å gjennomføre som følge av misforholdet mellom behov og resurser, ikke rammer de økonomisk og sosialt sett svakeste i sterkere grad enn den øvre del av befolkningen. Spørsmålet er om den utvelgelse av pasienter som skal nyte godt av vårt helsevesen, og som i dag ikke kan omfatte alle, skjer på grunnlag av en strengt medisinsk behovsprøving. Jeg uttrykker meg på denne måten da jeg ikke vil uttale meg med sikkerhet om det jeg bare tror er tilfelle, men ikke vet, og også fordi de grunnleggende årsaker til denne mulige situasjonen i tilfelle må søkes også i legenes manglende evne til å legge prioritierungsproblemerne frem for våre politiske myndigheter, og i disse myndigheters manglende vilje - jeg vil nesten si redsel - for å ta de særdeles vanskelige avgjørelser som en prioritering av medisinske programmer innebærer. Et annet sett av årsaker til det store behov for ytelser fra det yrkesutdannede helsepersonell - jeg velger her med vilje dette uttrykk, og ikke behovet for helsetjeneste - ligger i at i vårt samfunn og i vår kultur - eller mangel på kultur - finnes en rekke sykdomsårsaker som alle erkjenner, men ingen vil gjøre noe effektivt med. Samfunnet sitter og ser på at disse årsaker får virkende stigende styrke, og kaster de medisinske konsekvenser av dem i fanget på helsepersonellet, og i fanget på hver eneste lege som i dette land ikke har trukket seg helt tilbake til et vitenska-

pelig elfenbenstårn. La meg nevne enkelte mer konkrete eksempler som: Alkoholmisbruk, tobakkmisbruk, narkotikamisbruk, mangel på den mest elementære viten om hvordan menneskets kropp og sjel fungerer, mangel på lærdom i samlivshygiene, mangel på å oppfylle barns mest elementære behov for lekeplasser, mangel på realisme i forhold mellom bil og bilbane, for bare å nevne noen. Dette er enkelte eksempler som vi har viten til å bekjempe langt effektivere enn vi gjør. Men samfunnet vil åpenbart ikke det, og det er lite som tyder på at vi vil komme ut av den onde sirkel som til dels ligger bak det stadig økende behov for helsetjeneste. Mange av våre tiltak vil derfor bli av utpreget symptomatisk karakter. Det kan trekkes frem en rekke andre årsaker, så som legenes egen medvirkning til i forbindelse med innsamlingsaksjoner og i forbindelse med annen PR-virksomhet for å vinne gehør for sin helt spesielt syke mor - og gi publikum inntrykk av at vi har profylaktisk terapeutisk viten vi slett ikke har, og at vi kan oppheve denne mangel på viten ved en slant penger. Vi bidrar selv til å skaffe inflasjon i pasientenes tro på våre kunnskaper. En inflasjon som blir ytterligere stimulert av at menneskene i vårt velferdssamfunn har stadig vanskeligere for å forstå at det fremdeles er en del ting man ikke får kjøpt for penger. - Jeg ber leserne bare over med dette demagogiske avsnitt. Det representerer mitt mentalhygieniske utløp for det vi vel alle som leger kan bli så forbannet over, og også et uttrykk for at det er et i høyeste grad irasjonelt samfunn vi skal tilrette legge helsetjenesten for.



# Hilsen fra Finnmarkskysten

LEIV TORMOD  
HANSEN:

hat; fri, måtte det være for å reise bort. Til det fins det en mulighet om vinteren: Hurtigruta. En gang i døgnet på syd og en gang på nord. Og det er ikke alltid havet er fristende. Nei, det går en viss grad av automatikk i det. God hjelp har du av automatsværen som sier fra på hvilket telefonnummer du er. Stadige skiturer er det heller ikke mangel på. Det fins alltid en snøscooter som kan hente deg hvis du sier fra hvor du går.

Du spør kanskje: Om det ikke er stressende å vite at det kan oppstå alle mulige farlige sykdommer, og der er du helt alene og langt fra sykehus? Jovisst! Jovisst! - Sett på bakgrunn av at det burde jo vært en anestesilege, en kirurg, en indremedisiner, en gynekolog, en psykiater her på stedet. Neivel, som du forstår, mener jeg å si at det er ikke stressende. Staten har sanksjonert at det skal kun være en distriktslege herute. Så får man da gjøre så godt man kan i en vanskelig situasjon. Nettopp dette aspekt gir en inspirerende oppgave, nemlig å være så godt forberedt som mulig: Å kunne behandle en meningitt på stedet, å kunne behandle en hjertesvikt, å kunne behandle en aclampsi. Her må innskytes at en uvurderlig del av helsestellet her er sykestua som drives av Røde Kors. Denne sykestua fungerer da som som stedets "sykehus" i kutte tilfeller. Dessuten er man ikke helt alene når noe galt skjer. Bakvakten på de lokale sykehus er alltid hjelpelige med råd pr. telefon, selv om det er midt på natta.

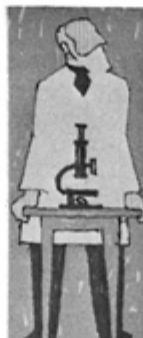
Når du er på Finnmarkskysten, må du naturligvis ut i båt. Det er å reise i kontordag hver 14. dag, korteste reise 150 km tur/retur, den lengste 200 km. Sjøsykens kvaler er ikke lette å bære. Det begynner med lett svetting og varmfølelse. Det er tegnet på at nå må du gå ned og legge deg på køya. Da slipper du å spy, men du får heller ikke se naturen rundt deg når du ligger med dyna over hodet. Har noen et godt sjøsykemiddel?

I dag har du god hjelp av fly og helikopter når det gjelder sykebesøk og pasienttransport til sykehus. Vintermørket legger en viss demper på denne aktivitet, men om sommeren har du lyset i dessto større mon.

Mens nordvesten uler en smule rundt hushjørnet og snøkovet står tett mot vinduet, finner jeg tiden inne til å sende noen ord til UTPOSTEN. Jeg tenker meg at i allefall medisinske studenter kan finne nytte i å informeres om hvordan det er å være medisinnmann forskjellige steder i Norge. Informasjon som ikke verken finnes i Harrison, Davidson eller andre lesverdige lesesalsbøker. Ei heller pretenderer dette å være noen medisinsk avhandling

Nå er det å si at å være distriktslege i Finnmark, er ikke ett og det samme. Å være i indre Finnmark reiser nok andre problemer enn å være på kysten. Å være distriktslege i Hammerfest bykommune er annerledes enn å være i landdistriktet Gamvik, som er mitt tilholdssted. Den første tiden er en slit-som tid. Vel ikke så mye medisinsk som praktisk. Kontorpraksisen er det ikke så lang tid å komme inn i. Med et noenlunde velutstyrt kontor og med hjelp av kontor-søster/lab.søster, synes du ganske snart at du kan bypasienten et godt behandlingstilbud. Iallfall rent somatisk. Men den utenomkontorelle praksis tar det lenger tid å bli fortrolig med. De grunnleggende behov melder seg ganske fort i vinter-Finnmark, behovet for ikke å få snø i støvlene, lommene, buksebaken, bilsetet, innsiden av frontglasset og i motoren. Med derpå følgende snøsmelting. Begynner du som distriktslege i kystfinnmark, vil du nok til å begynne med si en del ukvemsord når du bokstavelig har fått snøen innpå livet. Men etter endel "læring ved feiling", klarer du etter hvert å takle disse problemene tilfredsstillende. Caudalt bruker du de uslitelige og velprøvede "kommunestøvlere" som er av vulkanisert skinn med plass til fot med 3 par strømper. Videre oppover bruker du lett vindbukse med stropp under helene. Annorakk med hette. Balaklava på topplokket. Ullvanter med overtrekks vindvotter på hendene.

Etterhvert går det bra å ta seg fram med bilen. Etter noen anstrengelser med spa den i snøfokket lærer du at du skal ha kjettinger på bakhjulene. Du lærer - til en viss grad - at: Den skavlen klarer jeg, med den klarer jeg ikke. - Bilen bør være gammel og tåle en støyt. Straks etter at du er ankommet hit begynner du å lure på hva slags medisiner du skal ha i veska, men ender med veskene. På den ene siden skal du ha et helt apotek med deg, på den andre siden makter du ikke å dra på et helt apotek. Det blir et kompromiss, og for ikke å slite deg ut og få yrkespsykose i albu og skulderledd, sjalter du ut all glassemballasje og bytter den ut med blikk. Alt og alt, fru Blom. - Det går ikke å ha Infund. NaCl på blikkboks. Jeg har et vesketall på 3. Den ene vesken - en AMBU - BAG - står mest mulig i bilen og inneholder førstehjelpsutstyr som tåler frost. Du gjør store økonomiske erfaringer, særlig i influensatider. Dog et lite økonomisk baksmell får du når du betaler drosjeregningen da du var så dum å sende medisin med drosje til en pasient. Vintermørket i Finnmark er kjent for å vare lenge. Legevakten varer enda lenger. Du har vakt i uke etter uke, måned etter måned. På et sted som Mehamn er det imidlertid intet stort aber med å ha vakt så lenge. Skulle du



Så får du av og til litt luft under vingene når du må følge en hjerte- eller blødningspasient til sykehus. Av og til er du "dønn sli - ten" rent fysisk. Jeg tror nok jeg kan si at distriktslegejobben i Gamvik er ut - preget "mannfolkkyrke".

Boligforholdene har mye å si. Distriktslegen bor godt i Gamvik. Og han bor billig. Derav følger at boligen naturligvis er et underskuddsforetagende for kommunen. Med til et sant bilde hører at man sliter med de kommunale myndigheter. Man blir lovet, men så blir det glemt. Kvernen maler langsomt. Man blir ergerlig noen ganger, men så lærer man "den edle kunst" å resignere en smule.

Hvorfor blir man så her? Bent ut sagt: Er det ikke grusomt å være på et så forlatt sted? Føler man seg ikke forvist?

Il det er å si: Man er her fordi man trives. Jeg tør våge å påstå at ingen lege på Finnmarkskysten er her av idealistiske grunner. Det er ingen helgenglorie omkring noen av oss her oppe. I all fall har ingen fortjent den. Når du kommer hit første gang, får du ditt livs største sjokk over at det finnes så mye ur og stein. Etterhvert som sjokket gir seg, ser du skjønnheten i landskapet og kysten. De lyse sommermånedene gjør et sterkt inntrykk. De ville stormer likeså. Du fråtser i delikatesser fra havet, elvene og vannene hvis du liker fisk. Bevisstheten om at du lever på grensen mot isødet setter vel også sitt preg på opplevelsen. Du er en nødvendig del av et lite samfunn. Noen har den ene funksjon, andre en annen. Man trenger hverandre. Man lever i sivilisasjonens ytterkant med mye av bråket på avstand, men med mange av dens goder.

9970 Mehamn, 17.3.73

Leiv Tormod Hansen

### TRE BØKER TIL FORSTAND.

"Sosial isolasjon i dagens samfund". - Universitetsforlaget.

"Folkehelse og sosialpolitikk". - Pax forlag.

"Stilling: Trygdet". - Pax forlag.

Når jeg kort omtaler disse bøker, er det med bakgrunn i det påståtte trygdemisbruk, forøvrig godt behandlet redaksjonelt i UTPOSTEN nr. 1/73.

Den første av bøkene er en rent analytisk gjennomgåelse, hvor det påvises klart hvordan enkeltpersoner og grupper blir satt utenfor hverdagslivet og hvordan sykkelighet oppstår hos visse grupper, f.eks. pendlere. Hos disse viser det seg at psykiatriske lidelser er sterkt utbredt enn i andre grupper, og at unge pendlere er mer utsatt enn eldre. Det kan neppe være tvil om at

forskning på det sosialmedisinske område må drives mer intens, enn i dag, skjønt det jo er lysning å spore på dette felt. Ved våre universiteter, bl.a. i Tromsø, synes det å foregå adskillig virksomhet på det sosialpolitiske og sosialmedisinske område. Det viser seg - noe man forøvrig a priori ville kunne si - at i de grisevredte strøk er antall uføretrygdede langt større enn i de urbaniserte strøk. I de urbaniserte strøk er derimot sykkeligheten større enn i utkantstrøk. Uten at en er kommet tilbunns i dette, kan en allerede nu si at i første tilfelle er det stort sett arbeidsmarkedet som svikter - i det annet tilfelle er den sannsynlige årsak vesentlig å finne i selve arbeidsforholdene. Boka gir seg ikke ut for å være noe annet enn en vitenskapelig analyse av forholdene, men det er en god sådan.

De to siste bøker, forfattet av læge R. Hanao, presenterer en kritikk av forholdene på helse- og sosialsektoren på grunnlag av at Norge er et klasesamfund, hvor stort sett to grupper av befolkningen har to ulike og motstridende interesser, de som selger sin arbeidskraft og de som kjøper denne arbeidskraft. Utgangspunktet i den siste av bøkene "Stilling: Trygdet" er å framstille sosialt og medisinsk vanskeligestilte personers situasjon ved hjelp av utsagn fra personene selv, ledsaget av faglige kommentarer av forfatteren. Det dr. Hanao vil ha fram, er at det er å ta problemene inn gjennom bakdøra når en griper til restriksjoner, litt etableringskontroll (Wium nøyer seg med å si "I Oslo og en del av Østlandsområdet") og litt reguleringer hist og her, slik som foreslått i landsdelsplaner. Flere og flere - også blant helsepersonell - er blitt klar over det utilstrekkelige i denne reparasjonsfilosofi, men at det vil komme til å bli næringspolitiske, arbeidsmarkedpolitiske og økopolitiske spørsmål som vil bli avgjørende for vår sosialpolitikk i årene framover, og ikke da på de politiske premisser som råder i dag. Dr. Hanao skriver lett, ledsager sine bøker med artige skjematisk tegninger og har utrylvis klar framstillingsmåte.



### KURSUTVALG FOR OLL

Offentlige legers landsforening har oppnevnt et kursutvalg med flg. mandat:

Utred spørsmålene i tilknytning til videre etterutdannelse for offentlige leger, og frem forslag til opplegg av slike kurs.

Utvalget kordinerer sitt arbeid i nødvendig utstrekning med tilsvarende utvalg i Helsedirektoratet.

Utvalget er et tremannsutvalg og akter å påbegynne sitt arbeid med første møte i april 1973.

Idéer, behov og synspunkter bes meddelt sekretær Harald Holand, adr. Den norske legeförening, for å kunne tas med i planleggingen.

## Rasjonalisering av helsetjenesten

En arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet med distriktslege Jan-Ivar Kvamme, Alta, som leder, skal innen 1. jull levere en rapport om mulige rasjonaliseringstiltak i den primære helsetjeneste.

Hensikten med oppdraget er å finne fram til tiltak som vil frigjøre arbeidstid, slik at fagpersonellet får bedre anledning til å ta seg av den enkelte pasient samtidig som det blir en heving av den faglige kvalitet, heter det i en pressemelding fra departementet.

Som et eksempel på rasjonaliseringstiltak nevnes installasjon av mobiltelefon i legebilene. Man mener at det også på andre områder vil være mulig å gjennomføre personellsparende

tiltak. Blant øvrige spørsmål gruppa skal drøfte er hvorvidt det bør etableres en ordning med sentral forbrukerveiledning til personell i den primære helsetjeneste.

Gruppas medlemmer er distriktslege Jan-Ivar Kvamme, advokat Helse Hofsten, Den Norske Lægeförening, professor dr. med. Sigurd Humereit og assisterende overlege Arne Birger Knapskog, Helsedirektoratet.

# Pasienten på sykehus — individ eller patologi?

Av stud. med. Kirsti Malterud, Værøy

Helse er et begrep som mer enn noe annet engasjerer folk direkte og personlig, fordi det griper inn i dagliglivet og følelseslivet til den enkelte og utformer hverdagen og livsmønsteret hans.

Ikke bare pasienten selv vil berøres av sykdommen som rammer ham. Også hans nær - miljø tar del i det som skjer - noen ganger som andel i et årsakskompleks, men oftere rett og slett fordi det angår dem at noe skjer med en av deres nærmeste. "Målsettingen for det medisinske studium er å skaffe studentene den teoretiske innsikt og de praktiske ferdigheter som setter dem i stand til å utøve virksomhet som alment praktiserende leger - -". Så langt studie - planen for det Medisinske fakultet i Bergen.

Almenpraktikerens viktigste funksjon (og privilegium) er å få behandle hele mennesket, ikke bare de symptomer og funn som vedkommende presenterer når vi møter ham som pasient. I diagnostikk og terapi er legens mest virk - somme hjelpemiddel alminnelig medmenneskelig kontakt - å snakke med pasienten på en slik måte at resultatet blir meningsfylt.

Spørsmålet blir da om studiet gjør oss kvalifisert til å klare denne viktige oppgaven. Jeg vil påstå at 6 år i universitets- og sykehusmiljø ikke bare knekker en del av den entusiasmen de fleste av oss startet studiet med, men til og med kan gjøre oss direkte uegnet til å utføre disse viktige oppgavene innen primærmedisinen.

For det første: Selve studieplanen vitner om et fragmentert og oppdelt helsebegrep. Først tilbringes 2½ år med biologiske detaljstudier uten at man overhodet møter en oasient. De siste 3½ år foregår i sykehusmiljø, med 12 terminer bestående av skarpt atskilte kliniske fag, med separat undervisning og eksamener. - Men å reformere studieplanen ligger utenfor rammen av disse betraktningene.

For det andre: De idealer, handlingsmønstre, menneskesyn og tidspress vi finner i spesialiserte sykehusavdelinger, vil prege oss fra det øyeblikk vi møter klinikken. Vi blir lært opp til å betrakte sykdommen konsentrert kun om det organet der patologien befinner seg. At vedkommende organ befinner seg i et levende menneske som befinner seg i en sosial sammenheng - det har man skjelden anledning til å ta konsekvensen av. Vår interesse for pasienten omfatter kun den tid han tilbringer mellom hvite lakener under sykehusets tak. Vi har ikke noe med hva dette har å bety for hans kone, hans lille datter, hans arbeidskamerater, hans økonomi - og ikke minst: ham selv.

Interesse for detaljer og spissfindigheter premieres og belønnes med prestisje, mens det banale, alminnelige får liten eller ingen plass. Det er ikke "interessant" nok.

Noen eksempler (slett ikke de mest ekstreme!) fra hvordan dagliglivet i et utkant-distrikt møter sykehuset, skulle tydelig illustrere hva jeg mener:

Pas. 1, gutt 6 år.

Født med dobbeltsidig leppe/ganespalte. Etterhvert er følgende instanser involvert i behandlingen av gutten: plastisk kirurg odontologisk inst. spesialscole for talehemmete ØNH-avd. ved det regionale sykehus

Det disse instanser har til felles, er at de befinner seg langt unna hjemstedet, at de skjelden eller aldri sender epikriser eller behandlingsresultater til legen på hjemstedet, og at internt samarbeid åpenbart er umulig. Situasjonen blir uholdbar den tredje gangen gutten sart tidig innkalles til instanser som ligger 500 km fra hverandre. Med innkallelsen følger beskjed om at "hvis han ikke møter fram denne gangen heller, kan han ikke lenger regne med å få ny innkallelse". Når gutten reiser hjemmefra, må han selvsagt følges av en voksen. Moren har mange mindreårige barn, og kan ikke komme fra. Faren driver Lofot-fiske. Trygdekassen dekker farens utgifter til reise og opphold hvis han følger med. Kanhende får han også en viss godtgjørelse for tapt arbeidsfortjeneste. Men faren er en del av et båtlag som er avhengig av ham. I løpet av de månedene Lofot - sesongen varer, tjenes årets inntekt. En ukes fravær vil således kunne gi et tap på flere tusen kroner.

Vel fremme hos spesialisten venter faren ute mens gutten er inne i 10 min. og kommer gråtende ut igjen. Ingen beskjed til faren om hvordan det går, hvordan opplegget blir videre, eller hva som har vært gjort med gutten der inne hos legen. Far og sønn drar hjem igjen og venter på neste ordre fra en eller annen instans.

Pas. 2, 47 år gammel husmor.

Siste 5 år stadige episoder med ukarakteristiske smerter i brystet, spesielt i ro, - dessuten angst og hyperventilasjon. Atferd preget av nevrasteni, nevrose fiksert omkring hjertelidelse. Flere i familien død av hjertesykdom. Innlagt i sykehus en rekke ganger under mistanke om infarkt, men alltid normale funn - konklusjon: nevrosis cordis. Under siste opphold i med. avd. ble pasienten omhyggelig gjennomstrålet på kryss og tvers, og tallrike lab. prøver viste til slutt en tvilsom hyperlipoproteinemi. Tradisjonen

Forts. neste side

tro overser nå indremedisi -  
neren de psykiske plagene  
til denne pasienten, - ende-  
lig har han funnet noe soma-  
tisk å utforske. Det nedleg-  
ges mye arbeid i videre ut-  
redning og legen på hjem -  
stedet mottar en måned etter  
utskrivelsen et brev fra  
sykehuset. Her anbefales et  
stort opplegg med diett og  
tablettkur for å bringe li -  
poproteinverdiene nærmere  
normalen. Men det som plager  
vår pasient, er hennes nervø-  
se besvær, som ytterligere  
vil fikseres omkring hjertet  
dersom spesialistens råd  
følges. Sykehuset har ikke  
tid til å snakke med pasien-  
ten når hun er der, men hen-  
nes serumbiokjemi ofres stor  
interesse, til tross for at  
man neppe har sikre holde -  
punkter m.h.t. effekten av  
en slik behandling som er be-  
skrevet.

Pas. 3, 52 år gammel fisker.

Siste 2-3 år tiltagende  
kraftnedsettelse og følelles-  
løshet i ve. hånds 1. og 2.  
finger. Man mistenker carpal-  
tunnelsyndrom med medianus-  
utfall, og sender pasienten  
til nevrolog, evt. med hen-  
blikk på operasjon. Nevrolog  
og kirurg bekrefter diagno-  
sen, men konkluderer med at  
intet behøver å gjøres, for  
"heldigvis er det venstre  
hånd, og mannen er jo høyre-  
hendt". De samme reaksjoner  
møter mannen hos trygdein-  
stanser og ved nye besøk i  
sykehuset senere.

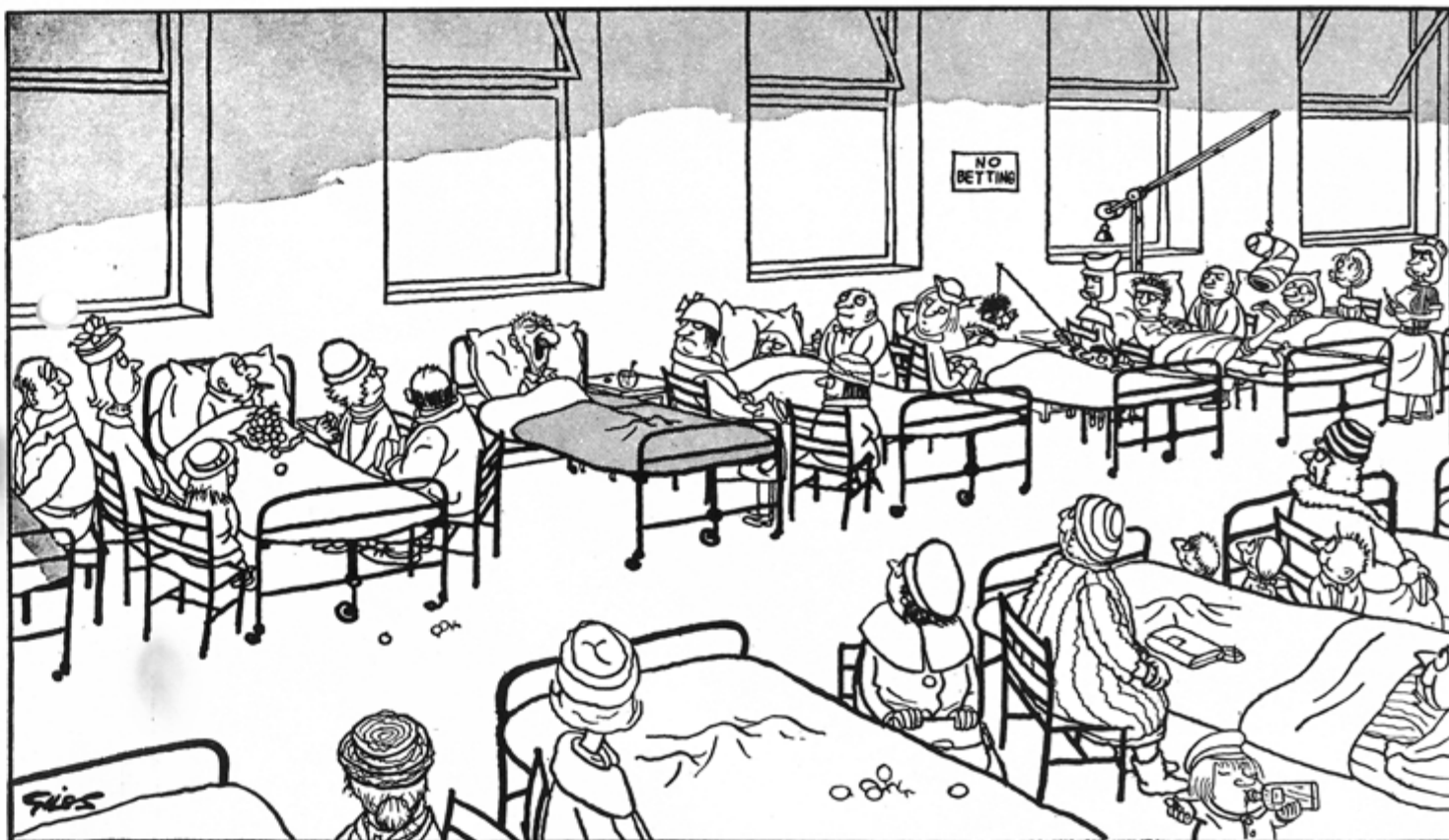
I sitt arbeid som fisker er  
han imidlertid fullstendig  
avhengig av god gripefunk-  
sjon i nettopp disse fingre-  
ne. Mens høyre hånd bløgger  
og sløyer fisken, må han hol-  
de den fast med venstre hånd.

Skreien veier gjerne 4-7 kg,  
og det skal ikke stor kraft-  
reduksjon til for å sette en  
fisker ut av spillet. Aktu-  
elle lidelse gjør faktisk  
pasienten fullstendig ufor i  
sitt arbeid som fisker. Li -  
kevel møtes han av manglende  
innsikt og forståelse, og  
får ikke den hjelp han har  
krav på. I mellomtiden går  
det ut over økonomi og fami-  
lie, og hans egen dyspepsi  
forverres betraktelig.

Disse eksempler skulle tyde-  
lig illustrere hvilken enorm  
avstand som ofte forekommer  
mellom sykehustenkning og  
primærmedisin. Fra sykehus -  
miljøet henter vi våre vaner  
og idealer som skal prege  
oss senere i vår virksomhet.  
Bare 5% av de pasienter som  
søker lege, vil komme videre  
til sykehus. De resterende  
95% utgjør den medisinske  
hverdag for primærlegen -men  
disse pasientenes plager og  
vanskeligheter møter vi aldri  
i løpet av studiet. Kan  
vi som studenter være tjent  
med at all vår opplæring  
skjer i sykehus, der det er  
for tidkrevende å danne seg  
et helhetsbilde av pasienten  
og det miljø han representerer?

# Lofotperler

TRANVITAMINPERLER  
N. sp. nr. 1250



" DETTE VAR IKKE MENT SOM EN SOSIALMEDISINSK AVDELING ! "

HELSETILTAK BLANT BARN:

## Overlege Aud Blegen Svindland kåserer for Den Norske Sanitetsforening

«Lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn».

«Lovens formål er:

å forebygge medfødte og ervervede sykdommer og skader blant barn, og å fremme barns fysiske og psykiske helse.

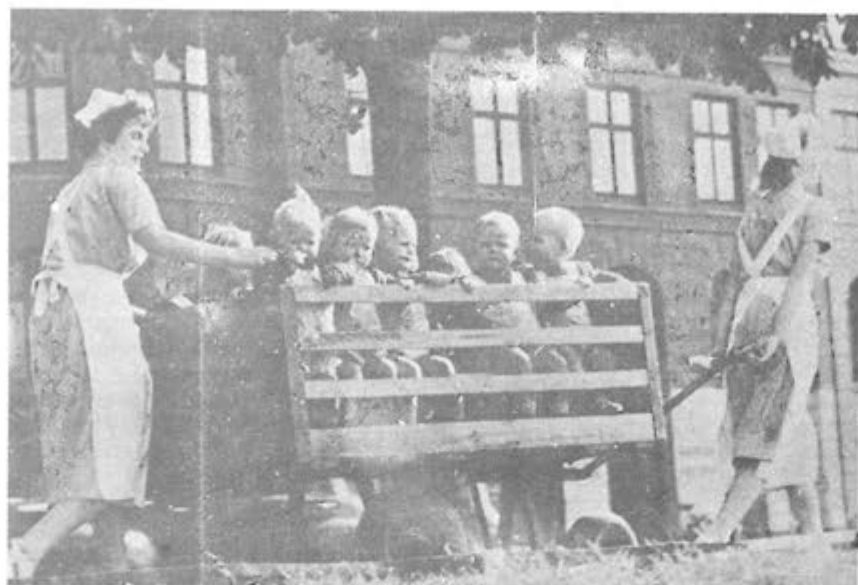
Kongen kan bestemme om loven også skal omfatte andre helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak som kan innpasses i drift av helsestasjoner», heter det i lovens formålsparagraf.

Med andre helsefremmende tiltak pekte overlegen på at dette kunne dreie seg om eldreomsorgstiltak, forebyggende arbeid for eldre o.l.

Når den nye lov trer i kraft, blir det kommunene som blir ansvarlige for helsestasjonsutbyggingen. Med andre ord, helsestasjonene innen en kommune skal være så mange og så forskriftsmessig bemannet og utstyrt at ethvert sykdoms- eller skadetilfelle hos et barn blir oppdaget og tatt hånd om i et tidlig stadium. Overlegen nevnte i denne sammenheng eksempler fra vårt land hvor selv store sansedefekter hos barn ikke er oppdaget, slik at de har kunnet få behandling i tide.

Den lege i en kommune som er helserådets ordfører, har som oppgave å utarbeide plan for helsestasjonsvirksomheten i kommunen, som videre skal fremlegges planen for fylkeslegen. Fylkeslegen skal på grunnlag av kommunenes prosjekter lage en samlet fylkesplan, som fylkestinget må godkjenne.

Med hensyn til plassering av helsestasjonene, vil det nå bli en virkelig desentralisering, pekte overlegen på. Det skal tas topografiske hensyn slik at helsestasjonene blir liggende spredt. Hvor stor befolkningen er, hvor mange fødsler pr. år, befolkningstetthet, veiforbindelser etc. er faktorer som skal tas med i vurderingen når antall og beliggenhet for et fylkes helsestasjoner bestemmes. Antydningvis ble nevnt en helsestasjon pr. 1 000 innbyggere.



Helsestasjonene skal ha en viss størrelse – overlegen nevnte ca. 100 kvm – og skisserte et forslag. Det er helsesøster som er nøkkelpersonen i helsestasjonsvirksomheten, og hun har behov for et stort rom. Ikke et rom hvor det er plass bare for et skrivebord og en stol til de besøkende – men et rom på 20–25 kvm. Det må være stort nok til at hun f.eks. kan få se barnet i bevegelse. Legekontoret har ikke så stort plassbehov, men det skal være godt lydisolert. Det er meningen at en helsestasjons lokaler skal brukes i så stor utstrekning som mulig, eksempelvis at legekontoret benyttes til hørselsundersøkelser etc. Ytterligere to små rom trengs, et lite laboratorium og et arkiv, foruten avkledningsrommet, som bør være 40–50 kvm.

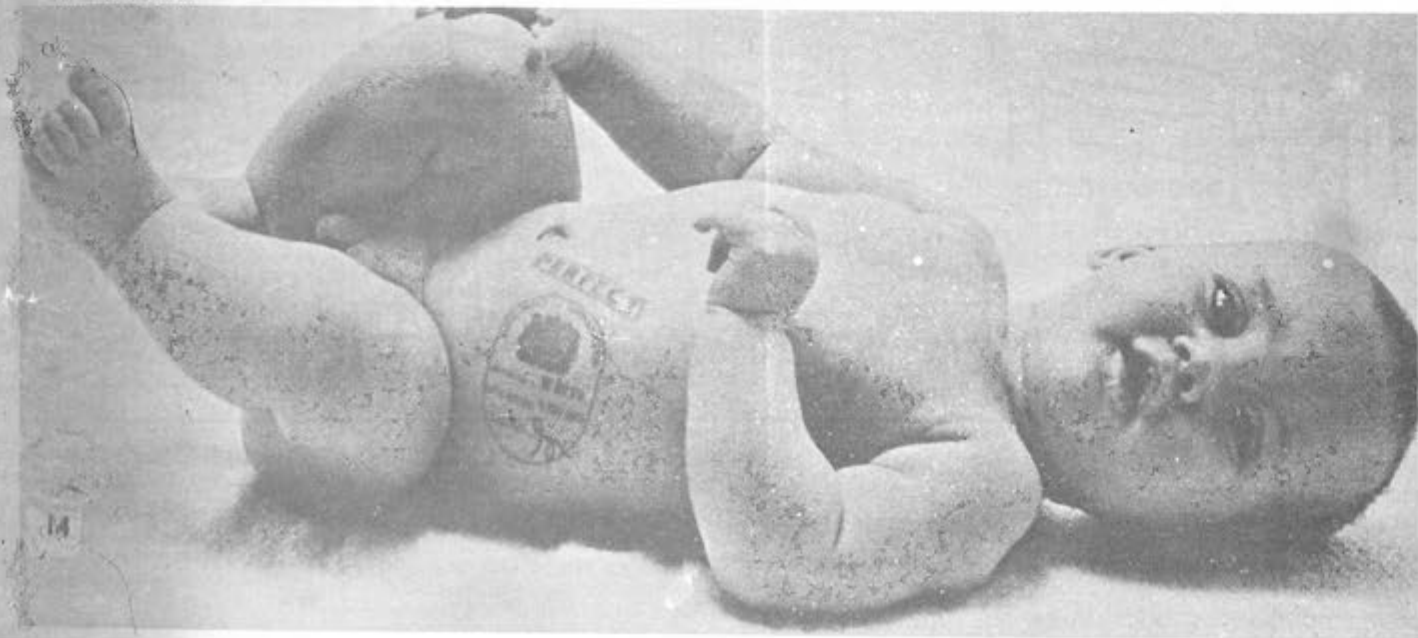
Sanitetsforeninger som har helsestasjoner spør seg naturligvis hvordan de økonomiske forhold vil bli når den nye lov trer i kraft. – Til det vil jeg svare, sa overlege Svindland, – at en sanitetsforening som har en forskriftsmessig helsestasjon, vil få driftsutgiftene dekket. Ved etablering av en ny helsestasjon vil 75 % av utgiftene dekket av trygdemidler, mens kommunen da må ut med 25 %. Et hus til 400 000 kroner vil koste kommunen 100 000. Av driftsutgiftene dekket 75 % av folketrygden. Helsesøsters lønn skal holdes utenfor driftsregnskap, vaksiner, sera likeså. Det er kommunerevisor som skal godkjenne driftsregnskapet.

*Helsesøster den administrative leder.*

Helsesøster – evt. fast helsestasjonslege i heldagsstilling, skal være den administrative leder av helsestasjonen. Det er hun som skal sette opp budsjettet. Om refusjon skal skje på forskudd eller etterskudd, er ikke avklart ennå.

Overlegen opplyste at en sanitetsforening eventuelt vil få husleie for sine helsestasjonslokaler. Det frivillige arbeidet som sanitetskvinnene utfører, vil kunne dreie seg om assistanse ved veiing og måling av barna, barnevakt, som kontorhjelp, og ikke minst ved at de er til stede og skaper et vennlig miljø hvor de besøkende føler seg velkommen. Det er alltid slik at den pjukede føler seg minst velkommen – og kommer da ikke igjen. Et annet felt hvor sanitetskvinnene kan yte meget, er ved forebyggende arbeid for eldre ved helsestasjonene, til tider når stasjonen er ledig. Overlegen pekte på at de først hadde konsentrert seg om det rent kommunale, senere ville man få etablert fast konsultasjonstid for barn, gravide, spesialbehandling og psykisk forebyggende arbeid.

Overlegen hevdet at det ikke var noen utopi at en helsesøster skulle besøke alle som hadde født barn, helst innen utgangen av 1. uke, – og at et barn skal undersøkes når det er 4 uker, 6 uker, 12 uker, 6 måneder, 12 måneder og 2 år gammelt.



Reumatiske sykdommer  
akutte inflammasjoner

# Confortid

INDOMETACIN TIL LAVESTE PRIS

Kapsler      Mikstur      Suppositorier

Barn bør ikke behandles med indometacin. Forsiktighet bør utvises ved langtidsbehandling med nøye økt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

## DUMEX



### Lændens (korsryggens) funksjoner

Helse og arbete kongressen i København  
12. og 13. mai 1973

#### Foreløbig program:

Ryggenes, spesielt lændens funksjoner: Dr. philos Erling Asmussen.

Om behandling av lændesmerter med akupunktur: Felix Mann.

Psykogene smerter: Overlæge, dr. med. Torkil Vanggård. Ryggglidelser i Skien 1971-1972: Overlege Odd Gogstad og sjefsfysioterapeut John Gudmundsen.

Hvorledes ser fysiurgen på lændesmerter?: Overlæge Vagn Aage Porsmann.

Det intrapelvine trykk: Seminarielektor Jørgen Keller. Ryggsmerter hos en gruppe middelaldrende københavnske mænd: Læge Finn Gyntelberg.

Lændens problemer ut fra Ergonomiske synsmåter: Afdelings-fysioterapeut Vibeke Leschly.

Lændens problemer ut fra Afspændingspedagogens synsmåter: Afspændingspedagog Ellen Marg.

Lændens problemer ut fra gymnastiklærers synsmåter: Gymnastikpedagog Helle Gorved.

Nærmere opplysninger og anmeldelsesblankett til kongressen kommer i neste nummer av Helse & Arbete, som utkommer ca. 15. mars d. å.

FRA NIHON KOHDEN KOGYO CO., LTD. PRESENTERER VI:



## ELEKTRO- KARDIOGRAF CARDIOFAX

som leveres med 1, 2, 3 og 4 kanaler. **CARDIOFAX** med en kanal kan leveres nettdrevet eller kombinert nett- og batteridrevet. De øvrige vil være utstyrt for nettdrift.

Uforbindtlig sender vi Dem gjerne et apparat på prøve. Kontakt våre konsulenter for prospekter og nærmere opplysninger.

# MEDI-NOR A.S

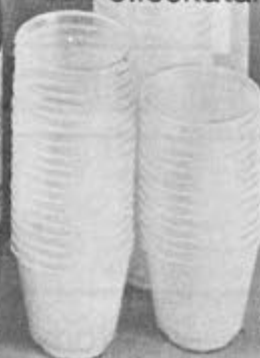


THV. MEYERS GATE 7 . OSLO 5 . TELEFON (02)337490

# Migrene, svimmelhet, kvalme og brekninger psykiske og nevrotiske lidelser



Proklorperazinum  
M. h. t. bivirkninger,  
s forsiktighetsregler  
og kontraindikasjoner  
se Felleskatalogen 72.



**rhodia**

Pharma Rhodia,  
Sandviksveien 12, 1322 Høvik.  
Telefon 537803 og 533543