

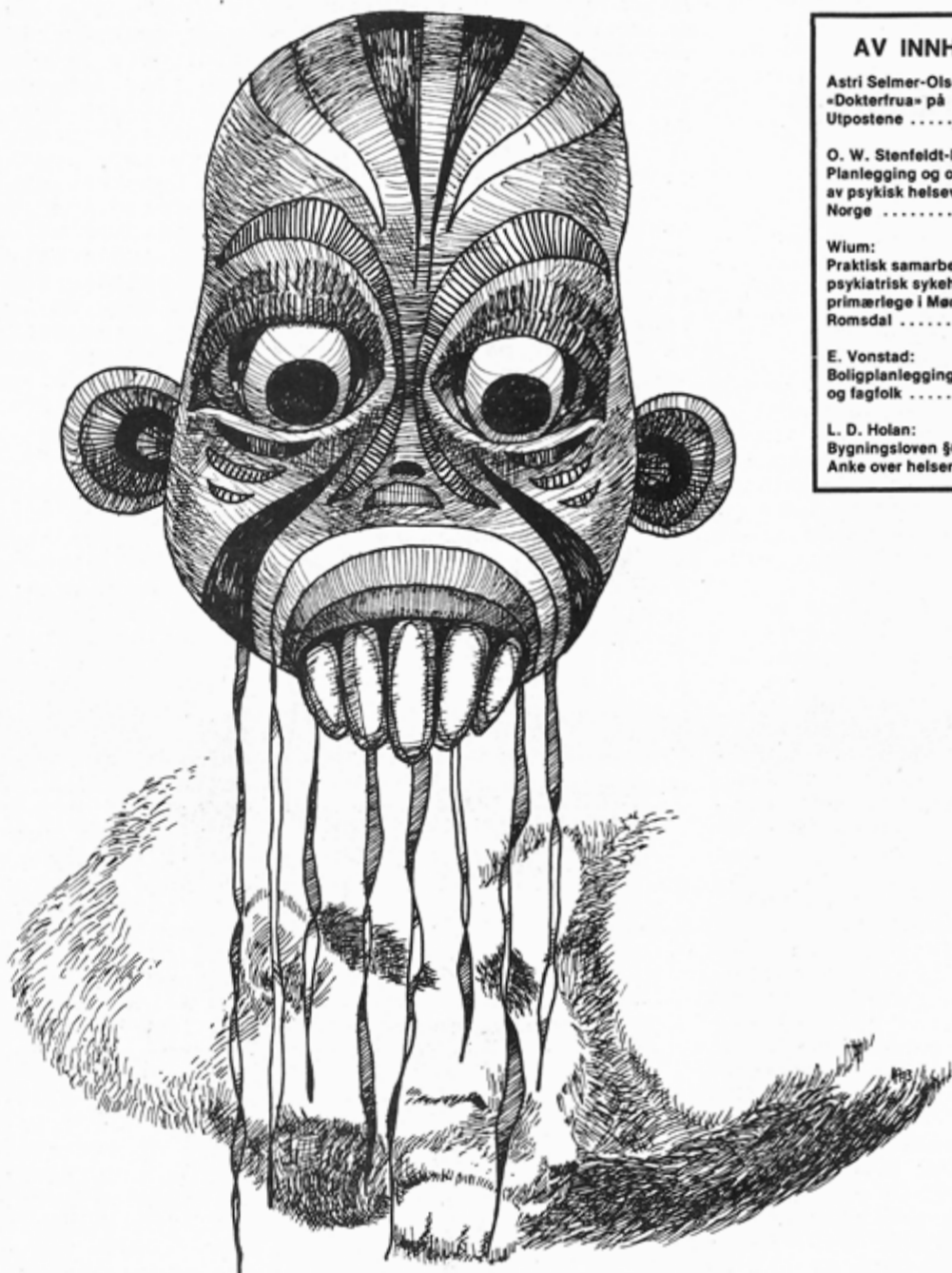
Nr. 7
September

TEMA: Psykisk helsevern

Årgang 2
1973

UTPOSTEN®

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



AV INNHODET:

Astri Selmer-Olsen:
«Dokterfrua» på
Utpostene 4

O. W. Stenfeldt-Foss:
Planlegging og organisasjon
av psykisk helsevern i
Norge 6

Wium:
Praktisk samarbeid
psykiatrisk sykehus-
primærlege i Møre og
Romsdal 10

E. Vonstad:
Boligplanlegging, miljø
og fagfolk 12

L. D. Holan:
Bygningsloven §66,2,
Anke over helserådsvedtak. 13

UTPOSTEN

Redaksjon:

Harald Siem
Per Wium
Tore Rud
Tegninger:
Kåre Huse

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra 17
Postgiro:
34 78 23

Abonnement:

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

Utkommer med
ca. 8 nr. pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A.s./Orklo-Trykk A.s.,
7300 Orkanger

Samarbeid primærlege — institusjon

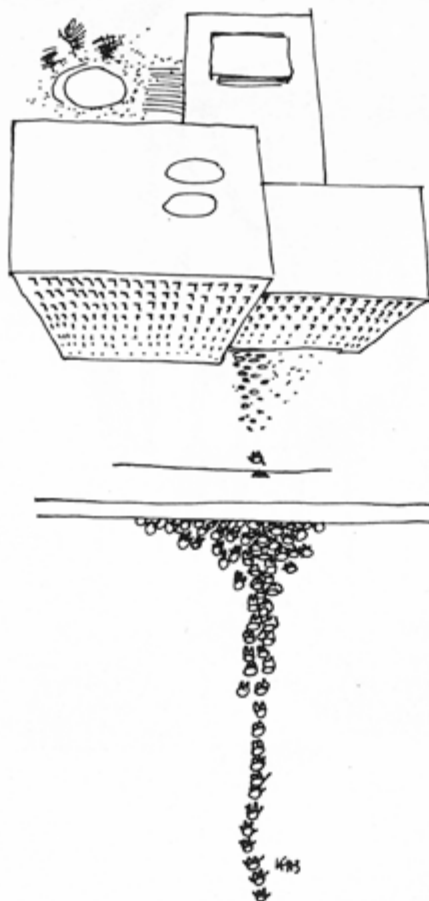
Det er mange utmerkede leger i Norge. De befinner seg innen alle sektorer av medisinen, mange gjør et selvopofrende arbeid utover det man vil kunne forlange, og de gjør det som en ren service overfor pasientene. Men innen alle disse sektorer finnes det også leger som i den grad distanserer seg fra pasientene, at de sistnevnte kommer fra kontakten bare sykere og mer desillusjonert enn det som skulle være nødvendig.

Det mest iøyenfallende når det gjelder dårlig service overfor pasientene, synes å være kontakten og samarbeidet mellom de forskjellige sektorer. Dette med epikriser har vært gjentatt i UTPOSTEN i nesten alle nummer som har kommet ut, men det hjelper selvfølgelig ikke. En annen og mer alvorlig sak, er det som direkte og helt konkret rammer våre pasienter. Jeg sikter her f.eks. til ventetid på legekontorer, u-nødvendige innkallinger til kontroller på sykehus, manglende behandling på sykehus, og til slutt generelt for dårlig informasjon av pasientene. Noen eksempler skal nevnes:

Alle pasienter til poliklinisk service er innkalt til kl. 12, den siste pasienten kommer ut fra poliklinikken kl. 6 om ettermiddagen. Han har da mistet siste sjanse ved offentlige kommunikasjoner å komme til sitt hjemsted, og han må overnatte.

Det har tidligere i denne avis vært skrevet om pasienter som må utstyre seg med termos og matpakke for å overleve et besøk hos den lokale distriktslege, og endelig skal nevnes pasienten som ble innlagt på sykehus på torsdag, skrevet journal, fredag undersøkt av spesialist, lørdag hjemsendt etter blodprøver, mandag kom igjen til sykehuset, snakket med fysioterapeut som skulle utføre behandling, tirsdag hjemsendt. Etter noen uker mottar primærlegen utførlig epikrise med vns. Jeg skulle ønske dette var eksepsjonelle tilfelle, men det er det dessverre ikke. Legene og Legeforeningen strever for bedre vilkår for legestanden, ingen strever for pasientene, ser det ut som. Når det gjelder psykiatrien, skjer det imidlertid gledelige ting. Jeg kan henvise til artikkelen av dr. Steinfeldt-Foss i dette nr., og samtidig gjøre oppmerksom på det praktiske opplegg til samarbeid institusjon/primærlege ved Opdøl sykehus og primærleger i Møre og Romsdal. Den norske legestanden bør i fremtiden se litt mer på hva som gagnar pasientene best, fremfor å bare tenke på hva som er til fordel for den norske legestand.

Red.



DEBATT

Da Skåntun truet med politiet

Av Sigmund Karterud

Hr. Redaktør.

Jeg ser i siste nr. (Utposten nr. 6) at prof. Borchgrevink rykker ut med et svar for Legeforeningen mot tendenser til slag under beltetstedet fra Utpostens side. Jeg skal ikke blande meg i hva saken denne gang gjelder, men under lesningen glir tankene tilbake til et tidligere landsmøte, på Voss, jeg tror det var i 1969. Særlig når jeg leser følgende avsnitt av prof. Borchgrevink's innlegg hvor han påpeker den demokratiske struktur i Legeforeningen og landsmøtet: "...Landsmøtet er åpent for alle, ingen blir nektet ordet, og alle kan si hva de måtte mene om Legeforeningen og de saker den tar opp eller ikke tar opp."... Denne lille historien jeg vil referere fra Voss 1969 står unektelig i noe kontrast til dette utsagnet.

Det var den gangen vi drev Esculap. Jeg var enten redaktør eller styreformann. Av de forskjellige saker vi tok opp, var det særlig artiklene om den privateide legemiddelindustrien og dens disposisjoner som falt den selsamme nasjonale industri og de forskjellige agenturfirma tungt for brystet. Legeforeningen syntes også at dette var ille. For kalenderåret 1969 hadde en rekke firma tegnet seg for annonser på tilsammen ca. 10 000 kr. Utpå vinteren svarte så legemiddelindustrien på våre argumenter med å trekke tilbake sine annonser i et koordinert opplegg anført av fru Weider i Weiders Farmacøytiske og fulgt opp av Legeforeningen. Boykottkampanjen var selvsagt høyst lovstridig, og da vi engasjerte advokat som truet med anmeldelse og rettslig oppgjør, kom de enkelte firma pent tuslende og betalte det de tidligere hadde bestilt. Denne saken var ennå ikke opp og avgjort da Legeforeningens landsmøte ble holdt på Voss. Vi fant det selvsagt uhørt at Legeforeningen



skulle støtte legemiddelin - dustrien i et knusningsfor - søk mot medisinerstudentenes eget blad, og tvilte på om dette hadde oppslutning blant landets leger, idet vi helst ville se på dette som et reaksjonært byråkratisk overgrep fra sentralladel - sens side. Vi reiste derfor forespørsel til Legeforeningen om å få tatt opp saken en gang på Landsmøtet, i det minste under en evt. post. Dette ble avslått med at forslagsfristen var over - skredet og dagsorden for - lengst bestemt.

3 av redaksjonens medlemmer dro likevel til Voss, både for å redegjøre for forholdet på best mulig måte, samt av saksmessige grunner, for å referere landsmøtet i *Æsculap*.

Og hvilken mottagelse! Kinosalen var tom da vi an - kom tidlig på morgenen, og vi la ut diverse medbrakte ek - semplarer av *Æsculap* og en opptrykt løpeseddel for an - ledningen som forklarte saks - forholdet. Da daværende presi - dent prof. Seip med følge ankom, fikk vi beskjed om prompte å forlate salen. Hvorfor? Uvedkommende hadde ikke adgang! Men vi var jo medisinerstudenter med li - sens til å praktisere og følte oss overhode ikke som uvedkommende. Hjalp ikke. Bare medlemmer hadde adgang! Om vi kunne være til stede for å referere for student - pressen? Pressen hadde hel - ler ikke adgang! Dette var et lukket møte! Om den kon - krete tvisten kunne bli satt opp på dagsorden? Som ekstra - ordinært forslag fremmet av en sympatiserende delegat skulle det bli votert over dette innledningsvis, men vi

fikk ikke være til stede for å begrunne forslaget. Etter en tid kom så et medlem ut fra den allerhelligste kino - salen og meddeler oss at det var stort flertall mot å set - te saken opp på dagsorden. Vel, så sitter vi der da, i foajeen utenfor kinosalen på Voss. Men var heldigvis ikke alene. Åneida. Rundt oss drev flerfoldige halvivrige salgskonsulenter fra NYCO, AI, Weider etc. på og satte på plass sigarer, sigaretter, brusflasker, gratisprøver, kulepennar etc. ved de res - pektive stands.

I første pause spurte vi en del delegater om de hadde lest løpeseddelen og sett de numre av *Æsculap* som var ut - lagt, og var ivrige på deres reaksjon. Men - neida. Ingen hadde sett annet enn dagsor - denpapirene. Og ganske rik - tig, - etter å ha presset på advokat Hofsten, kommer han så bærende med hele haugen av avsier og flak. Inndratt. Konfiskert av sentralstyret. Uten et ord til oss. I prak - sis jevngodt med simpel ty - veri.

Så sitter vi i foajeen igjen da, nå med diverse *Æsculap* på fanget, omringet av lege - middelindustriens folk og avventer neste demokratiske utspill fra sentralstyret. Og det blir ikke snaut! Plutse - lig kommer nåværende presi - dent, Jon Skåtun, ut av ki - nosalen, tydelig opphisset, rød i ansiktet, påskyndet respirasjon. Dere der - ro - per han. Se til å kom dere ut! Ut?? Og hvorfor det? Jo - foajeen var kjøpt og betalt av legemiddelindustrien!

Vi hadde da ikke adgang til å oppholde oss der. Vi spurte hvor mye han skulle ha i

cash for 1 stk. sofa av bra størrelse som vi opptok, men den var altså utleid på for - hånd. Alt utsolgt. Da ble vi også forbannet, reiste oss opp og svarte i samme tone - lag. Dette førte da til at legeforeningens president presiserte flere ganger at dersom vi ikke pellett oss ut derfra i løpet av 5 min., skulle han personlig hente politiet på Voss som nok skulle besørge saken temme - lig effektivt!!! Jo - vær så god. Det skulle han da bare gjøre. Vi skulle sitte å vente på lensmannen og dren - gen hans og se hva det ble til. Industriens folk fulgte imens ivrig med, og infor - masjonssjef Tove Måseide i NYCO så skyldbetinget ned i golvet av en eller annen grunn inntil president Skå - tun trakk seg tilbake under diverse ubehagsytringer og forsvant inn i kinosalen. Vel - lensmannen på Voss dukket selvsagt ikke opp, dertil var truslene for tå - pelige og opphavsmannen for feig, og etter nok en pause og korridorprat, hadde vi også fått mer enn nok av legeforeningen, sentralstyret, Skåtun, det omtalte landsmø - tedemokratiet, boikott, ty - veri og polititrusler, - og forsvant fra arenaen.

Ja, kjære Borchgrevink, du husker sikkert episoden. Det - te er selvsagt intet argument vedrørende den demokratiske struktur og måten den funge - rer på i landsmøtesammenheng - men bare et bittelite apro - pos til et forsidebilde av en kneblet mann.

Skien, 23.8.73

Sigmund Karterud

Astri Selmer-Olsen:

«Doktorfrua» på utpostene

De fleste legefamilier har antagelig, før eller siden, vært gjennom følgende situasjon:

Familien kommer glade og forventningsfulle til et nytt distrikt, stedet hvor de i tiden framover skal arbeide, få nye omgangsvener og hvor familien skal trives.

Vel innenfor døren med kufferter, pakkasser, barnevogn eller hva det nå måtte være, kimer telefonen. Det er åpningsfanfaren til det liv som blir så ganske annerledes enn man egentlig tenkte seg den gang man lovet å dele "gode og onde dager." Den hårdt tiltrengte, og av befolkningen etterlengtede doktormann, befinner seg med en gang nedlesset i arbeid. På utrolig kort tid får han anledning til å bli kjent med størstedelen av befolkningen, og - om han noensinne får tid til å tenke på det - vil han ha grunn til å føle at han er akseptert av menneskene på stedet, og at han gjør meget stor nytte for seg blandt dem. Skulle bare mangle! Det ligger jo i sakens natur!

Det samme er som oftest ikke tilfelle med legens kone. Etter en travel tid med utpakking og med å få evt. barn til å tilpasse seg de nye omgivelsene, får hun lyst til å finne ut hva dette nye, spennende livet går ut på. Nyttig føler hun seg nok. Ansvar for barna hviler mye på henne alene. Huset skal stelles, og middagsmaten holdes varm og "nylaget" fra middagstid til midnatt for den alltid forsinkede ektemann. Telefonpass er også hennes jobb. Standardsvaret: "ta temperaturen og ring igjen", passer jo ikke både på evt. pneumonia og hemorroider, men det er slike ting man lærer etter hvert.

snakker høyere og høyere. Litt ille tilmote går man inn. Hilser på samtlige. Fram med den beste stolen til doktorfrua, selvsagt. (Og vi som trodde det var "selvsagt" i riktig gamle dager, og ikke i vårt moderne likestillings-samfunn!) Man setter seg og oppdager --- stillhet! Strikkepinnene klirrer og går, annen lyd eksisterer ikke. Man klynger seg til emnet om været for - om mulig - å bryte den tause muren. Noen få forsøker å være hyggelige, andre derimot blir rett så stramme i ansiktet. Man aner at hvert ord som blir sagt, blir veiet på en usynlig vekt. Som mennesker flest har også



Afs



K193

Behovet for omgang og kontakt melder seg, og forsiktig nølende forsøker man å få innpass i den stedlige forening (fortrinnsvis av arten veldedighetsforening). Oh, gru! Hvem glemmer noen sinne det første møtets sødme: Man er litt sent ute. På lang avstand hører man "the hens party". Det kakler og summer av kvinnestemmer. Alle i sin iver etter å bli hørt, legefruer nehov for kontakt. Derfor gjentar man gjerne ovenstående eksperiment noen ganger. Hvis man er heldig, kan man virkelig oppnå å få noen få, gode venner, samtidig som avstanden overfor andre bare øker. Hvis en legefrue skal ha håp om å trives på slike steder, må hun antagelig sette seg inn i problematikken, og selv takle situasjonen uten hjelp fra andre.

Noen generell oppskrift på framgangsmåten eksisterer ikke, men kanskje kan det være litt trøst og nytte for den enkelte å vite følgende:

Forhold fra "de kondisjonertes tidsalder", eksisterer fremdeles enkelte steder. Når man kommer til et nytt distrikt i utkantstrøk, må man derfor regne med å bli satt på en pidestall. Helt bortkastet å bli innbilsk av den grunn! Årsaken er bare en gammeldags, inngrodd respekt for medisinsmannen og alt hans vesen!

Ja, så inngrodd kan dette være at noen av stedets fastboende synes at "doktorfrua" ser ut som et vanlig snilt og hyggelig menneske som det ville være hyggelig å bli mer kjent med, så våger man bare ikke å ta et slikt initiativ. Risken for en hard dom fra noen av stedets med-søstre, - lett krydret med misunnelse (?), er tilstede. Janteloven eksisterer i små samfunn!

Hvilke forventninger stiller egentlig den stedlige befolkning til distriktslegens kone? Bortsett fra at de av og til venter at hun skal være "klok kone" som kan ordne opp rent medisinsk når mannen ikke er tilstede, så venter de nok noe mer på det rent menneskelige plan. Noen steder ventes at hun skal kaste seg ut i alt foreningsarbeid, og helst være formann i samtlige foreninger. Andre steder er det motsatt: Foreningsarbeidet har de alltid greid opp med selv, her skal ikke tilføres noe nytt fra utenverdenen.

Allikevel forventes nok frivillig innsats på det sosiale plan. Hvor man her skal sette inn sine krefter, må bli opp til den enkelte, alt etter evner og anlegg. Om man tar initiativet og forsøker å hjelpe til med å dekke iøynefallende behov når det f.eks. gjelder felles barneparkering, ungdomsarbeid, studiegrupper o.l., vil dette sikkert bli hilst velkommen. Men viktig er det nok å huske at man må opptre neutralt og vennlig overfor alle, og framfor alt vise toleranse for de allerede bestående ting.

Har man ikke overskudd og krefter til å være så voldsomt aktiv, har det allikevel sin betydning at man er utadvendt og vennlig mot alle. Begynn med å bryte ned den usynlige muren ved først å snakke med barna på stedet

og med de gamle, så følger kontakten med de andre aldersgruppene også.

De fleste distriktsleger blir ikke boende lenge i et distrikt. Årsaken til at de er så lite stasjonære ligger nok delvis i at kona ikke finner seg tilrette. Det hjelper lite å bygge gode boliger og ellers legge alt, materielt sett, vel tilrette for en distriktslege og hans familie, om ikke miljøet på stedet er slik at man trives med det.

Dette problemet kan ikke løses på annen måte enn ved å ta spørsmålet opp med folk på stedet. Kunsten er å benytte sjansen til det akkurat i det øyeblikk den byr

seg. En sak har alltid to sider, og selvom vi kanskje aner den annen parts innstilling, så må vi, om det skal føre til noe, være villige til å snakke ut med dem om vårt syn på det hele. Først da kan det bli godt å være "doktorfrua" på utposten.

Astrid Selmer-Olsen

UTPOSTEN takker for innlegget og stiller sine spalter åpne for andre "doktorfruer" som har noe på hjertet.

Red.

Helsesøstrenes lønnsforhold

Fra "Helsesøsteren", organ for landsgruppen av helsesøstre, trekker vi frem artikkelen om vanskeligheter i samarbeidet, og dette hemmer gruppen av helsesøstre når de nå skal prøve å bedre lønns- og arbeidsvilkårene. Det ser altså ut som om distriktsleger og helsesøstre har samme problemer på dette området, i alle fall når det gjelder å stå sammen for å bedre arbeidsvilkårene. Lønnsforholdene har Den norske legeforening tatt seg meget godt av, og det skal vi være taknemlige for. Men når helsesøstrene nå skal prøve å få hevet sine lønninger opp til et akseptabelt nivå, vil de sikkert møte vanskelighe-

ter på grunn av at de er en relativt liten gruppe. Jeg håper Legeforeningen og de enkelte leger vil støtte helsesøstrene i dette arbeid. Kløften blir jo markant og uttalt etter hvert som hjemmesykepleierne kommer i arbeid, og hvor det viser seg at sjefen for hjemmesykepleien i kommunen vil ha høyere lønn enn helsesøster. Med dette mener jeg ikke å senke lønnen for hjemmesykepleiesjefen, men helsesøstrene må få en skikkelig betaling som den kruttappen hun er i den primære helse-tjeneste. Dette ville også sikkert kunne bedre på rekrutteringen og den primære helsetjeneste vil ha stor fordel av dette.



KRUTTAPPER ER VIKTIGE OG SKAL VÆRE DYRE

Planlegging og organisasjon av psykisk helsevern i Norge

Ass. overlege O. W. Steinfeldt-Foss

Utdrag av artikkel i Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift.
Artikkelen skrevet delvis på grunnlag av Opdøl-seminaret 1971

Innledning

Moderne helse- og samfunnsplanlegging preges av slagord og upresise formuleringer som ofte uttrykker idealer mer enn realiteter. Herved skapes forventninger i folket som ikke alltid har dekning i den praktisk-kliniske virkelighet. Den kommunikasjonsbarriere som derved lett oppstår mellom politiske instanser og behandlingsapparatet må bevisstgjøres. Vesentlig blir behandlerens innsikt i egen dynamikk og motivasjon, slik at de forslag til organisering av helsetjenesten som frambringes, er basert på et faglig rasjonale og en klar rolleoppfatning. Planlegging av helse- og sosialtjenester forutsetter kjennskap til behov og ressurser, både eksisterende og potensielle. Med hjemmel i Lov om sykehus, Lov om psykisk helsevern og Lov om folketrygd er enhver fylkeskommune pålagt ansvar for planlegging, oppføring og drift av de nødvendige serviceinstitusjoner, slik at befolkningen kan få et adekvat tilbud. Også Stortingsmelding nr. 85 om helsetjenesten utenfor sykehus (1971) samt Sosialreformkomitéens innstilling (1972) har aktualisert behovet for en integrert psykiatrisk helsetjeneste. Ansvar for etablering av helse- og sosialtjenester er således i prinsippet desentralisert, lagt på lokalsamfunnet der problemet oppstår, der klienten hører hjemme og der behandlingen ideelt sett skal hjelpe

vedkommende til å fungere igjen. Mens det er vanskelig å fremskaffe tall som beviser at det er skjedd en reell økning i forekomsten av psykiske lidelser i våre dager, synes rusmiddelmisbruk og ungdomskriminalitet å ha vist økning, noe som antas å ha sammenheng med urbanisering og økende sosialt stress. I effekt har imidlertid det psykiatriske behandlingsapparat fått inntrykk av at antallet behandlingstrengende er økende. Dette forhold må sees på bakgrunn av de sosiale bevegelser i de vestlige samfunn, nemlig "The revolution of participatory democracy" og "the revolution of expectations". Disse strømninger reflekterer trekk ved vår livssituasjon, hvorav spesielt den sistnevnte synes å ha sammenheng med utviklingen av massemedia med økende bevisstgjøring på behandlingsbehov, spesielt i underprivilegerte grupper, ut fra kjennskap til de bedrede behandlingsmuligheter innen psykiatri og medisin. På samme måte som bevisstgjøring av behov således krever tilbud, vil også tilbud skape øket behov. En utvidelse av det profesjonelle ansvar utover diagnose og behandling av manifest sykdom inn i det totale helsefelt omfattende forebyggelse av sykdom og fremme av helse i videste forstand, nødvendiggjør en revisjon av det psykiske helseverns funksjon i relasjon til den primære helse- og sosialtjeneste.

Mens psykiatrien gjennom mange år har søkt å formidle til den øvrige medisin et helhetsperspektiv på sykdom med vekt på sosiale og psykologiske faktorer, har vi som psykiatere ikke vært tilstrekkelig åpne for de teorier og prinsipper som ligger til grunn for den samlede struktur av helsetjenesten. Dette betinger økt skoleing i disse disiplinene, idet de grunnideer som inspirerer dagens psykiatri ikke på noen måte er nye i samfunnsmedisin generelt. Studieplanene ved våre medisinske fakulteter tar hensyn til disse forhold gjennom forsøk på integrert undervisning med større vekt på adferdsfag og opprettelse av universitetsinstitutter for almenmedisin.

Organisasjon og lovverk

Mens den norske sinnssykelov av 1848 vesentlig tok sikte på alvorlige sinnslidelser, åpner den nye Lov om psykisk helsevern av 1961 opp for langt videre behandlingsperspektiver der alle typer psykisk sykdom inkluderes. Sinnssykeloven la ansvaret for behandlingen av de sinnslidende på Staten. Den nye lov bestemmer at ansvaret skal overføres til fylkene, hvor igjennom prinsippet om det desentraliserte behandlingssopplegg stadfestes. Lovverket deler landet inn i 15 regioner av psykisk helsevern, slik at en viss form for sektorisering allerede her markeres.

Sentraladministrasjonen av vår helse- og sosialtjeneste er forankret i Sosialdepartementet, for psykisk helsevern og åndssvakeomsorgens vedkommende i Helsedirektoratet, kontoret for psykiatri, på regionalplanet i fylkeslegekontorene v/fylkespsykiaterne/områdeoverlegene. Disse instanser har planleggings- godkjennings- og supervisjonsfunksjoner hjemlet i et rammelovverk, slik at rigide retningslinjer hittil stort sett har vært unngått og muligheter for fleksible, lokale planløsninger muliggjort.

Imidlertid har de forskjellige regioner vist seg store og uoversiktlige når det gjelder å fremskaffe basale epidemiologiske data, videre har avstander og mangel på personell vanskeliggjort realisering av en differensiert utbygging av alle de former for behandling som er nevnt i loven. Spesielt gjelder dette barne- og ungdomspsykiatriske opplegg, poliklinisk behandling, forebyggende tiltak samt opplysnings- og konsultasjonsvirksomhet.

Prinsipielt er den regionale helsetjeneste bygget opp rundt et psykiatrisk sykehus med tilstøtende psykiatriske sykehjem, privatpleie, ettervernshjem og integrert poliklinisk service (for- og ettervern), en psykiatrisk klinikkavdeling fortrinnsvis integrert i det fylkesregionale, somatiske sykehus og en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk med tilknyttede behandlingshjem. Vertil kommer Åndssvakeomsorgen (helsevernet for psykisk utviklingshemmede) fordelt på 12 områder som har sin basis i de såkalte sentralhjem med tilknyttede mindre åndssvakehjem, daghjem og privatforpleiningsplasser.

Behandlingstilbudet til alkoholikere ivaretas institusjonelt i første rekke av Aklinikker og kursteder. Mens en vesentlig del av alkoholismensorgen fra tidligere er organisert i en særomsorg har man ut fra det prinsipielle syn at rusmiddelbruk er et symptom på en primær psykososial svikt, ikke ønsket å etablere noen egen narkomanomsorg, men snarere tatt sikte på en integrering i det vanlige helse- og sosialapparat, herunder det regionale psykiske helsevern,



bortsett fra det såkalte "hårdkjerneclientell" som bl.a. søkes tatt hånd om ved Statens klinikk for narkomane.

Arbeidstrengings- og rehabiliteringsopplegg, inkludert vernet sysselsetting, er dels integrert i de enkelte institusjoner, dels frittstående for forskjellige typer funksjonshemmede og utbygget i varierende grad i regionene.

Det er ikke lenger mangel på nye senger/institusjoner som i første rekke vanskeliggjør realiseringen av et fullverdig behandlingsoplegg. Problemet sentrerer seg snarere om behovet for mer kvalifisert personell med en jevnere fordeling utover landet og større fleksibilitet i utnyttelse av eksisterende ressurser.

Økende erkjennelse av nær miljøets rolle, har aktualisert etablering av behandlingstilbudet i pasientens miljø og dermed poliklinisk behandling. Dette har igjen nødvendiggjort en oppdeling av de enkelte regioner av psykisk helsevern i mer oversiktlige sektorer. Foreløbig er vi i Norge bare ved begynnelsen av denne utvikling men i enkelte regioner er sektoriseringen allerede gjennomført, bl.a. ved Åsgård sykehus i Tromsø og Opdøl sykehus i Møre og Romsdal, mens langtkomne planer foreligger i en rekke andre regioner, spesielt i Akershus fylke og i Oslo by. Sektoriseringen innebærer at behandlingsapparatet får ansvaret for både forebyggelse, behandling og attføring. Ansvaret omfatter dermed ikke bare den manifesterede pasientpopulasjon, men hele befolkningen i sektoren.

Planleggingsaspekter/behovs- og ressursanalyser

En effektiv utbygging av det psykiske helsevern betinger prinsipielt en epidemiologisk, sosiologisk og sosiøkonomisk kartlegging av opptaksområdet når det gjelder:

1. Psykisk morbiditet

målt i incidens, prevalens og sykdomsrisiko. Prevalensstudier er mest relevante for kartlegging av behandlingsbehov, mens måling av incidens og sykdomsrisiko er tjenlige ved etiologiske og prospektive studier.

HVEM SKAL PASIENTEN ANGRIBE
FOR MANGLENDE HELSESERVICE ?

- LEGEN
- LEGEFORENINGEN
- HELSEDIREKTORATET
- POLITIKERE

Det ville være spennende å oppleve en prosess hvor skadelidende anklaget "de ansvarlige" for skade som kunne vært unngått ved anstendig tilrettelagt helsetjeneste.



2. Det forhold at psykisk sykdom ikke er tilfeldig fordelt i befolkningen, men viser korrelasjoner til demografiske og sosiokulturelle variabler, nødvendiggjør en sosiodynamisk analyse av sektoren. Leighton (1959) har i sin "Stirling County Study" påvist hvordan man ved sosiologisk, sosialpsykiatrisk og natropologisk metodikk kan avdekke bestemte trekk ved typer av samfunnsstrukturer, en samfunnstypologi som kan korreleres til fordelingen av psykisk sykdom i befolkningen. Psykososiale svikttilstander har høyere frekvens i fraflyttingsområder, herunder lokalsamfunn i oppløsning p.g.a. sviktende næringsgrunnlag samt nyetablerte pressområder som ennå ikke har utviklet noen lokalsamfunnsidentitet. Desintegreerte lokalsamfunn karakteriseres særlig av økonomisk nød, høy frekvens av splittede hjem, få og svake gruppedannelser (foreninger), få og svake ledere/identifikasjonsobjekter, normoppløsning og kulturell forvirring få reaksjons- og fritidstilbud med muligheter for selvrealisering for befolkningen, høy grad av mistenksomhet og ungdomskriminalitet, et svakt og fragmentert nettverk av kommunikasjoner.

Bortsett fra et modifisert prosjekt i en norsk fraflyttingsbygd, det såkalte "Nord-Odal prosjektet" (Løchen 1971), har systematiske analyser av typen "Stirling County Study" ennå ikke vært gjennomført i Norge, men planlegges nå i enkelte utvalgsområder.

3. Sluttelig må utføres en systematisk registrering av alle støtte- og behandlingsressurser av medisinsk og sosial natur. Spesielt skal fremheves nøkkelinstansene i den primære helse- og sosialtjeneste samt skoler og skolepsykologkontorer, arbeids- og attføringskonsulenter, bostedsmiljøplanleggere. Endelig aktualiseres også spørsmålet om hensiktsmessigheten av den tradisjonelle oppdeling av psykiatrien i barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og gerontopsykiatri, respektive minor- og majorpsykiatri. Videre nødvendiggjøres en utvidelse og revisjon av den tradisjonelle biologisk-diagnostiske modell frem mot en flerdimensjonal diagnostikk med større innslag av psykososiale og psykodynamiske konsepter.

I en innstilling av juni 1969 til Norsk psykiatrisk forening om "Prinsipper og perspektiver i psykiatriens fremtidige oppgaver og utvikling", presiseres betydningen av at samfunnsmedisinske aspekter gis økt vekt i utformingen av den psyki-

atriske helsetjeneste. Norsk psykiatrisk forening har videre på årsmøtet i juni 1972 vedtatt forslag til nye spesialistregler, der kravet til den psykiatriske hovedutdannelse ikke lenger er knyttet til spesifisert tjenestegjøring i psykiatriske sykehus og klinikker, men mer understreker de funksjonelle sider med krav om at kandidaten skal dokumentere erfaring og innsikt i såvel langtids- som korttidspsykiatri, intramural- som ekstramuralpsykiatri. Det skarpe skillet som inntil de senere år har eksistert mellom de psykiatriske sykehus og klinikkavdelinger er således iferd med å viskes ut.

I motivene til Lov om psykisk helsevern forutsettes ekstramurale opplegg tillagt større vekt enn forholdene i voksenpsykiatrien har muliggjort. I barne- og ungdomspsykiatrien utgjør poliklinikken sentret i det regionale behandlingsopplegg. Der kommunikasjons- og personalmessige forhold har ligget til rette for etablering av en fleksibel behandlingsskjede med poliklinikk, inklu-

dert for- og ettervern, dag/natthospital, beskyttede boliger og vernet sysselsetting, har man i en rekke tilfelle kunnet unngå hospitalisering, respektive langtidshospitalisering og dermed faren for kronifisering. Den prinsipielle forskjell på rehabilitering av psykisk og fysisk funksjonshemmede må i denne forbindelse understrekes. Mens den fysiske betingede invaliditet i noen grad er målbar, er arbeidsinsuffisiensen, selve den sosiale svikttilstand til dels identisk med det psykiatriske sykdomsbilde. Dette krever således en rehabiliteringsplan som er integrert i den totale terapi, som bl. a. vist ved Dikemark sykehus (Steenfeldt-Foss 1967). Den epidemiologiske kartlegging omfatter også registrering av risikogrupper, spesielt grupper som faller utenfor omsorgs- og service-tilbudet. Av disse skal nevnes barn fra splittede hjem, ungdomskriminelle, mennesker som kommer til kort i skole- og arbeidssituasjon, etnisk (flyktninger, fremmedarbeidere) - økonomisk- evne og utdannelsesmessig underprivilegerte



Fremtidsperspektiver

Stortingsmeldingen om helse-tjenesten utenfor sykehus samt Sosialreformkomitèens innstilling, antas sammen med det øvrige lov- og regelverk å ville få sentral betydning for en funksjonell integrasjon i lokale helse- og sosialsentra av den tradisjonelle helsetasjon, familievernkontorer, sosialkontor, skolepsykologkontor og det regionale psykiske helse-vernens ambulatorium. De nevnte innstillinger bør imidlertid mer oppfattes som skisserende arbeidsmetoder enn en byråkratisk og bygningsmessig struktur (Sundby 1972). Alle

planløsninger må tilpasses lokale forhold som skifter fra region til region og utformes på basis av eksisterende ressurser i samsvar med lokalsamfunnets egne rasjonelt uttrykte behov (cfr. folkevalgte bydelsutvalg/grendeutvalg).

En slik fremgangsmåte forutsetter imidlertid nært samarbeid mellom lokalsamfunnet, behandlingsapparatet og de administrative instanser. Som koordinator på fylkesregionalt plan spiller fylkespsykiatrien en sentral rolle, men beklageligvis er ikke alle stillinger besatt. Erfaringer fra de fylkesregionale kontaktutvalg for narkotikaproblemer, bestående av representanter for det lokale helse- sosial- skole- og politivesen samt fra samarbeidsutvalget mellom barne- og ungdomspsykiatrien og Helseinspektoratet, har medført at et tilsvarende utvalg for voksenpsykiatri planlegges.

Basert på en innstilling av 1972 om alkoholistomsorgen, foreslår komitèflertallet en strukturendring bygget på innpassing i det vanlige helse- og sosialapparat. I "Innstilling om retningslinjer og målsetting for videre utbygging av åndssvakeomsorgen", er lignende prinsipper lagt til grunn. Spørsmålet om hvordan disse to omsorgsgrener skal relateres til det vanlige psykiatriske sektorapparat må vurderes i tiden fremover.

Familievernkontorene, hvorav det første ble åpnet i 1959, har til oppgave å undersøke og behandle enkeltpersoner og miljøer hvor det foreligger tilpasningsvansker, konflikter eller sykdom som antas å ha sammenheng med familiesituasjonen. Familievernkontorene forutsettes integrert i det øvrige sektorapparat og kan for så vidt betraktes som bindeledd mellom den mer spesialiserte helsetjeneste og primærapparatet.

Ved psykiatriske institusjoner utover i landet er det igang forsøk på en koordinasjon av helse- og sosialtjenester. Spesielt har man tatt sikte på et strukturert samarbeid med distriktsleger helsesøstre og sosialkontorer (Robak 1970).

Selv om vi aldri vil kunne klare oss uten sengeavdelinger, og til tross for en utstrakt poliklinisk ettervernsvirksomhet, er det u-

tvilsomt at våre opplegg har vært for institusjonsbundne med den fare for rigiditet dette innebærer, noe som illustreres ved den eksisterende ressursfordeling på de forskjellige typer av service. De regionale opplegg er derfor for tiden under omforming med et videre funksjonelt siktepunkt enn den tradisjonelle klinikk- respektive psykiatriske sykehusmodell tilsier. Referanse-rammen er den samfunnspsykiatriske sektormodell med stikkordene nærmiljøpsykiatri, kontinuitet og fleksibilitet mellom behandlingsfasene.

Det forhold at psykososiale svikttilstander har høyere frekvens i fraflyttingsområder og i nyetablerte pressområder, har klargjort betydningen av mer distriktspolitiske virkemidler. Gjennom Distriktenes Utbyggingsfond og ved etableringskontroll av bedrifter på samarbeidsbasis, søker norske politiske myndigheter å bidra profylaktisk i videste forstand med sikte på en jevnere ressursfordeling med spredning av arbeidsplasser, for derved å opprettholde næringsgrunnlaget i ressursfattige distrikter og hindre fraflytting.

På lengre sikt vil spørsmålet om opphevelse av Lov om psykisk helsevern med innpassing av denne i Lov om sykehus og den bebudete lov om helsetjeneste utenfor sykehus bli aktuell, slik at helsetjeneste blir samlet i ett lovverk. Dette vil imidlertid nødvendigvis innebære etablering av et eget regelverk for administrativ frihetsberøvelse. På denne måte håper man såvel lovmessig som planleggingsmessig å kunne legge forholdene til rette for etablering av en koordinert totalomsorg omfattende både helse- og sosialtjenester (Lohne-Knudsen 1971).



Praktisk samarbeid psykiatrisk sykehus/primærlege i Møre og Romsdal

Opdøl sykehus i Møre og Romsdal ved overlege Robak har satt i gang et utstrakt samarbeid med en del av regionens primærleger, for bedre å utnytte de ressurser som finnes i pasientenes nærmiljø.

Det blir holdt kontordager på forskjellige steder sentralt i fylket, hvor psykiatrisk team besøker Sunndalsøra, Elnesvågen, Åndalsnes og flere andre steder i fylket. Fra i år har også småkommunene Aukra, Midsund og Sandøy kommet med i opplegget. Det hele er meget positivt, og jeg vil gjerne befordre det praktiske opplegget videre. En kontaktmann på sykehuset har det hele og fulle ansvaret for møtene i distriktene, kontaktene perifert består av distriktslegene på stedet. Ved samtale på sykehuset og med den lokale distriktslege finner den sentrale kontaktmann ut hvilke pasienter som skal tas opp på neste møte. Et team fra sykehuset reiser ut for ved samtale med den lokale helsetjeneste og evt. med pasienten å kunne rette på forhold på en enkel måte uten å ta inn vedkommende i avdelingen.

De tre små øykommunene her ute har et utstrakt samarbeid mellom distriktslegene fra før av, slik at alle tre som regel møter opp på disse lokale psykiatriske helsemøter, og dette til tross for at det er forbundet med den del tid og vanskeligheter å komme frem over havstrekninger. Utenom de fast oppsatte pasienter fra de spesielle legedistrikt, kan man nemlig ta med seg alle problemer man har hatt i den senere tid, og som man med rimelighet kan forvente å få råd til fra spesialisthold.

Spesialistene som kommer fra det sentrale psykiatriske sykehus, behøver nødvendigvis ikke være bare leger. Det behøver nødvendigvis ikke være leger til stede i det hele tatt. De som reiser ut for å hjelpe til her ute, må være de som kjenner pasientene best og har best greie på det videre opplegg. I dette konkrete tilfelle har overlege Robak vært med de fleste ganger sammen med sykepleier, sosialkurator, psykolog osv., etter hvem som har hatt best greie på pasientens sykdom.

En annen ting som har vært av uvurderlig betydning for oss, er den rent faglige kontakt på psykisk helseverns område. Man klarer på denne måten å følge bedre med i hva som skjer, hvilke muligheter som finnes kapasitetsmessig i institusjonene. Kapasitetsmessig i hjemmet kan den lokale distriktslege og helsesøster opplyse om.

På kjøpet så og si, får man orientering om hvilke psykofarmaca som er aktuelle i dagens situasjon, og man kan følge litt bedre med i den stadige strøm av tabletter og sprøyter.

Men dette tar alt for lang tid, vil noen si. Snart sitter vi i møter hele døgnet. For mitt eget vedkommende kan jeg trekke frem mitt første møte med teamet som resulterte i løsning av to psykiatriske virkelig gordiske knuter. Hvor mye tid jeg har kastet bort på disse to stakkars pasientene, er som et hav i forhold til den tiden vi brukte på dette møtet. Når det gjelder andre positive sider ved tiltaket, kan jeg nevne at man får en mye bedre oversikt og "follow up" av de psykiatriske pasienter

i ens eget distrikt. Dessuten vil Opdøl sykehus bedre få greie på de ressurser som finnes på stedet, slik at man eventuelt kan utvide og støtte opp om at pasientene kan klare seg hjemme i sitt miljø.

Det er klart at dette ikke lar seg gjennomføre over alt. Det er i første rekke avhengig av overlegen ved det psykiatriske sykehus og hvilken innstilling han har til et slikt tiltak. Den gamle psykiatrien her i Norge har jo gått ut på sykehus med 7-800 pasienter, hvor 2-3 leger har skullet ta seg av dette. Det skisserte opplegg er jo noe ganske nytt i så måte, i og med at det går ut på å prøve å holde på klientene med psykiske lidelser hjemme, dog under full kontroll fra sykehusets side.

Jeg spiller derfor i første rekke ballen ut til overlegene ved de regionale psykiatriske sykehus, dernest er opplegget totalt avhengig av samarbeidsvilje mellom primærleger. Og her kan det vel skorte litt på initiativet, etter hvilken vekt man legger på psykisk lidelse. Ingen primærlege kan vel imidlertid si seg fra at problemet er til stede. Det finnes mennesker med psykiske lidelser. Det hele er vel mer et spørsmål om man har åpnet øynene for dem. Det er vel heller ingen primærlege som med hånden på hjertet kan si at han behersker feltet godt nok. Hvis han derfor fikk utstrakt en hjelpende hånd fra nærmeste regionale psykiatriske sykehus, tror jeg kanskje han ville ta imot hånden og bruke den.

Hele dette opplegg er jo ikke noe revolusjonerende og nytt på noen måte. Jeg har her bare prøvd å skissere hvordan det har vært mulig å løse det praktisk og forklart hvilken nytte jeg synes vi har av det her ute. Dersom det andre steder foreligger tilsvarende opplegg innen psykiatri eller andre medisinske områder, er vi i UTPOSTEN interessert i å få høre om dette, slik at vi kan befordre idéene videre.

Red.

Sykepleierens etikk kodex

Vi har den glede i dag å kunne presentere sykepleierens etikk kodex. Den stammer fra en av landets sykepleieskoler. Nedenstående har vært presentert som et gruppearbeid i etikk. Jeg siterer:

Den medisinske behandling som utføres i dag, medfører stadig større etiske konsekvenser for det enkelte menneske. Som sykepleier er du bundet av sykepleieryrkets etikk kodex. Diskuter denne etikk kodex og se den i relasjon til praktiske arbeidssituasjon.

Gruppe 1:
Etiske problemer i forbindelse med abortus provocatus
Litteratur: Tidsskrift for DNL, nr. 7, 1970, side 685-687. Sygeplejersken, nr. 2, 1973. Demonstrasjonsrom A.

Gruppe 2:
Etiske problemer i forbindelse med transplantasjoner.
Litteratur: Sykepleien, nr. 10, mai 1971, side 345. Nordisk Medicin, nr. 25, 1967, side 812.
Ole Jakob Broch. "Det kunstige mennesket".
Nye medisinske fremskritt. Transplantasjonskirurgi.
Ole Jakob Broch. "Det kunstige mennesket". Rettsmedisinske og etiske forutsetninger for transplantasjonen.
Demonstrasjonsrom B.

Gruppe 3:
Etiske problemer i forbindelse med forskning.
Litteratur: Ole Jakob Broch. "Det kunstige mennesket".
Medisinsk forskning i Norge, side 69.
Er medisinsk forskning betryggende for våre pasienter, side 59.
Medisinsk forskning og etikk, side 41.
Sykepleien nr. 21, nov. 1969, side 672-673.
Grupperom.

Gruppe 4:
Når er et menneske død?
Etiske problemer i forbindelse med fastsettning av dødsriterier.

Litteratur: Ole Jakob Broch: "Det kunstige mennesket".
Døden og dødsriteriene, side 96.

Eutanasia, retten til å dø, side 126.
Kunstig forlengelse av livet, side 132.

Clarence Blomquist: Medisinsk etikk.
Eutanasi, side 232.
Retten at leva och plikten att dø, eller plikten att leva och retten att dø, side 269.
T.V.rom.

Hvert emne skal diskuteres i klassen, gruppene bør notere hovedpunkter som en vil trekke fram i diskusjonen.
Hver gruppe velger en til å lede diskusjonen.

UTPOSTEN gratulerer Ole Jakob Broch, vi sier ikke mer.

Hobbyetikker Karl Olsen, avd. for etiske kodexer.



Klinisk spesial pedagog

Vet du ikke hva det er, sier du. Det er 17 av dem i landet, og nesten alle befinner seg i Oslo-området. Det siste har vi begynt å bli vant ved. De blir utdannet ved Nic Waals instituttet i Oslo. Kliniske spesialpedagoger er spesielt egnet til barnepsykiatrisk arbeid. I skolen kommer de inn hvor det er elever med adferdsvansker og alvorlige nevrososer eller psykoser. Han skal gi råd og rettleiding for lærere som har slike elever. Så vet vi det.



Sigarettfbruk — sigarettpris

Helseskadelige virkninger av sigarettøyking har vært snakket og skrevet om i mange år nå. Skremsepropaganda har ikke nyttet noe særlig. Men hva er det som nytter? Jo, nemlig øking av sigarettprisene. Dette kan man lese om i "British journal of preventive & social medicine" februar 1973. Jeg skal her bare nøye meg med en del av konklusjonene. Det ble undersøkt på menn over 25 år i perioden 1946 - 1971. Man fant der en sterk omvendt proporsjonalitet mellom prisen på sigaretter og sigarettforbruk. Prisøkning på 5% eller mer satte sigarettforbruket ned. Vitenskapelige rapporter i 1962 og -71 om sigarettens skadelige virkninger hadde samme virkning som man hadde satt opp sigarettprisene med ca. 60 øre for 20 sigaretter. Man har funnet ut at en selektiv beskatning som har en 10% økning pr. år, ville innbringe en god suksess i kontrollen av sigarettøyking.

Boligplanlegging, miljø og fagfolk

Det har i den seinere tid vært omtalt forskjellige boligprosjekt og forhold omkring planlegging og bygging av disse. Det har vært skrevet om boligmangel kontra miljø- og trivselshensyn.

Jeg mener det er galt å sette disse faktorene ensidig opp mot hverandre slik enkelte har gjort det. Man vil da ha lett for å overse andre viktige faktorer som vil kunne bedre forholdene. En slik faktor er lokalisering av arbeidsplassene som vil være av stor betydning for boligmangelen. Det er viktig å innse at boligmangelen ikke bare kan påvirkes av økt boligbygging.

I vårt "velferdssamfunn" har vi råd til å unne oss trivsel og et positivt bo-miljø. Dessverre ser vi stadig nye boligprosjekter som er direkte klientskapende i sin form. Det er boliger hvor man på ingen måte har mulighet til å skape sin egen identitet i og omkring boligen. Alt er ferdig og utnyttelsesgraden er strukket så langt som mulig. Våre skapende evner drepes, da mulighetene for utfoldelse nesten er helt borte. Nabokon-takt og mulighetene for utendørsaktiviteter innskrenkes. Man er blitt "leilighet 412, oppgang b".

Jeg tror det er av en vesentlig betydning at mennesket gis muligheter til å skape sin identitet både i og ikke minst utenfor boligen. Jeg tror en hageflekk med trær og muligheter for blomster til dels kan gi en de samme positive impulsene som de kan få ved å skape musikk, male eller lignende. Disse følelsene er etter mitt syn viktige i forbindelse med å skape en meningsfylt tilværelse for den enkelte.

En annen ting ved boligbyggingen i dag er de økonomiske forhold. I vår besøkte jeg Londons-Thamesmead New Town på en studietur. Dette var en ny bydel i London. Det var et fantastisk byggeprosjekt som skulle stå ferdig i 1980 med 60.000 innbyggere.

De første flyttet inn i 1969 -70. Thamesmead besto vesentlig av 3 etg. rekkehus og større blokker. Positivt var gangveier holdt unna den motoriserte trafikk ved bruk av underganger og betongbroer over bakken. Politikere og planleggere fra hele Europa hadde vært på besøk, og de var overbegeistret, etter det man fikk opplyst på informasjonssenteret. (Man hadde eget informasjonssenter m/film og foredrag).

En samtale med en sosialarbeider ved bydelens ferdige helsesenter kunne gi meg et noe annet bilde av dette samfunnet. Man mente å ha dobbelt så mange henvendelser til sosialkontoret her pr. innbygger som i bydelene

omkring. Henvendelsene gjaldt i stor grad økonomiske problemer, eller problemer som var forårsaket av økonomiske vanskeligheter. Sosiallederen karakteriserte Thamesmead slik: "Et paradis for en arkitekt, men et helvete for en sosialarbeider". Her kan man snakke om "trygdemisbruk", eller rettere misbruk av ressurser. Man behøver heller ikke gå til utlandet for å finne eksempler på dårlig boligplanlegging. I en av våre nordlige byer bygget man 3 8 etg. blokker som skulle avhjelpe "bolignøden". Ordføreren i byen kunne fortelle at trivselproblemer ikke ville bli store, da det var eldre og familier uten barn

Your dream house.
You can build it with our materials.
Decorate it with our furnishings.
And even write home about it on our paper.



som skulle prioriteres i leilighetene. I dag er det vesentlig sosialkontoret som betaler husleiene til de unge familiene som har flyttet inn, og barnas muligheter til utendørs-aktiviteter er minimale. Generelt var leilighetene for dyre for den vanlige lønsmottaker. Jeg stiller derfor spørsmål - let: Skal politikere og arkitekter (evnt. fagfolk i byggn. sektoren) være de eneste som skal være med på planleggingen av nye boliger og sam-

funnet i det hele. Ser man ikke nødvendigheten av også å benytte fagfolk fra f.eks. helse- og sosialsektoren innen planleggingen. Her ligger ubrukte ressurser som ville være til hjelp når vi skulle skape et positivt og meningsfylt samfunnsmiljø i framtiden. Ikke minst sosionomene med sine kunnskaper om individ og samfunn burde kunne komme sterkere inn i bildet på dette området. Også sosialstyret med sitt spesielle erfaringsgrunnlag og kunnskaper vil kunne være

til stor nytte på det forebyggende/planleggende plan når større prosjekter planlegges.

Det er å håpe at vi etter hvert lærer hvor mye miljø og trivsel betyr for den enkelte, og bruker de ressurser vi har til å gjøre resultatet best mulig også innen boligplanleggingen.

Einar R. Vonstad,
sosijsjef i Aukra.

Bygningslovens § 66.2 — anke over helserådsvedtak

På helsedirektoratets møte for offentlige leger i mai i år ble det spurt om hvorledes man skulle behandle anker over helserådsvedtak som var fattet i saker sendt til helserådet i henhold til bygningslovens § 66.2.

Spørsmålet fikk ingen endelig avklaring, og da flere av de offentlige leger før eller siden vil stå overfor slike saker, kunne det kanskje være av interesse å ta spørsmålet opp i UTPOSTEN.

Jeg skal nedenfor forsøke å gjøre rede for saken, slik jeg har forstått og praktisert lov og rundskriv.

Etter bygningslovens § 66.2 "skal bortledning på lovlig måte av skylle- og spillvann o.l. til kloakk, vassdrag e. l. være sikret." Denne ordning skal være godkjent av helserådet. Med andre ord skal det legges frem en kloakeringsplan, og denne planen skal godkjennes av helserådet.

Byggemeldingen med kloakeringsplanen skal først behandles av bygningsrådet. Hvis bygningsrådet godkjenner byggemeldingen inklusive kloakeringsplanen, skal saken sendes over til helserådet. I helserådet kan i prinsippet 2 ting skje. Hel-

serådet godkjenner den fremlagte kloakeringsplan. Saken sendes derpå tilbake til bygningsvesenet, og helserådet er for sin del ferdig med saken.

Helserådet godkjenner ikke kloakeringsplanen. Så vidt jeg vet, er det ikke faste regler for hvem som skal underrette byggherren om helserådets avslag. Jeg har etter avtale med bygnings-sjefen - sendt helserådets vedtak til bygningsvesenet som så i sin tur har underrettet byggherren om avslaget, gitt opplysninger om klageadgang, klagefrist osv. Jeg har funnet denne fremgangsmåte grei og lettvin.

Hvis byggherren påklager helserådets vedtak, skal klagen sendes til helserådet, og saken må på ny behandles i helserådsmøte. Og igjen er det to ting som kan skje.

Helserådet tar klagen til følge, dvs. opphever sitt tidligere vedtak i saken og godkjenner kloakeringsplanen. Det nye vedtak sendes til bygningsvesenet og til byggherren, og helserådet er ferdig med saken.

Hvis helserådet opprettholder sitt vedtak om ikke å godkjenne kloakeringsplanen, skal saken behandles etter bygningslovens § 17.1. I tredje avsnitt i denne § står det:

"Avgjerder av helserådet i medhold av denne lov kan påklages til vedkommende fagdepartement (jfr. sunnhetsloven av 16. mai 1860 § 7). Klagen settes fram skriftlig for helserådet som gir uttalelse om klagen og sender saken gjennom formannskapet og fylkesmannen til fagdepartementet. Formannskapet og fylkesmannen bør gi uttalelse om klagen." Med fagdepartement menes her helsedirektoratet.

Slik jeg har forstått loven, er altså fremgangsmåten ved ekspedisjonen av en ankesak annerledes i disse byggesaker enn vanlig. Saken skal således ikke sendes fylkeslegen.

Det er altså helsedirektoratet som er ankeinstansen og som har den endelige avgjørelse i likhet med andre påklagede helserådssaker.

Bærum helseråd, 8.8.1973
L.D.Holan.

Trygdesjefens seier over fornuften



Søkeren er langsom og svært lite tress - er psykisk på linje med barn. Fysikken er voldsom, i omfang og vekst langt over hva kalles normalen.

Gangen er ynkelig, er ustø og treg, så kun med besvær hun seg røre. Ryggen er skrøpelig, det verker i ben, så neppe for brann hun kan løpe.

Å bøye seg, sitte på huk eller stå - med så mange fysiske plager - kaste, banke samt heve seg på tå - slett intet av dette hun klarer.

Ferdighet i fingre er så som så, vel kan hun stoppe en strømpe med "kaliber 16" i nål og tråd og kanskje en buksebak bøte.

Litt mat kan hun lage - middag til to - og koppene vaske i blandt samt tørke litt støv av reol og bord og kanskje en rammekant.

Golvvask og annet som krever litt kraft, er slikt hun ikke formår, så snart hun skal prøve å bruke litt makt, det verker og murrer så sårt.

Tilstanden er varig - blir verre etter hvert. Behandlingen helst brakt til opphør. Så langt som vi kjenner vår søker her - på det nærmeste helt er hun ufør.

Aldri en husmor i sådan tilstand noe stort av betydning utfører. La derfor skje fyldest i lovens navn: La armingen få hva hun ønsker.

Dette er en innstilling til en søknad om uføretrygd. Innstillingen ble oversendt Fylkesnemda, men om søknaden ble innvilget vet man ikke.

RTV KAN OGSÅ BLI BEDRE

Jeg tillater meg å påpeke rutinen med søknader til folketrygden hvor legen gjør mye arbeide i og med at han fyller ut legeerklæring. Han gir da direkte eller indirekte sin mening til kjenne om hvor vidt vedkommende er berettiget til støtte eller ei. Gjennom trygdekontoet går saken til fylkesnemda som tar sin avgjørelse, men legen som har skrevet legeerklæringen hører ikke et pip om hvordan saken har gått med mindre han på eget initiativ oppsøker fylkesnemda eller trygdekontoet. Han vet desuten ikke når saken blir avgjort og har derfor vanskelig for å komme i kontakt med selve avgjørelsen og begrunnelsen for denne. Så vidt jeg har fått opplyst blir avgjørelsen i form av en orientering om hvor mye kontanter vedkommende søker får sendt til søkeren. Det blir lagt et ark inn i saks-papirene, ligningskontoet og sosialkontoet får sitt og Rikstrygdeverket skal også ha en kopi. Det er meg litt uforståelig hvorfor ikke legen som utfyller legeerklæringen får kopi av for det første begrunnelsen for et eventuelt avslag og dernest størrelsen på stønaden.

URICULT®

Fordeler:

1. Enkel prøvetagning, dyrkning og transport.
2. Pålitelig: Urinveisinfeksjoner oversees ikke.
3. Intet tidspress: Transporttiden for Uricult til laboratoriet påvirker ikke resultatet.
4. Lett avlesning: Agarskiven har stor overflate som det er lett å vurdere mot de trykte standarder.
5. Økonomisk: Mindre laboratoriearbeid fordi bare positive prøver behøver ytterligere undersøkelser.
6. Oppbevar Uricult kjølig (ikke i kjøleskap). Unngå temperatursvingninger. Holdbar i 6 måneder.

Bestilles direkte fra Collett A/S - Asker.

„HERMOCCULT“

*- en ny og mer hygienisk metode
til påvisning av blod i fæces*

- HEMOCCULT er meget enkel å bruke, ingen spesielle beholdere for transport av fæcesprøver er nødvendig.
- Inneholder ingen carcinogene stoffer.
- Bare en reagens behøves.
- En rensligere testmetode.
- HEMOCCULT er holdbar i flere år ved lagring i romtemperatur.
- Reduserer tiden som går med til å forberede og utføre testing for blod i fæces.
- HEMOCCULT leveres i sett a 100 tester med alt nødvendig utstyr for bruk.

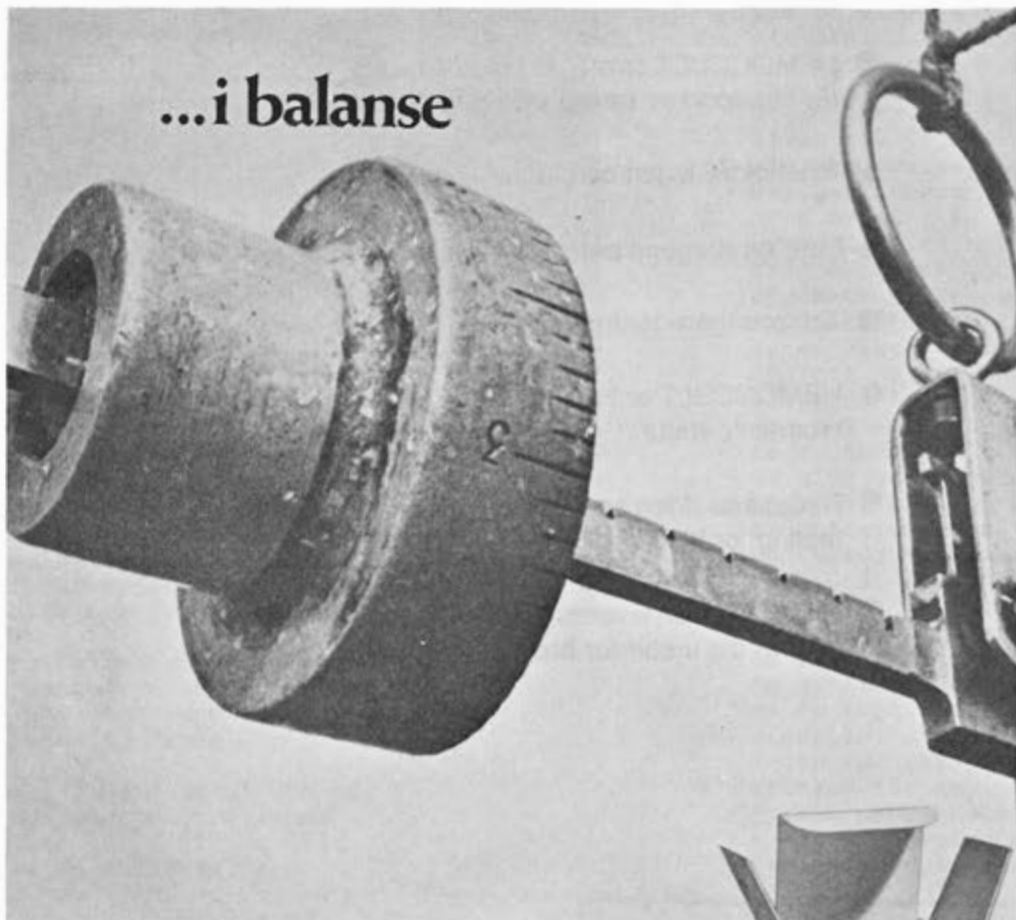
Hvert sett inneholder 100 Hemoccult konvolutter, 100 trespatler, 2 flasker reagens til fremkalling og en bruksanvisning. Et sett a 100 tester koster kr. 105,- inkl. m.v.a.

*Hemoccult selges i Norge av firma **Aa. Knutsen AIS**,
Briskebyveien 22, Oslo 2. Tlf. 603937*

*Hemoccult er et produkt fra: **SK&F. Smith Kline & French
laboratories ltd. Welwyn Garden City, Hertfordshire, England.***

*Nærmere opplysninger om Hemoccult kan De få av SK&F's agent
i Norge, **Jan F. Andersen, Smesveien 13, 1370 Asker.***

...i balanse



Etablering av psykisk
balanse krever en
annen løsning

Terfluzin[®]

Trifluoperazin

- angstneuroser og spenningstilstander
hvor inaktivitet er fremtredende symptomer.
Bivirkninger og kontraindikasjoner:
Vennligst se Felleskatalogen 1971/72.



rhodia

Pharma Rhodia

Sandviksveien 12, 1322 Høvik. Telefon 53 78 03 og 53 35 43