

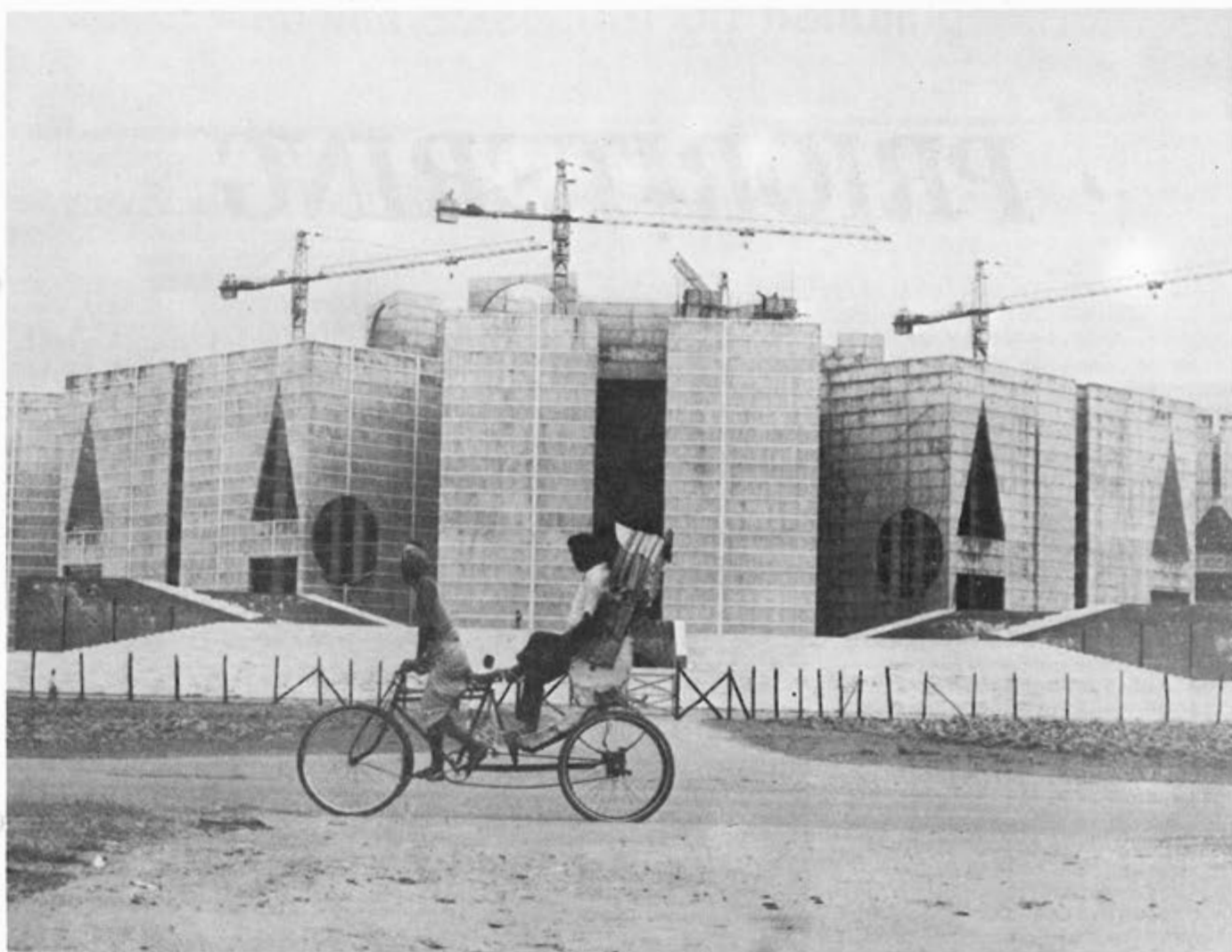
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 3

MARS/APRIL 1975

ÅRGANG 4



AV INNHOLDET:

- Side 3: Otto Christian Rø: Kristen legemisjon
- Side 6: Vegard Andal: Intervju med generalsekr.
i Kirkens Nødhjelp.
- Side 9: Tor Ødegaard: Helse — Sosialsentra:
Oppgaver, bemanning og utrustning.
- Side 13: Dag Brekke: Røykeproblemet.

UTPOSTEN

Redaktører:

Tore Rud
Harald Siem
Per Wium

Adresse:

6420 Aukra
Tlf. Aukra (072) 74 130
Postgiro 347823

Utkommer med ca. 8 nr. pr. år.

Redaksjonssekretær:

Asgar O. Aasen

Tegninger og Lay-out:

Kåre Bjørn Huse

Abonnement:

Kr. 50,- pr. år.
Studenter kr. 25,- pr. år.

Trykk:

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

PRIORITERING

Prioritering er jo et av disse ordene, en nøkkel som passer akkurat for det man mener. Etter en tids iherdig bruk er det imidlertid slitt, og det letes etter andre ord som kan erstatte det.

Vårt eget helsevesen i sin nåværende utbyggingsfase har problemer med å påvise at det gjør fremskritt, helsefremmende tiltak slår ikke lenger ut i senket spedbarnsdødelighet eller høyere levealder, men må evalueres frem til synbarhet. Blant alle de konkurrerende prosjekter er det viktig å gjøre sitt godt synbart i riften om bevilgningene. I størstedelen av verden er helsetilstanden så meget dårligere at et stort antall norske helsearbeidere føler seg utfordret av problemet. "Hjelpe der det virkelig trengs" er hovedgrunnen for mange som forlater sitt skrivebord med sykepengeattestene og svetter seg gjennom vaksinasjonskøer, ernæringsprogram, feltkirurgi og dispenser-virksomhet i underutviklede land. Befolkningseksplosjon, synkende levestandard i fattige land, akterutseiling av de rike, sammen med dannelsen av innfødt elite i u-land er med på å skape prosjekter som vi vanskelig kan forstå kunne dukke opp i det hele tatt, og en langvarig tilstedeværelse av mennesker i fornødelse fører til prioritering på en for oss ufattelig måte.

U-landsproblematikken nærmer seg oss med stor hastighet. Den angår kanskje særlig våre helse- og sosialarbeidere, ikke bare fordi de i sitt

daglige arbeid har å gjøre med de mennesker som er vanskeligstilte, men også fordi de lettest har adgang til å arbeide i u-land.



KRISTEN LEGEMISJON —

en tjeneste i ord og handling

1.1. Målsetting

Kristen legemisjon har som mål å dra omsorg for hele mennesket, ånd, sjel og legeme. Arbeidet som misjonslege omfatter både medisinsk hjelp og forkynnelse av det kristne evangelium. Utfordringen til å forkynne, lære og helbrede grunner seg på bibelens ord. Bibelen sier: "Gud vil at alle mennesker skal bli frelst og komme til sannhets erkjennelse". Derfor er det enhver kristens oppgave å forkynne og lære. Men Kristus har selv sagt: "Det dere gjør mot en av disse mine minste små, det har dere gjort mot meg." Å helbrede kan derfor være en Kristi tjeneste.

1.2. Motivering

Guds kall til tjeneste er legemisjonens motivering. Misjonsbefalingen som står skrevet i Matteusevangeliet, kapittel 28, gjelder også helbredelsens tjeneste så fremt det tjener evangeliets sak.

Misjonskallet er en forutsetning for all kristen misjon. Kallet til misjonstjeneste kan arte seg på ulike måter. Tradisjonelt var misjonstjenesten et livskall. Men kallet kan også være knyttet til oppdrag av kortere varighet eller rett og slett ha sin bakgrunn i et udekket medisinsk behov.

1.3. Midler

Legemisjonen har vært et brohode for kristen evangelisering blant nødlidende mennesker. Samtidig har forkynnelsen av det kristne budskap vist at medisinsk hjelp kan være et konkret uttrykk for

kristen medmenneskelighet og nestekjærlighet. Slik kan legemisjonen være et middel i evangeliets tjeneste.

2.1. Forholdet til kristentroen

Den som arbeider som misjonslege, må selv være en overbevist, personlig kristen. Gud trenger tro tjenere. Bare slik kan evangeliet vinne ut. Vissheten om å være i Guds plan kan trenge når arbeid og problemer tårner seg opp, når isolasjon og ensomhet plager, og når maktesløsheten tar overhånd. Da kan kallsbevisstheten bli til stor hjelp.

Kristen legemisjon er ikke romantikk eller minste motstands vei. Det er en lydighetsvei for den troende kristne som Gud har kalt.

2.2. Forholdet til legegjer-ningen

Arbeidsmetodene blir stort sett de samme som for annet medisinsk hjelpearbeid. Kristen legemisjon har riktignok fra sin spede begynnelse sett betydningen av å komme i kontakt med den enkelte pasient. Dette har sin bakgrunn i det evangeliserende sikte. Resultatet er at kristen legemisjon tradisjonelt har konsentrert seg om konvensjonell kurativ medisin.

I takt med den generelt økende interesse for preventiv medisin har også kristen legemisjon etter hvert endret sine arbeidsmetoder. Det er utbredt enighet om at kurativ medisin må være basis for kristen legemisjon, men at det samtidig må satses på helseforebyggende tiltak så

langt midlene rekker. Misjonen har derfor satsset på generell opplysningsvirksomhet, ikke minst gjennom den utstrakte skolevirksomheten. Oppsøkende helsearbeid og mobile vaksinasjonsklinikker er tatt i bruk.

Forebyggende helsearbeid er langt på vei et organiseringsspørsmål. Internasjonale hjelpeorganisasjoner og den lokale regjering er ansvarlig for denne virksomheten de fleste steder. Misjonen må derfor basere seg på et nært samarbeid med offentlige etater for å bygge opp et koordinert helsearbeid. I dette samarbeidet har offentlige etater mange av de ressurser som misjonen mangler, mens misjonen på sin side har mye kunnskap og erfaring å tilføre fra sitt arbeidsfelt.

På misjonsfeltene kreves allsidig medisinsk bakgrunn. Det trengs evner i organisering, planlegging og administrasjon. Det er et skrikende behov for helseopplysning og utdannelse av medisinsk hjelpepersonell. Det kreves noe ernæringslære samt klinisk erfaring i kirurgi og obstetikk/gynekologi. Kunnskap om tropesykdommer er viktig. Noe erfaring i øyesykdommer vil komme godt med. En misjonslege må ikke regne med at tjenesten på misjonsfeltet er meriterende ved søknad om stilling hjemme, bortsett fra i helt spesielle tilfeller.

2.3. Forholdet til misjonen

Kristen legemisjon er en del av det totale misjonsoppdrag. Utbredelsen av det kristne evangelium vil derfor alltid

være et hovedanliggende. Misjonslegen er derfor en misjonær med spesialoppdrag, ikke en spesialist med misjonsoppdrag.

En misjonær er en utsending (emissio=sende ut). Misjonslegen må derfor ha et personlig forhold til den kristne menighet som har sendt ham. Dette er viktig både for ham selv og for sendemenigheten. Tilsvarende må den kristne legemisjon finne sin naturlige plass ved siden av eventuelle kristne lokalmenigheter på misjonsfeltene.

3.1. Behovet

Behovet for medisinsk hjelp i U-landene er nesten ubegrenset. Over halvparten av verdens befolkning er feil eller underernært i følge en FAO-rapport. Sosial og økonomisk nød er kanskje den største hindring for bedring av helsetilstanden. Analfabetisme, økende arbeidsledighet og rask befolkningsøkning er faktorer som fører til økende helseproblemer. Medisinsk sett rår vi idag over midler til å bekjempe de store infeksjonssykdommene. Likevel lider hundrer av millioner av malaria, tuberkulose, schistosomiasis, hakeormsykdom, filariasis, lepra og alvorlige øyesykdommer.

Enkelte steder i Indonesia, Bangla Desh og Nigeria er lege-pasient-forholdet under 1:100.000. For å bringe hele verden opp på det europeiske nivået, 1:770, trengs over 3.5 millioner flere leger, 750 nye medisinske skoler og 75.000 lærere.

Opplysningsvirksomhet og utdanning av medisinsk personell er kanskje det området som i fremtiden vil kreve flest ressurser.

3.2. Mulighetene

Mulighetene for kristen legemisjon er enorme. Enkelte land er lukket for kristen misjon, men er åpen for kristne helsearbeidere. Afghanistan er kanskje det beste eksempel på dette. Mange land gjør hva de kan for å tilrettelegge arbeidet for kristen legemisjon. I Sør-Afrika yter regjeringen økonomisk hjelp til samtlige misjonshospital. I Etiopia drives flere sykehus av regjeringen, men bemannes av misjonen. I Den Dominikanske Republik er 45 kirkebygg tatt i bruk som medisinske

poliklinikker, drevet i samarbeid med de lokale kirker. Kristen legemisjon har alltid sett betydningen av utdanning av lokalbefolkningen. Dette er den beste måte å yte hjelp til selvhjelp. Den medisinske skolen ved Makerere University, Uganda, startet som misjonshospital. I India er det flere kristne medisinske skoler, og rundt om på misjonsmarkene er det en rekke skoler for utdanning av innfødt medisinsk

hjelpepersonell. Selv om mulighetene er mange, er det land hvor kristen legemisjon ikke er tillatt. I Kina måtte misjonen forlate sine stasjoner under revolusjonen, og både i Zaire og Etiopia er fremtiden usikker for kristen legemisjon. Kristen legemisjon har store muligheter. Det trengs mennesker som er villige til å gå inn i arbeidet når Gud kaller. For der Gud kaller, åpnes alltid muligheter.



WOODKUT

MADONNA & CHILD

JOAN BURGER MEM 72

3.3. De enkelte tiltak i norsk legemisjon

LAND	MISJONSORGANISASJON	TYPE ARBEID	PERSONELL	ASIA			
AFRIKA				Israel			
<u>Algerie</u>	Metodistkirken	Mobil helsetenhet tilknyttet hospital drevet av USA	1 helsesøster	Israelsmisjonen	Mob.tjeneste i Haifa Aldershjem i Haifa (1976)	1 menigh.sykepl. 1 diakonisse	
<u>Etiopia</u>	Misjonssambandet	3 regjeringshospital 1 selveid hospital Planer om mobil klinikk 1975	8 leger 22 sykepl.	<u>Pakistan</u>	Pinsevernene	1 poliklin/fødestue	
	Misjonsselskapet	1 hospital 1 klinikk + 2 nye i 1975 1 mobil klinikk	1 lege 5 sykepl.	<u>India</u>	Pinsevernene	1 poliklin/fødestue 1 hospital	
	Frikirken	1 klinikk (1975)	1 lege 1 sykepl.	Santalmisjonen	6 hospital 7 poliklinikker 2 leprahjem	8 helsearbeidere	
	Den lokale Mekane Yesus kirken samarbeider om 8 hospital og 25 helsestasjoner			Metodistkirken	Mob.helsetenhet/klinikk	2 sykepl./jordmor 1 indisk lege	
<u>Tanzania</u>	Misjonssambandet	1 hospital 2 helsestasjoner	2 leger 9 sykepl.	<u>Bhutan</u>	Santalmisjonen	1 leprahospital 2 poliklinikker	4 helsearb.
<u>Kenya</u>	Pinsevernene	2 poliklin/fødestuer		<u>Bangla Desh</u>	Santalmisjonen	1 hospital - vest 1 mobil poliklin.-øst	1 helsearbeider 6 helsearbeidere
<u>Swaziland</u>	Pinsevernene	2 poliklin/fødestuer		<u>Viet Nam</u>	Misjonsalliansen	1 barneklinnikk 3 poliklinikker	1 lege 1 diakon
<u>Liberia</u>	Metodistkirken	1 hosp.+lepraavd. Fluing doctor-service Mobil helsetenhet + klinikk Mobil helsetenhet	1 lege 1 helsesøster 2 sykepl.	<u>Taiwan</u>	Misjonsalliansen	Oppsekende helsearb. 800 fjernadopt.barn 2 landsbybebyggelser	
		Hovedvekt på prevent. helsearb. og sosial-medisinsk virksomhet		Frikirken		2 hospital 2 TB-sanatorier 3 poliohjem 1 leprahospital 2 leprapoliklinikker 1 ortopedisk klinikk + verksted	Stor stab av helsepersonell i samarbeid med USA
<u>Zaire</u>	Metodistkirken	Mobil helsetenhet bl.Angolaflyktn.	1 sykepl./jordmor	<u>Hong Kong</u>	Misjonssambandet	Oppsekende narkotika-arbeid	2 leger 2 sykepl.
	Pinsevernene	1 hosp.+sykepl.skole 6 poliklin/fødestue 5 poliklinikker 1 mobil poliklin.	7 sykepl.	<u>Indonesia</u>	Misjonsforbundet	1 klinikk/Håpets havn	2 sykepl.
<u>Rep.og Congo</u>	Misjonsforbundet	2 poliklin/fødestue		Misjonssambandet	Misjonssambandet	1 hospital for bemanning (1975)	
<u>Kamerun</u>	Misjonsselskapet	2 hospital + sykepleieskole 2 leprakolonier 5 poliklinikker	2 leger 1 tannlege 4 sykepl.	LATIN/SØR-AMERIKA			
<u>Sør-Afrika</u>	Misjonsselskapet + Lutheral Medical Foundation	3 hospital	3 norske oversøstre Legebehov	<u>Honduras</u>	Pinsevernene	1 poliklin/fødestue	
<u>Madaqaskar</u>	Misjonsselskapet	1 hospital (NORAD)	Trenger norsk lege	<u>Bolivia</u>	Pinsevernene	1 poliklin/fødestue	
				<u>Paraguay</u>	Pinsevernene	2 poliklin/fødestue	
				<u>Argentina</u>	Pinsevernene	1 poliklin/fødestue	
				<u>Equador</u>	Santalmisjonen	Oppsekende miljøarbeid	

3.4. De enkelte misjonsorganisasjonene

3.4. De enkelte misjonsorganisasjonene

Misjonssambandet	= Norsk Luthersk Misjonssamband (NML) Grensen 19, Oslo 1	tlf. 02-33 25 25
Misjonsselskapet	= Det Norske Misjonsselskap (NMS) Klubbegaten 3, 4000 Stavanger	tlf. 045-31065
Frikirken	= Den Evangelisk Lutherske Frikirke Josefinesgate 5, Oslo 3	tlf. 02-69 45 96
Pinsevernene	= Pinsevernenes Ytre Misjon (PYM) St.Olavsgt. 24, Oslo 1	tlf. 02-20 05 60
Metodistkirken	= Metodistkirkens Misjonsselskap St.Olavsgt. 28, Oslo 1	tlf. 02-11 10 66
Baptistene	= Det Norske Baptistsamfunn Hausmannsgt. 22, Oslo 1	tlf. 02-20 76 29
Misjonsforbundet	= Det Norske Misjonsforbund Møllergaten 26, Oslo 1	tlf. 02-20 85 18
Israelsmisjonen	= Den Norske Israelsmisjon Colletsgate 43, Oslo 4	tlf. 02-46 18 58
Santalmisjonen	= Den Norske Santalmisjon Holbergsgt. 23, Oslo 1	tlf. 02-20 98 15
Misjonsalliansen	= Den Norske Misjonsalliansen Munchsgate 9, Oslo 1	tlf. 02-20 06 46

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 akt på bivirkninger. Indikasjoner, dosering, bivirkninger og kontraindikasjoner: Se Felleskatalogen.

DUMEX



Intervju med generalsekretær Sigurd Aske i Kirkens Nødhjelp

Ved Vegard Omdal

Kirkens Nødhjelp startet sin virksomhet i 1947, og organisasjonen bygger på vissheten om at Guds ord forplikter den kristne kirke til helhjertet omsorg og innsats på det hele mennesket i legemlig og åndelig nød. Kirkens Nødhjelp har til formål å formidle materiell og åndelig hjelp fra Den Norske Kirkes menigheter til flyktninger, emigranter, katastroferammede og andre nødlidende i inn- og utland, uten hensyn til rase, nasjonalitet, politisk oppfatning og religion.

I 1973 deltok Kirkens Nødhjelp i tilsammen ca. 140 hjelpeprosjekter av forskjellig slag, i Asia, Afrika, Latin-Amerika og Europa. Til disse prosjekter ydet Kirkens Nødhjelp vel 13 mill. kr. Med unntak av 1,5 mill. kr. fra Utenriksdepartementet, er hele budsjettet basert på frivillige gaver. Samlet budsjett i 1973 var på nesten 23 mill.kr.

UTPOSTEN har stilt generalsekretær Sigurd Aske en del spørsmål om aktuelle prosjekter og om perspektiver for organisasjonens fremtidige arbeid.

ASKE: Et av de spørsmål vi er opptatt av i dag, er forholdet mellom nødhjelp og utviklingshjelp. Jeg vil gjerne sitere fra et foredrag fra Kirkens Nødhjelps U-landsseminar i september 1974: "Nødhjelp og u-hjelp er vanskelig å skille, både

kronologisk og logisk. Enda verre teologisk. "Det hele mennesket" er en setning i formålsparagrafen som jeg setter pris på. Selv om tempo og metode er forskjellig i nødhjelp og u-hjelp, så er det det samme mennesket vi forsøker å hjelpe, og dette med det hele mennesket, betyr at det har både en materiell og en åndelig side.

Jeg har nevnt før at den brutale katastrofe er lettere for oss å reagere på både med penger og interesse enn den mer permanente fattigdom og elendighet. Likevel synes vi nå å merke forandring i Norge i retning av et følbart publikumskrav om at folk som blir reddet fra sultedøden, også skal få hjelp til et mer menneskeverdige liv."

UTPOSTEN: Vil det si at Kirkens Nødhjelp nå beveger seg mer i retning av u-hjelpsprosjekter?

ASKE: Ja, i høy grad.

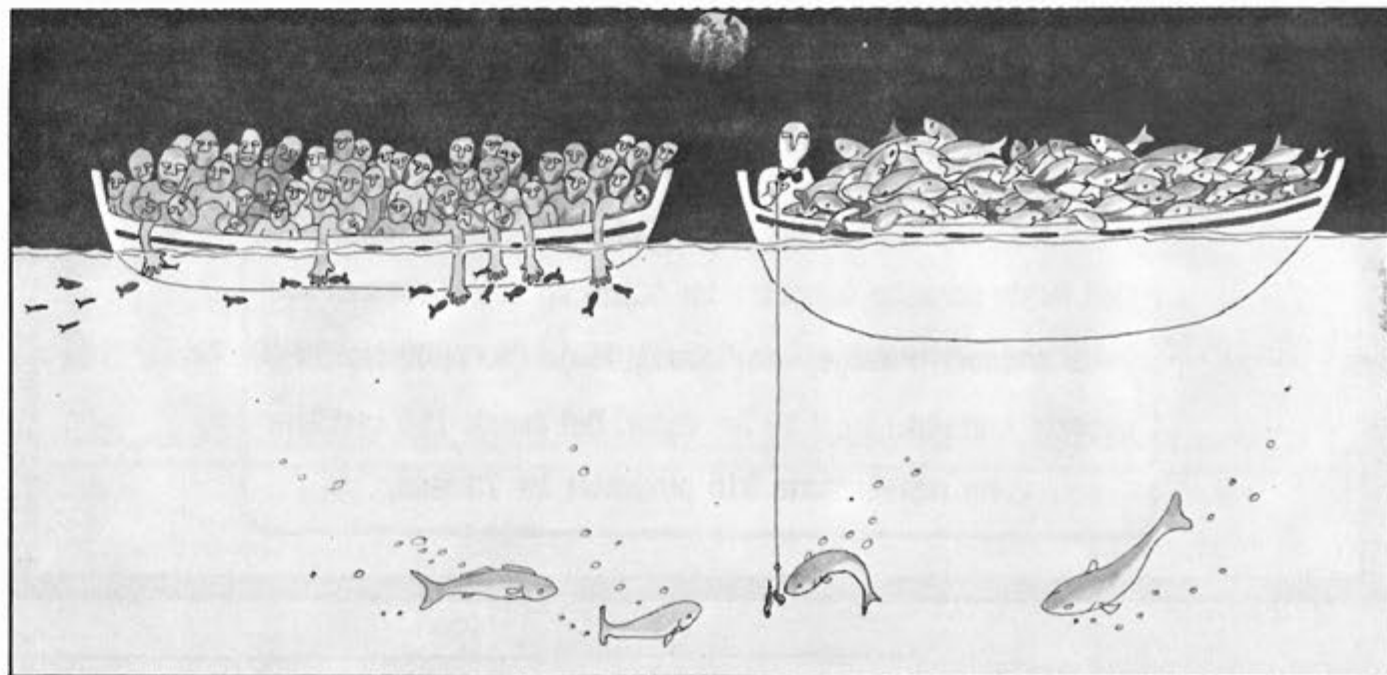
UTPOSTEN: Jeg tenker på det 4-årige hjelpeprogrammet som Kirkens Nødhjelp skal stå ansvarlig for i Sudan.

ASKE: Ja, det er jo et typisk u-hjelpsprosjekt. Men det er ikke noe nytt, Kirkens Nødhjelp har jo hatt Abakaliki-prosjektet, og det er over 10 år gammelt. Men jeg tror graden er ny, altså er det et sterkere engasjement på u-hjelpsplanet. Og man ser klare enn før sammenhengen kronologisk og aksjonsmessig mellom de to. Sammenhengen

teologisk var klar fra begynnelsen, det var ingen som trodde eller mente at det var nok å satse på katastrofehjelp utelukkende. Men i dag ser man at f.eks. i Bangladesh, har vi siden 1972 vært engasjert i en utviklingsprosess. Vi har ikke kalt det u-hjelp, men rehabiliteringsprosjekt eller langsiktig prosjekt, men faktisk er det det samme. Vi lærer folk å bygge båter, vi setter dem i gang med småindustri som baserer seg på lokale metoder med silkeormdyrking eller -avling, utvinning av silke-tråd og veving, vi lærer dem opp i enkle jordbruksmetoder. Vi satser altså ikke på et voldsomt skritt fra et langt tilbakevliggende stadium til våre moderne metoder, men forsøker å gå utviklingen sammen med dem.

UTPOSTEN: Er det planer om flere slike utviklingsprosjekter?

ASKE: Ikke planer fra vår side, for så vidt, men bønn fra områdene, og da kan jeg ta Etiopia først. I Etiopia har vi satset ganske mye i nødhjelpsplanet. Vi har brukt bortimot 11 mill.kr., og i de to områdene i Sør-Etiopia hvor vi har engasjert oss, er det begge steder vokst frem et u-hjelpsprosjekt. Vi har nå en søknad fra regjeringen i Etiopia, og vi har sagt om kirken at vi samarbeider med, vil engasjere seg på u-hjelpsplanet, så skal vi også komme inn i bildet. Så vi er faktisk på



et foreløbig stadium når det gjelder en eller to langtidsprosjekt, u-hjelpprosjekt, i Etiopia. Vi har fått penger fra NORAD til forprosjektet for å studere og se om det foreligger et brukbart prosjekt, og det er nå under utarbeidelse. Utvikling skjer der hvor man har motivert deltagelse fra den lokale befolkning, hvor den lokale befolkning greier å ikke bare identifisere seg selv med de mål som trekkes opp, men at de selv er med på å trekke opp de mål som de gjerne vil nå. Utviklingen skjer ikke når man pøser inn en masse penger eller oversvømmer et område med utenlandsk personell. Det er ikke utvikling. Utvikling har med folket på stedet å gjøre.

UTPOSTEN: Vi hører av og til invendinger mot at vi engasjerer oss i land som ikke tar tilstrekkelig vare på sine egne ressurser. Etiopia er spesielt nevnt i denne sammenheng.

ASKE: Jeg vil igjen sitere fra mitt foredrag på u-landsseminaret. Her sier jeg bl.a.: "Kirkens Nødhjelp er en nødhjelpsorganisasjon. Det betyr bl.a. at hjelpearbeidet skal dikteres av nød. Vårt øye skal være festet på folket i nød, ikke på landets regjering. Baserer man hjelpen på hvor vidt en regjering har den holdning og kvalitet man gjerne ville ønske, risikerer man å over-

se den som mest trenger hjelp, og kanskje forsøker å hjelpe der hvor ingen hjelp ønskes."

UTPOSTEN: Hva med rekruttering av personell til de forskjellige prosjektene?

ASKE: Generelt vil jeg si at i personalpolitikken satser vi på:

1. Kristne
2. personligheter med
3. faglige kvalifikasjoner og
4. erfaring i den tredje verden.

Behovet for fagpersonell varierer alt etter hvilken type prosjekt som drives, men en meget viktig gruppe er det medisinske fagpersonellet. På u-landsseminaret hadde vi gående en egen medisinsk gruppe som gav en egen rapport. I denne rapporten nevnes to hovedstrukturer på medisinske team:

1. Krigskatastrofeteam. Dette vil trenge kirurgisk utdannet lege og kirurgisk utdannet sykepleierpersonell.
2. Naturkatastrofeteam, - hvor medlemmene av teamet kan være mer generelt medisinsk utdannet.

Krigskatastrofeteamet vil trenge to sykepleiere pr. lege og for begge team kreves bilteknisk ekspertise. Når det gjelder behovet for medisinsk personell, er dette selvsagt vanskelig å si nøyaktig fordi det ikke er mulig å ha oversikt over de nødsituasjoner som vil oppstå.

De typer av oppgaver som et medisinsk team vil få, vari-

erer også mye, alt etter typen av nød som forsøkes avhjulpet. Følgende eksempel er fra et område i Syd-Etiopia hvor Kirkens Nødhjelp drev et hjelpeprosjekt i forbindelse med tørkekatastrofen:

BEHANDLINGSLISTE OVER FORETATTE BEHANDLINGER I BORANA I TIDEN 4.MARS TIL 10.APRIL 1974:

Anemier	139 pas.
Anemier m/ødem	52 "
Diarrèer	269 "
Dysenteri	43 "
Revmatisme	43 "
Infiserte sår	50 "
Dyspepsi/gastrittis	138 "
Otitter	27 "
Luftveisinfeksjoner	51 "
Pneumonier	24 "
Malaria	228 "
Scabies	3 "
Fracturer	3 "
Malnutrition	96 "
Innvoldsorm	46 "
Syfilis	33 "
Gonorè	104 "
Stomatitt	2 "
Uterusruptur	1 "
Miltabscess	1 "
T.B.C. pulm	14 "
Tracom	91 "
	<hr/>
	1438 pas.

Det er foretatt 5 infusjoner med glucose.

Videre er det foretatt i alt 6426 koppevaksinasjoner og 7462 B.C.G. vaksinasjoner.

Forts. side 15.

«NOR-MEDEX»

Den første nordiske fagmesse for helse- og sosialtjenesten som er arrangert i Norge, «Nor-Medex 75». Ca. 7000 fagfolk besøkte messen i løpet av fire dager. Det deltok 110 utstillere som representerte 315 produkter fra 70 land.

Og så ble vi ønsket velkommen til "Nor-Medex 75" av rådmann Knut Tjønneland. - En utstilling på Sjølyst med ca. 100 utstillere.

Initiativtakere var vel Kommunenes Forretningssentral A/S som hadde ønsket å samle det som er tilgjengelig av medisinsk utstyr i Skandinavia, i en messe.

Vi fant tekniske finesser som vi ventet å finne på en slik utstilling, men også utstillere som hadde spesielle tjenester å tilby; Norges Standardiseringsforbund, Falkens Varslingstjeneste for enslige, Kunst på arbeidsplassen, Norsk Rengjøringselskap, Sosial Trygd o.s.v.

Det ble avholdt seminarer under messen, om den primære helse- og sosialtjeneste, om transport og kommunikasjon, om tannhelsetjenesten, om sykehushygiene, om funksjonsanalyse ved planlegging av helseinstitusjoner og om helse- og sosialpolitikk. Seminarene var vel egentlig ment som trekkplaster, men ble ikke dårligere av det. Man kunne vel unngått å kalle dem seminar, heller foredrag, da man jo ikke oppnådde den langvarige plenumsbehandling som man kan vente av et seminar.

Alt i alt var messen vellykket, og var nyttig for alle som sysler med helse- og sosialinstitusjoner og ønsker å skaffe seg en oversikt over hva som finnes av utstyr til sådanne. Det er å håpe at utstillingen blir gjentatt om noen år, slik som planlagt.



Oppgaver, bemanning og utrustning ved helse- og sosialsentra

Referat av overlege Tor Ødegaards foredrag på Nor-Medex 75

Overlege Tor Ødegaard holdt på NOR-MEDEX-75 en innledning til seminar med nevnte tittel som innhold.

Han tok utgangspunkt i at helse- og sosialtjenestens målsetning til enhver tid må være å kunne dekke befolkningens hjelpebehov på best mulig måte ut fra de faglige forutsetninger som foreligger, og ved mest mulig hensiktsmessig bruk av de ressurser som kan disponeres.

Ut fra en slik generell målsetning lar det seg gjøre å definere delmålsetninger med mer konkret innhold, t.eks:

- Den primære helse- og sosialtjeneste bør være lokalisert så nær klient/pasients hjemmemiljø som mulig
- Kontakt med pasient bør oppnås så tidlig som mulig
- Flest mulig av dem som har behov for hjelp og behandling bør få det
- Helse- og sosialtjenesten skal yte adekvat service innen en akseptabel økonomisk ramme

Det er blitt pekt på hvor snart slike konkrete delmålsetninger kan fremme konflikter idet det oppstår konkurransemomenter mellom dem.

Begrensede ressurser vil antagelig i alle fall hindre full dekning av hjelpe- og behandlingsbehovene i vid forstand.

Overlege Ødegaard behandlet derfor behovsbegrepet noe mer inngående, og pekte på at man i en befolkning nok kan finne opplevde behov - ("needs")-folk synes at de trenger det eller det. Disse behov er produkt av en mengde faktorer, av tradisjonell og kulturell art, og ikke minst av sosial og økonomisk

karakter. De endrer seg ettersom disse forskjellige faktorer og deres vekt skifter. I vårt forbrukssamfunn har sosiale og økonomiske, eller rettere sagt kommersielt betingede forhold, en massiv innflytelse.

Det er unødvendig å tilføye at disse opplevde behov ofte har lite eller ingenting å gjøre med det mennesker behøver for å leve (overleve) eller utvikle sine ressurser. Ikke sjelden blir endog denne form for behovsdekning hindret. Like ofte skjer det en slags forskyvning i retning av behovsdekning ved substitutter.

Endel av de opplevde behov uttrykkes, i form av krav ("demand"). Igjen er det komplekse forhold som avgjør hvilke behov som uttrykkes, og hvilken vekt og prioritet de enkelte krav tillegges.

På siden av det såvel opplevde som det uttrykte behov, finner vi så det normative behov, d.v.s. det eller de behov som formuleres av eksperter eller myndigheter, og som gir seg uttrykk i lover og regler. Dette dekker selvsagt bare delvis det som folk opplever eller uttrykker som behov. I ikke liten utstrekning omfatter normative behov behov eller behovselementer befolkningen verken har opplevd eller uttrykt.

På alle plan og i alle sammenhenger influeres behovsformuleringen av verdier og normer - de opplevde og uttrykte behov hos befolkningen ofte av subkulturelle verdier - det normative behov sterkere av "alment godtatte" - ("rådende"), d.v.s. sterkt tradisjonelt betingede verdier.

Motsetningsforholdet mellom befolkningens uttrykte be-

hov og de normative behov kommer ofte klarest i dagen på lokalt plan, f.eks. i et gjennomsnittlig sosialmøte.

En annen type behovskollisjon finnes der hvor det normative behov brukes som dekke over mer personlig pregete ønsker (forsåvidt også behov) hos helse- og sosialtjenestens fagpersonale!

I forbindelse med diskusjonen om opplevde behov fant innlederen det interessant å diskutere hva som får en person til å definere seg som pasient eller klient, slik at han oppsøker helse- og sosialtjenesten.

Ut fra en survey-undersøkelse vet man at bare 1/3 av de personer som gir uttrykk for sykdom ved intervju, søker lege. Bare 12 av 1000 innlegges i sykehus.

Sykdom er en av de få grunner - stort sett akseptert - til ikke å påta seg sosialt ansvar eller oppfylle sine forpliktelser, svare til andres eller egne forventninger. Dette forhold brukes både av enkeltmennesket og av samfunnet. Som eks. på det siste kan nevnes hvordan sosialt uønsket adferd iblant defineres som sykdom, eller hvordan samfunnet i noen utstrekning tildeler uførepensjon der forpliktelser til å skaffe arbeidsplasser ikke kan oppfylles.

Individuelt kan en si at det er noe i livssituasjonen som gjør det nødvendig å søke medisinsk eller sosial hjelp. Bortsett fra tilfeller av øyeblikkelig hjelp, er det et bevisst valg - en foretrekker å gå til doktor i stedet for f.eks. å be eller behandle seg selv.

Sykdomsadferd og beslutningen om å søke medisinsk råd

betyr hyppig fra pasientens synspunkt et rasjonelt forsøk på å bli klar over et problem og takle det fornuftig, innen de begrensninger som intelligens og sosial og kulturell forståelse setter. At dette ikke alltid er rasjonell adferd fra et faglig/medisinsk synspunkt er en annen sak.

Forsøker en å liste opp hvilke faktorer som påvirker vår reaksjon på sykdom, kan vi få flg. liste:

1. Synlighet, gjenkjennelse vedvarende påfallehet av avvikende tegn og symptomer. Hyppighet varighet.
2. Bedømmelse av farlighet øyeblikkelig og framtidig.
3. Konsekvenser med hensyn til avbrudd i familieliv arbeid eller andre sosiale aktiviteter.
4. Toleranseterskelen hos omgivelsene.
5. Tilgjengelig informasjon, kunnskap, kulturell oppfatning og forståelse hos den/de som bedømmer tilstanden.
6. Til grunnliggende behov - emosjonelle problemer.
7. Behov som konkurrerer med sykdomsreaksjonen.
8. Mulige fortolkninger av symptomet.
9. Adkomst til behandling. Fysisk nærhet.
10. Status. Psykologiske omkostninger - stigma, sosial avstand, ydmykelse. Omkostninger av tid, penger, anstrengelse.

Det er naturligvis særlig viktig å være oppmerksom på dette når sykdom diagnostiseres gjennom adferd og anamnese.

Overlege Tor Ødegaard nevnte at flg. kunne tjene som en enkel definisjon av helse- og sosialsenter:

En funksjonell samarbeidsramme for fagpersonale i helse- og sosialtjenesten, med en definert befolkning som arbeidsområde.

Han unngikk med vilje å definere senteret som noen bygning - for å understreke at det funksjonelle samarbeid er det viktigste, og for å peke på at det å bygge hus i og for seg ikke betyr at en har etablert noe helse- og sosialsenter. Men når det var sagt, ville han

imidlertid gjerne understreke at et bygningsmessig fellesskap kan gjøre et samarbeid eller en delintegrasjon ulike mye lettere. For full integrasjon er det selvsagt en betingelse.

Under omtale av funksjonene innen helsesenteret pekte han på at den faglige grunnenhet innen ethvert helse- og sosialsenter må være lege, sosionom og helsesøster. Dette er et nødvendig minimum for en faglig forsvarlig dekning av helse- og sosialtjenestens funksjoner; mange steder også et realistisk maksimum.

Trygdeetaten som ivaretar et sosialt forsikringssystem som i og for seg ikke bør ha innflytelse på det faglige individuelle behandlingsopplegg, hører ikke inn under denne funksjonelle enhet.

Det er likeledes viktig å understreke at ikke enhver klient eller pasient skal behandles av et tverrfaglig team. Problemenes art og karakter, foruten pasientens eget ønske om samtykke, må være avgjørende. Det vesentlige er at fagfolkene må være åpne og virkelig foreta en vurdering av behovet for tverrfaglig samarbeid i enkelte saker, og de ytre forhold må gjøre slikt samarbeid mulig.

Særlig for sosialtjenestens vedkommende er det viktig at man kommer frem til et samarbeid hvor sosionomens fagkompetanse blir hensiktsmessig utnyttet, og samarbeidet med helsetjenesten blir organisert på en likeverdig måte.

Det ble sterkt understreket at grunnutdannelsen for alle kategorier helse- og sosialpersonell må ta hensyn til at personalet skal utdannes for en samarbeidssituasjon. Det ble pekt på betydning av avlønningsprinsippet for helse- og sosialsenterets personell. Disse er av vesentlig betydning for utvikling av helse- og sosialpersonalets samarbeide.

Av faglige funksjoner som skulle ivaretas av helse- og sosialsenteret ville dr. Ødegaard særlig understreke betydningen av forebyggelse av psykiske lidelser hos barn.

Dessuten pekte han på de såkalte multiproblemfamiliene som alle vet er yngleplass for en mengde sosiale og sosialmedisinske problemer.

Disse byr ofte på behandlingsproblemer av enorme dimensjoner som muligens overstiger tilgjengelige ressurser. Han mente man ikke måtte resignere overfor dette helt sentrale sosialmedisinske problem.

Avslutningsvis skisserte dr. Tor Ødegaard den forsøksvirksomhet som tenkes organisert fra Sosialdepartementets side innen den primære helse- og sosialtjeneste. Det er særlig to angrepsmåter som nå er aktuelle:

1. Avklaring av problemer som er vesentlige for den utvikling vi ønsker. Formuleringen av disse problemer vil i noen grad måtte foretas underveis. Det er imidlertid noen vanskeligheter man allerede nå tar sikte på å avklare, eks.vis:

- a. Hvilke samarbeidsformer er mest egnet? Hvilke problemtyper/kategorier egner seg for samarbeid?
- b. Hvilke avlønningsformer er mest hensiktsmessige i en samordnet helse- og sosialtjeneste?
- c. Bør helse- og sosialtjenestens servicetyper endres?
- d. Hvilke utdannings- og skoleringsbehov har personalet?

Evalueringsopplegg og evalueringsmetoder vil avhenge av de problemstillinger som skal evalueres. I prinsippet bør både kvantitative og kvalitative metoder benyttes.

2. Etablering av en informasjons- og rådgivningsvirksomhet til de kommuner som ønsker å organisere sitt helse- og sosialsenter i retning av nærmere samarbeid, evt. planlegger å reise nybygg i den anledning. Denne funksjon på løpe parallelt med innsamling og evaluering av forsøksdata.

Utvikling og forandring av de bestående former for helse- og sosialtjeneste på lokalt plan, er en langvarig og vanskelig prosess. Det er å håpe at forsøksvirksomheten kan få den betydning for å sette i gang og påskynde denne prosessen som er forventet.

Harald Siem.

Ambulansetjenesten på Nor-Medex -75

Undertegnede besøkte seminaret om ambulansetjenesten på Nor-Medex-75. Innledere her var fylkeslege Arne Victor Larssen og overlege Georg Blikra samt ass. overl. Andreas Skulberg.



Fylkeslege Larssen tok utgangspunkt i Stortingsmelding 41 om ambulansetjenesten. Han fortalte at Stortingsmeldingen førte til opprettelse av utvalg som skulle foreta delutredninger innfor området, og at disse skulle være ferdig innen 1975.

Primærhelsetjenesten i dag er vesentlig svekket ved for dårlig transport av pasienter. Dette skyldes delvis at transportmidlene er for dårlige, og delvis at bemanningen på transportmidlene har for lite utdanning.

Når det gjelder bilene, har utviklingen vist at fylkene for en stor del satser på leilighetsambulanser, muligens litt bedre utstyrt enn det som ble trukket opp i Stortingsmelding 41, og at man kun i 10 - 15% av bilene satser på fullverdig ambulanser. 85-90% vil sannsynligvis bli leilighetsambulanser.

I dag kan hvem som helst kjøpe og kjøre ambulanse. Restriksjoner på dette området bør komme, og kommer kanskje, fra Samferdselsdepartementet.

Ved større ulykker og katastrofer savner man i dag en koordinator for bruk av ambulanser, og fylkeslegen antydnet at denne koordinasjonen bør skje ved sambands-tjeneste på det største sykehuset i fylket. Dette sykehus bør ha full oversikt over beredskapen, og får det fulle ansvar for ambulansetjenesten i en katastrofesituasjon.

Det ble understreket at utgiftene til ambulansetjenesten i stor grad er avhengig av hvor stor bemanning det skal være, da lønnsutgiftene vil utgjøre de største kostnader. Mindre utslag på km-taksten gir selve innkjøpssummen på bilen.



I tillegg ble det av innlederen samt av mange debattanter, understreket betydningen av at mannskapet på ambulansene er skikkelig utdannet til å utføre sin jobb. Det er lite mening i å ha transportmidler med førsteklasses utstyr, dersom ikke sjåførere og hjelpere kan bruke dette utstyr.

Problemet med vakthavende

lege som skal komme hurtig frem til pasienten ble også berørt, og man kom igjen inn på problemet i enkelte distrikt, hvor legen blir hindret av øvrig trafikk da han ikke har anledning til å markere bilen på spesiell måte, f.eks. ved blått varsellys.

Koordineringen av ambulansetjenesten er selvfølgelig et hovedpoeng, og det synes naturlig å satse på mobiltelefon eventuelt med taleforvrenger, slik at diskresjonshensyn kan iakttas.

Når det gjelder ambulansebåter, synes det å ha utkrystalisert seg to båttypen. En for beskyttede farvann på ca 45 fot,

og en for åpne havstrekninger på ca. 60 fot. Det siste alternativ blir bare aktuelt på ganske få strekninger på kysten.

Fly og helikopter-tjenesten blir i dag ivaretatt av noen få private selskap som får tilskudd for å holde helsemessig beredskap.

Forts. s. 15.

● ●

Røyking er hygienisk ufor- svarlig, intellektuelt uholdbart og sosialt uakseptabelt!

● ●

VI SOM IKKE RØYKER **VISIR**

FORENINGEN
FOR IKKERØYKERE
I TRØNDELAG

TRØNDELAG IKKERØYKERFORENING
BOKS 2181, 7001 TRONDHEIM — POSTGIRO 3629086

Denne kraftsatsen finner vi på en vervebrosjyre for Trøndelag Ikkerøykerforening Vi som ikke røyker - VISIR.

"Det vakte almen oppmerksomhet på landsplan da foreningen som den første i landet, ble stiftet i Trondheim i november 1972," sier Henrik Kløven, initiativtakeren og første formann, som nå er velferdssekretær ved Kystartilleriets rekruttskole på Hysnes Fort i Trondheimsfjorden.

"Med bakgrunn som idrettsøffiser i Brigaden, i sosialt arbeid blant ungdom og etter noen års arbeid i en handikaporganisasjon, så jeg nødvendigheten av organisert foreningsarbeid for å vinne

frem med ikkerøykersaken. Vi trengte et arbeidsredskap og propagandaapparat."

- Er dere negative, antirøykere?

"Nei, vårt mål er positivt: et røykefritt miljø for ikke-røykerne. De som vil fremelske tobakksskadene hos seg selv, må få anledning til det. "OM man røyker, er en personlig sak, HVOR man røyker, er en sosial sak," som et av slagordene sier."

Interessen for foreningen er økende - ca. 500 betalende medlemmer nå, sympatisørene blir stadig flere, og ikke-røykergrupper blir dannet flere steder. Hordaland har egen ikkerøykerforening med

400 medlemmer, og virksomhet er på trappene i Nord-Trøndelag og i Møre og Romsdal. I kjølvannet av Finnmarksundersøkelsen og virksomheten til Statens Tobakksskaderåd der oppe, er det dannet ikke-røykergrupper og avholdt røykeavvenningskurs.

- Statens Tobakksskaderåd og Landslaget mot Tobakkskadene har dere kontakt med, men oppnår dere noe konkret i marken?

"Vi ser oss som en påvirkningsfaktor blant flere. Og vi vet at henvendelser blant annet fra vår forening har medvirket til at de forreste flysetene er blitt reservert for ikke-røykere, at tilbrin-

Trøndelag Ikkerøykerforening

hadde i starten av 1974 omlag 5000 medlemmer. Den ble stiftet i 1972 med Henrik A. H. Kløven som initiativtaker. Siden er Hordaland Ikkerøykerforening kommet til med omlag 300 medlemmer.

Trøndelag Ikkerøykerforening har et styre på 5 medlemmer. Rådgivende konsulent i medisinske spørsmål er overlege Nils Ahlmann, Trondheim Helsesråd.

Foreningen arbeider for, og har maktet å få iverksatt, konkrete tiltak til beste for ikkerøykerne. Vi nevner her at flyselskapene har innført delvis røykeforbud i sine fly og tilbringerbusser.

Medlemskap og kontingent

Livsvarig medlemskap kr. 100,- (en gang for alle). Årskontingent for enkeltmedlem kr. 10,-, for barn under 16 år kr. 5,-, for ektefeller kr. 15,-.



VISIR

FOR ET SUNNERE MILJØ



Trøndelag Ikkerøykerforening
Postboks 2181,
7001 TRONDHEIM
Postgros 3 62 90 86

erbussene er blitt røykfrie i større grad, at enkelte TV-medarbeidere har sluttet å røyke på skjermen, at radio og TV har hatt programmer om passiv røyking, og en kafé i Trondheim har fått røykfri avdeling. I det hele tatt er forståelsen for passiv røyking og ikke-røykerens problemer økende."

"At frekvensen av røykende leger har sunket radikalt de siste tiår, er gledelig og har en betydelig propagandaverdi. Helsepersonell har jo et særlig ansvar for å gå foran med et godt eksempel, noe Den norske lægeforening også har oppfodret til."

"Skulle egentlig ikke et hvert helsesråd være et aktivt opplysningsorgan og en "ikkerøykerforening"? Det må da vel i dag være utmerket forebyggende helsearbeid!" sier den entusiastiske formann Kløven.

"Når leger eller andre opptrer offentlig og uttaler seg om forurensningsspørsmål, det være seg om den lokale svømmehall der renseanlegget svikter, eller i større sammenheng, gjør det seg dårlig at vedkommende opptrer røykende. Noe av tyngden i argumentasjonen faller bort da!"

Til slutt vil vi få sitere

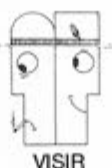
overlege Bjartveit, formann i Statens Tobakkskaderåd:

"Før i tiden stod det oppslag om at "Røkning og spyting" var forbudt. Nå er dette med spytingen tatt bort, det er anerkjent som ukultivert og helsemessig forkastelig. Vi må få den samme innstilling til røykingen. Det må bli slutt på at det er sosialt akseptert å røyke. Hvorfor skal røykerne ha anledning til å forurense luften for andre?"

- og Konfucius: "Å erkjenne det rette og ikke gjøre det - er mangel på mot."

pt. Hysnes Fort
5.mars 1975
Dag Brekke

— Nå har vi svømt så lenge rundt blant hårdotter og andre lite behagelige fremmedlegemer at vi har funnet å måtte ta affære, sier distriktslege Per Wium i Midtsund til Romsdal Budstikke. Bassenget på Midtsund-skolen



Hvem kan bli medlem?

Først og fremst ikkerøykere, men også alle andre som sympatiserer med disse synspunkter. Gjerne slike som ønsker eller har til hensikt å slutte røyke. Kanskje vil medlemskapet gjøre et slikt ønske eller beslutning lettere å oppnå eller gjennomføre?



Distriktslege Per Wium

Familieplanlegging i Bangladesh

Bangladesh er et muhammedansk land hvor respekten for kvinnen, prevensjon og abort tradisjonelt har vært betraktet som uforenlig med Allahs vilje.

Dr. Afiquur Rahman som leder The Post Partum Family Planning Program Office under regjeringen i Bangladesh, kan imidlertid fortelle at man bruker betydelige summer på prevensjonsveiledning og abort i Bangladesh. Det finnes i drift ca. 250 prevensjonssentra for en befolkning av 80 millioner. Man planlegger en utvidelse til 690 slike sentra i Bangladesh. Selv om ikke alle disse sentra fungerer tilfredsstillende, representerer de likevel et rimelig tilbud til hele befolkningen, og har et raskt økende antall klienter.

Av prevensjonsmetoder tilbys p-piller, IUCD, kondomer og skum i nevnte rekkefølge. P-piller, kondomer og skum blir også til dels tilbudt ved oppsøkende prevensjonsarbeidere som går fra hus til hus. Selv om det er ansatt 1000 slike family planning visiters er nok dette arbeidet lite effektivt foreløpig.

På visse forsøksklinikker har man i tillegg til den noe mer utbredte vasectomi innført tubeligasjoner. Metoden man har valgt, er det 2 tommers mediansnitt, og foreløpig kan man tilby opp til 5 dagers liggetid på disse modellklinikker.

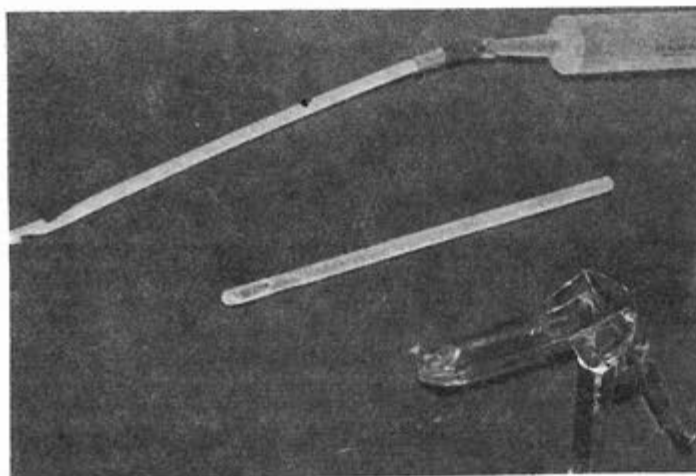
Menstrual regulation:

Dr. Rahman er fortvilet over den høye komplikasjonsraten man har i skandinaviske, enn si vestlige land, når det gjelder aborter. Han mener at dette skyldes den lange saksbehandling og de sene abortene som utføres hos oss. Regjeringen i Bangladesh har gitt grønt lys til aborter, men foretrekker å kalle det menstruasjonsregulering. De aller fleste abortene utføres innen 15 dager etter ute-

blitt menstruasjon. Inngrepet er da meget enkelt. Man benytter seg av en Karman-sprøyte som har en lang forsats av tykkelse som en Hegar 5-6. Denne skyves inn i cervixkanalen, man trekker opp et vakum i sprøyten, trekker frem og tilbake og snur på sprøyten til uterus kontraherer seg og luft slipper gjennom røret. Det hele tar 3-5 minutter, man avslutter gjerne med å legge inn en spiral.

Visitors daglig. En nokså enkelt utstyrt klinikk utfører hun ikke bare menstruasjonsregulering og tubeligaturer, men også aspirasjonsaborter når svangerskapet har vart mer enn 2 uker over uteblitt menstruasjon. I motsetning til dr. Rahman hevder hun at dette egentlig er illegalt etter loven, men akseptert praksis av myndighetene i Bangladesh.

Det er 6 inneliggende pasienter som har fått utført tube-



Nødvendig utstyr for Karman-metode.

Svangerskapstester blir ikke utført, hverken lege eller pasient ønsker egentlig å vite om det har foreligget svangerskap. Metoden er praktisk talt fri for komplikasjoner. Dr. Halida - Hanum som er kvinnelig lege, utdannet delvis ved Johns Hopkins University, leder Shamoly modellklinikken like utenfor Dacca. Hun underviser sammen med sine to kolleger et større antall Family Planning

ligasjon de siste 3 døgn, og det er 7 pasienter som har oppsøkt klinikken om ettermiddagen for menstrual regulasjon.

Dr. Halida er optimistisk med tanke på befolkningskontroll på lang sikt. Hun mener det er for tidlig å vente seg de store statistiske resultater etter at man knapt har påvirket en befolkning i en generasjon. Befolkningskontroll har høy prioritet hos politikerne, og hun synes man gjør fremskritt for hver dag som går.

Intervju med generalsekretær . . .

Forts. fra s. 7.

UTPOSTEN: Har Kirkens Nødhjelp noe formalisert samarbeid med andre norske organisasjoner som arbeider ute?

ASKE: Ja, vi er stadig i kontakt med de norske hjelpeorganisasjoner, generalsekretærene møtes regelmessig. Vi har funnet ut at de norske organisasjoner har alle sine forskjellige internasjonale kontakter, slik at en samkjøring i Norge egentlig ikke har noe for seg.

Samtidig er det slik at koordinerings mellom de forskjellige organisasjoner som driver hjelp i et land, foretas som regel av vedkommende lands regjering. For å ta Etiopia, har man der en kirkelig koordineringskomité som har alle opplysninger om alle de kirkelige og andre organisasjoner som arbeider i landet. Hver organisasjon får altså tildelt sin geografiske sektor, hvor de har ansvaret for hjelpearbeidet. I det internasjonale samarbeidet mellom organisasjonene har man satset mye på å bygge opp beredskapslager rundt omkring i verden, slik at når krisen plutselig oppstår et sted, kan man effek-

tivisere hjelpen ved hjelp av disse kriselagrene.

Kirkens Nødhjelp fremtrer på mange måter som en imponerende organisasjon. En håndfull mennesker i det norske hovedkvarteret i Kirkegt.5 i Oslo administrerer et budsjett på godt over 40 mill. kr. I en periode med tildels berettiget skepsis overfor mange av hjelpeorganisasjonenes store administrasjonsutgifter, er det også imponerende å se at Kirkens Nødhjelps utgifter til administrasjon utgjør 4,7% av organisasjonens budsjett.



Ambulansetjenesten . .

Forts. fra s. 13.

Seminarene ble avholdt med meget stor presisjon og meget sterk overvåking fra Norges Varemesse's personell. Ja så sterk var overvåkingen at en distriktslege som p.g.a. legevakt kom noen minutter for sent til et seminar, ble nektet å gå inn. Hvem som var ansvarlig for opptrinnet vites ikke, men det burde være mulig med litt mer smidighet.

Overlege Blikra med sans for understrekninger mente at det hjalp lite om pasienten kom til sykehuset for "full musikk" men død. Med dette ville han understreke at de nye moderne kjøretøyer med blinkende lys og flertonige sirener ikke

hadde noen hensikt dersom ikke personellet som befant seg i bilen kunne bruke det utstyr de hadde i hendene. Han mente at man ved transport av dårlige pasienter eller pasienter som ville kunne bli dårlige under transporten måtte ha minst to personer i bilen. Videre hevdet han at skikkelig utdannet personell på ambulansene burde kunne ta seg av det meste fra skadestedet til sykehuset. Hvorfor skal f.eks. ikke ambulansfolk kunne sette intravenøs væske hvis de har lært det?

Tiltross for at man kanskje kan gå litt trett av mange seminarer gjennom årene, var dette et relativt konsentrert program med understrekninger av meget viktige sider, bl.a. at man må satse på kvalifisert personell og ikke la seg forlede av ypperlig teknisk utstyr for derved å tro at problemene er løst.

Per Wium.

Medisinsk student

Ønsker kontakt med distriktslege, helst i Troms. Studenten ønsker å få et innblikk i hverdagen til en som arbeider i den primære helsetjeneste. Det gunstigste ville være om han kunne få følge distriktslegen som en skygge, og dernest få utføre enklere arbeidsoperasjoner som han er kvalifisert for.

Søkeren er ferdig med propedeuten, 1. indremedisinske og 1. kirurgiske termin i klinikken.

Tidsrommet som passer best, er
1. juli til 24. juli 1975.

NYHET



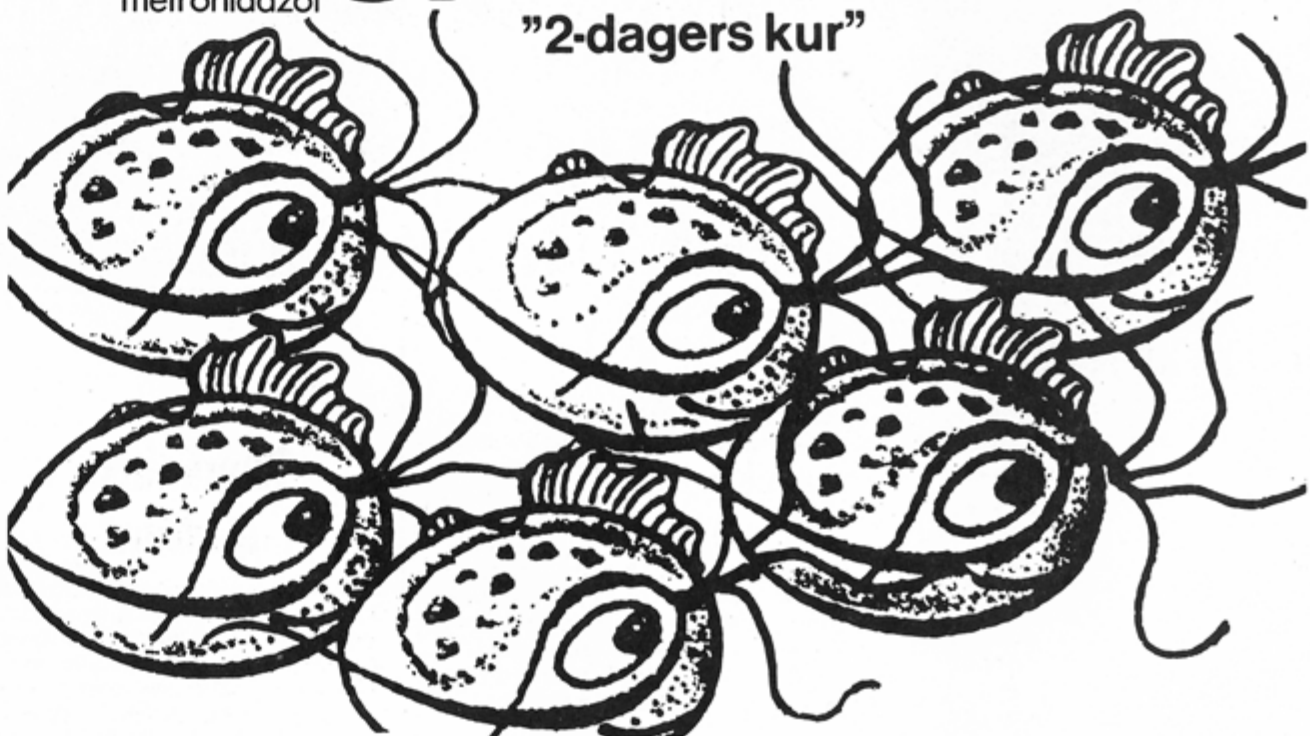
Forenklet behandling av Trichomonas vaginitis

Flagyl® Forte

tabletter
400 mg

metronidazol

”2-dagers kur”



Egenskaper: Spesifikt middel til behandling av Trichomonas vaginalis infeksjoner hos kvinner og menn. Resistens er ikke rapportert.

Indikasjoner: Infeksjoner fremkalt av Trichomonas vaginalis.

Kombinasjonsbehandling: I svære tilfelle av Trichomonas infeksjon kan kombinasjonsbehandling med Flagyl vagitorier anbefales. (2 dager tablett kur + 1 vagitorie i 10 dager.)

Bivirkninger: Bivirkninger ses sjelden, men er beskrevet i form av lette gastro-intestinale forstyrrelser, belegg på tungen, døsighet, hodepine og kløe. Eksantem, misfarging av urin og forbigående leukopeni har vært sett.

Forsiktighetsregler: Teratogen effekt har aldri vært påvist. Det anbefales imidlertid å være tilbakeholdende med bruk av preparatet under graviditet, særlig de tre første måneder. Ved behandling gjennom lengre tid eller ved høydosering bør en kontrollere blodstatus (lekocytter, differensialtelling.)

Interaksjoner: Metronidazol og disulfiram i kombinasjon kan gi forvirringstilstander. Kombinasjon med alkohol kan gi intoleransesyndrom.

Dosering: «2 dagers kur»: 5 tabletter daglig i 2 dager. (Dagsdosen kan tas som engangsdose evt. 2 tabletter om morgenen og 3 tabletter om kvelden.) Tablettene skal tas etter maten.

Pakninger og priser: Tabletter: 10 stk. kr. 25,40
2 x 10 stk. kr. 49,75, 100 stk. kr. 222,80.