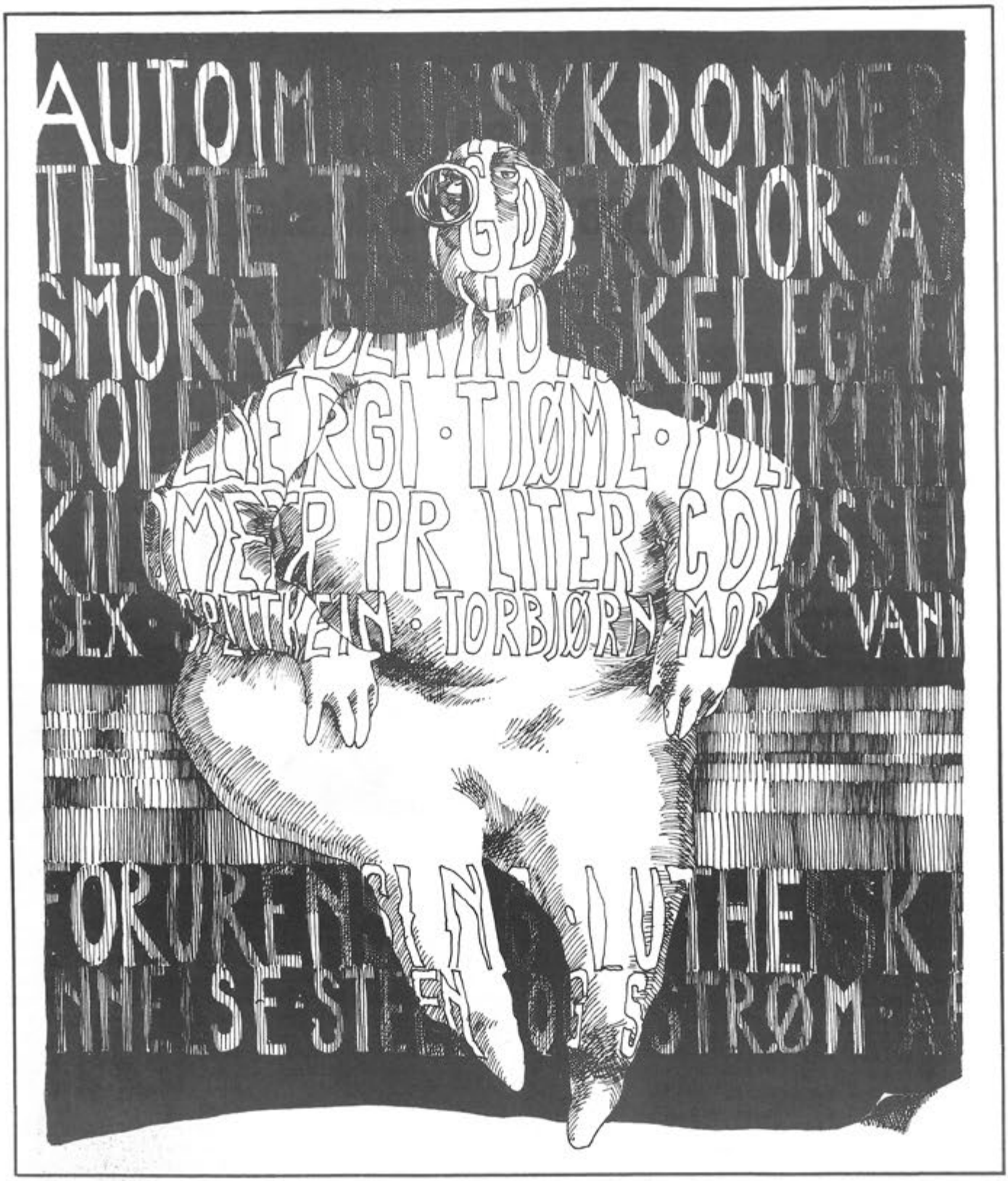
UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 7 | OKTOBER/NOVEMBER 1976 | ÅRGANG 5



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

Utkommer med 8 nr. pr. år

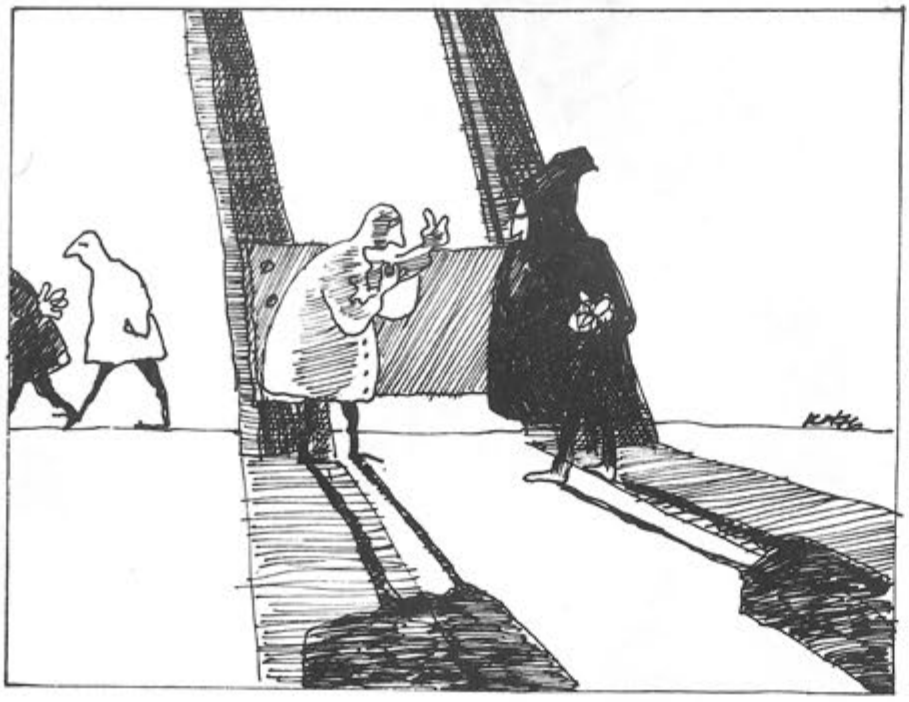
UTPOSTEN

STARTET 1972

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

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

Sykehuslegen, den almenpraktiserende lege og distriktslegen



Det var en gang en underordnet sykehuslege som hadde drevet poliklinisk virksomhet i sykehusets korridorer i arbeidstiden, og som var innberettet til helsedirektøren. Likeledes var det en almenpraktiserende lege som var innberettet på grunn av overdreven gressing i takstsystemet. Til slutt var det en distriktslege som hadde nektet å vikariere i nabodistrikt. Alle ble fremstilt og dømt i helsedirektoratet, og straffen i slike saker er jo som kjent halshugging ved guilliotinen.
Først ble sykehuslegens hode lagt på blokken, og man trakk i utløsersnoren. Knivbladet suste ned mot den stakkars legens hode, men kilte seg fast da det var falt halvveis ned.
Nå er jo reglene slik ved dødsstraffer at straffen bare kan iverksettes en gang, så sykehuslegen fikk gå fri. Da den almenpraktiserende lege skulle straffes, ble guilliotinen igjen utløst. Den kilte seg igjen fast, og den almenpraktiserende lege slapp også å få hodet skilt fra kroppen.
Distriktslegen som hadde vært vitne til de andres avstraffelse, tok da et skritt frem og sa:
"Hør her, helsedirektør, du må løsne litt på den skruen som sitter der til høyre på stillaset for å få kniven til å falle helt ned!"

UTPOSTEN har i september sendt ut en reklamebrosjyre til leger, trygdekontor og sosialkontor. Enkelte har oppfattet dette som krav på ordinære bladpenger, og vi gjør for ordens skyld oppmerksom på at ingen slike krav er sendt ut fra UTPOSTEN i september 1976.
De av våre gamle abonnenter som allerede har betalt inn penger for abonnement nå, vil få dette godskrevet for 1977, og vil bli underrettet direkte om dette.

L. D. HOLAN

Helsestasjonen alltid i støpeskjeen

I UTPOSTEN nr. 6 står en anmeldelse av boken "Helsestasjonen alltid i støpeskjeen". Anmeldelsen er usignert, men den kan kanskje formodes å være redaksjonell.

Som distriktslege i Bærum i den tiden forsøksarbeidet foregikk, et arbeide som jeg hadde anledning til å følge så å si fra dag til dag, vil jeg gjerne komme med noen bemerkninger og kommentarer både til anmeldelsen og boken.

Anmeldelsen er krass og negativ. Jeg er enig i at boken er uoversiktlig, at den kan virke rotet, at det kan være vanskelig å få tak i innholdet i den og vrient å finne frem i. Men er det da intet positivt ved boken? Etter mitt skjønn er det det.

Skal man bedømme et arbeide, bør man også kjenne forutsetningene for det. Boken er blitt til etter forsøk i en storkommune, nabo til en stor by. Det hele var et forsøk i denne storkommunen på å stake ut nye veier, finne frem til tanker og idèer som kunne bedre og effektivisere det tradisjonelle tilstivnede helsestasjonsarbeide, et forsøk på å oppfylle helsestasjonslovens intensjoner. Forholdene er jo så sterkt varierende i vårt land fra de enklè, små og oversiktlige kommuner til de større og store med problemer av meget kompleks art, med brytninger mellom gammel og ny tid, med boligpress og drabantbyer osv. Det må derfor være helt klart at et forsøksarbeide og resultatene av dette i høy grad må bære preg av den kommunen arbeidet har foregått i. I boken har så de to redaktører fortalt om forsøkene de gjorde, intet er, så vidt jeg kan se, stukket under stolen, positive såvel som negative uttalelser er tatt med, og både forsøk som lykkes og de som ikke gjorde det, er omtalt.

Med denne bakgrunn kunne ikke boken bli en kokebok med oppskrifter på hvorledes helsestasjonsarbeidet skal drives. Og det er kanskje på dette felt anmelderen er blitt skuffet i sine forventninger. Men det er jo ikke bokens feil.

Anmelderen skriver at den - boken - "endog får oss til å frykte at helsestasjonsarbeidet alltid skal forbli i støpeskjeen og aldri få noen form". Personlig kan jeg ikke se at det er så meget å nære frykt for. En aktiv, levende og effektiv helsestasjon må forandre seg i pakt med det samfunn den skal tjene, den må være villig til å revidere sine ytelser, gå igjennom gamle rutiner og finne løsning på nye problemer som måtte dukke opp. Gjør den ikke det, stivner den til og da er den også passè.

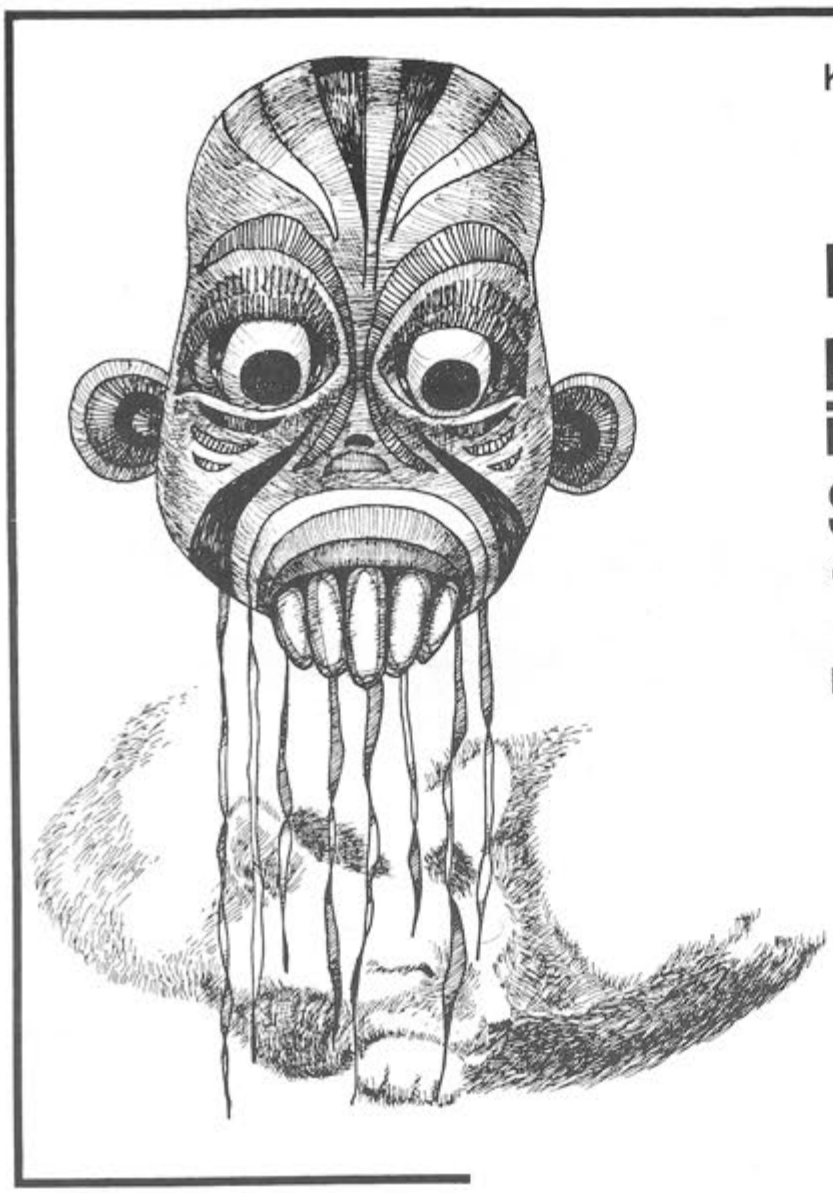
Helsestasjonens målsetting er meget vid. Det vises i så henseende til loven og de faglige retningslinjer. At forsøket derfor også kom til å spenne over et vidt register, må være naturlig. Når derfor anmelderen nettopp kritiserer vidden i forsøket, kan jeg ikke følge ham. Han sier: "Og ingen begrensning. Med behandlingslyst, rådgiverlyst og manglende beskjedenhet presenterer man oppgaver for helsestasjonen

Forts. side 15.

Til UTPOSTEN's redaktør

Det var lurt gjort! Nemlig ikke å skrive hvem som sto bak bokanmeldelsen i nr. 6 om "Helsestasjonen alltid i støpeskjeen".
Han sier at han har åpnet boken, men han har neppe lest den. Selv navnet til en av forfatterne har han ikke lest nøyaktig, ett er i hvert fall galt stavet. Og at Enebakkforsøket ble foretatt i Oppegård, det har han i alle fall ikke lest i boka. Dersom han har trodd at han skulle lese kokebok for helsestasjonsvirksomhet, kan jeg forstå hans skuffelse. Den skal vel heller vise hvordan helsestasjonen glir ut i den vanlige sosiale virksomhet, med de problemer og utfordringer til nytenkning dette fører med seg. Han fikk vel ikke honorar?

Med hilsen
Hans Solum
Fredrikstad



KRISTEN GRØTTE:

Kurs i psykiatri for praktiserende leger i Hedmark ved Sanderud sykehus 1973

Rapport etter 1 års virksomhet

Som et ledd i sykehusets konsulentvirksomhet overfor regionen, har det vært avholdt et kurs i psykiatri for praktiserende leger. Opptakten til dette kurset skjedde på et annet kurs i etterutdannelse for praktiserende leger. Det kom da fram ønsker om mere psykiatri og muligheten av et slikt kurs ble tilbudt. En hadde således et bra utgangspunkt når det gjelder deltakerenes egen motivasjon.
Gruppen har omfattet ca. 14 praktiserende leger fra Midtfylket (Hedmarken-Elverum's regionen). Vi har kommet sammen en kveld i måneden på Sanderud. Vi begynte ca. kl. 19.30 sammen med pasienten og eventuelt hans familie, og vi holdt det gående i et par timer, hvoretter vi gikk i kafeteriaen til smørbrødene. På møtet presenterte en av deltakerne et problem som hadde med en pasient å gjøre, og pasienten eller familien deltok i diskusjonen. Den legen som demonstrerte problemet den kvelden, hadde som regel på forhånd skrevet og distribuert en kortere sykehistorie. Alle disse ting skjedde selvfølgelig med pasientens tillatelse. Noen ganger har andre spesialister vært inne i bildet (nevrolog, skolepsykolog), disse har da også fått invitasjon og deltatt.

Om kursets emner:

Jeg skal helt kort nevnte litt om den type problematikk som har vært diskutert på de møtene vi har hatt.
Vi hadde vårt første møte i desember -72, hvor vi på en måte konstituerte oss. Emnene som ble berørt var omtrent følgende: Hva psykiatri er, og hva psykiatrisk behandling er. Begrepene diagnose, hvem definerer mennesker som pasienter, sykdomsbegreper, psykoterapeutisk holdning.
På vårt første møte i januar -73 var pasienten selv ikke tilstede. Problematikken her var avvikeren, normovertrederen, og hvordan samfunnet steller med ham. Det dreide seg vesentlig om lov om psykisk helsevern, tvangsinnleggelser o.s.v. Denne kvinnen hadde vært en plage for sine omgivelser, men særlig for det lokale helse- og sosialvesen og likedan lensmannen. Hun var tidligere innlagt Sanderud sykehus en kort tid, og ble senere gjentatte ganger forsøkt innlagt igjen av lensmann og sosialsjef. Vi diskuterte også relativt inngående filmen "Janice" som deltakerne hadde fått beskjed om å se.
I februar var problematikken torticollis. Det som den praktiserende lege la mest vekt på her, var hvordan pasienter skyves mellom spesia-

lister, for til slutt å havne tilbake til den praktiserende lege som sitter der med problemet fortsatt, ofte uløst. Neste møte gjaldt det psykiatriske intervju, pasienten var en 24 år gammel gutt med sterk aggresjon mot sin far, han ble da intervjuet vesentlig av meg. Hans symptomer var hodepine.
Deretter hadde vi en 20 år gammel kvinne som hjemme hadde en sterkt overbeskyttende og dominerende mor. Hennes plager var enuresis, en del nasking og vansker på arbeidsplassene.

I mai dreide det seg om schizofrenogene faktorer, vi hadde en 27 år gammel schizofren pasient,og den praktiserende leges problem på forhånd var vesentlig innleggelse eller ikke.
I september var temaet den paranoide pasient. Her fikk man lett demonstrert hvordan pasienten under barndom og ungdomsår utvikler en paranoid legning, og likedan hvordan hun utvikler en paranoid psykose på sine gamle dager. Her fikk pasienten anledning til å fortelle hvordan hun var blitt behandlet av leger og sykehus tidligere.
I oktober var pasienten en grav tvangsnevrotiker som jeg selv hadde hatt 6 samtaler med. Den praktiserende legen hadde slitt med pasienten i 3-4 år, pasienten hadde vært sykemeldt i ca. 2 år, og hadde vist seg å bli en hard nøtt å knekke behandlingsmessig. Man forsøkte å få demonstrert hva motstand er, hvordan pasienten utøvde sterk motstand mot å forandre seg, og likedan hvordan han manipulerte sin kone (som selvfølgelig var tilstede), og likedan terapeut.
I november var pasienten en 20 år gammel forlovet kvinne med ulike psykosomatiske plager. Her fikk man særlig demonstrert nytten ved å dra familiemedlemmer inn i behandlingen.
I desember -73 var pasienten en 13 år gammel gutt som hadde vært utsatt for "mobbing". Skolefobi. Pasienten hadde "adoptert" andre familiemedlemmers reaksjonsmønstre (migrene, ulcusplager, søvnløshet).
I januar -74 var pasienten en 13 år gammel gutt med hysteroepilepsi. Han hadde hatt gjentatte anfall i situasjoner med stress eller frustrasjon.

Om kursets innhold:

Vi har forsøkt å legge vekt på familiebehandling eller det å ha familien tilstede når vi snakker med pasienten. Pasientens problemer vedrører jo så og si alltid resten av familien. Fordelen ved familiebehandling har vært demonstrert og påpekt gjentatte ganger. Jeg tenker ikke bare på den rent spesifikke familiebehandling og teoriene bak denne, disse har vi egentlig berørt svært lite, men jeg har forsøkt å vise hvordan vanlig individuell behandling blir langt mere effektiv, virker bedre når familiemedlemmer er tilstede. Og at den psykoterapeutiske effekt forsterkes, er til å ta og føle på under møtene. Praktiserende leger er jo via sykebesøk i hjemmene heldige som kan ha hele familien samlet på en naturlig måte og uten at noe er kunstig. De fleste praktiserende leger som kjenner pasienten fra separate samtaler på kontoret eller via separate komparentsamtaler, er jo ofte noe redd for å ta opp problematikken når familien er samlet. De har en tendens til å omgå problemet som den varme grauten. Men byllen eller den spente atmosfæren er jo der likevel. Jeg har lagt vekt på åpenhet fra legens side. Og dette er jo et spørsmål om modenhet og dristighet, et spørsmål om å være trygg på seg selv, et spørsmål om legekunst.
Og dette fører oss da rett inn i begrepet holdninger. Holdning er jo med uansett hva vi snakker om, men vi har helt spesifikt lagt vekt på legens holdning, og kanskje har dette vært det vesentligste tema under hele kurset. Med holdning eller attityde tenker jeg da på en tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte overfor et objekt, en ting, en sak, et emne eller en person. Holdning blir en slags samling av disposisjoner, eller reaksjonstilbøyelighet.
Jeg tror ikke det er så om å gjøre å lære praktiserende leger spesifikke psykoterapeutiske metoder, og heller ikke sofistikerte teoridannelser. Jeg har lagt vekt på dette med å bevisstgjøre holdninger hos legen. Mange pasienter reagerer mer på våre følelser og manerer enn på våre ord. Vi vet hvor uhyggelig skarpe våre grensepsykotiske og schizofrene pasienter kan være til å tolke våre holdninger og følelser, være tankelesere. Jeg skal ikke gå i detalj, bare nevne at jeg har forsøkt å vise hvordan en spesiell holdning stort sett alene kan være nok til å hjelpe en pasient. Har man eksempelvis en paranoid pasient, er det jo umulig å hjelpe denne uten at man har pasientens tillit. Og tillit oppnår man via holdning, ikke ved å være en flink medisiner, tekniker, ikke ved å være flink i en spesiell psykoterapeutisk metode. Jeg har hatt den idè lenge at storparten av våre paranoide psykoser kunne vært behandlet ambulant med godt resultat. Den idèen har jeg fortsatt. Og jeg tror at den praktiserende lege mange ganger kan gjøre dette like bra som en psykiater. Det er jo nettopp innleggelse i institusjon som spesielt er skadelig, det blir jo ofte et nederlag i tillegg som pasienten aldri glemmer eller kommer over. Den tid er jo enda ikke helt forbi da pasienter kommer til det psykiatriske sykehus med håndjern, en situasjon som som regel kunne vært unngått. Kanskje bare ved en mere bestemt opptreden kunne den praktiserende lege unngå slike innleggelser eller forandre den til en frivillig innleggelse.
Vesentlig er jo at man er redelig, holder avtaler, forklarer hva man gjør, hvorfor man ikke gjør det og det,osv.

Det høres kanskje rart ut at det er nødvendig å undervise leger om redelighet overfor pasienter. Men jeg tror at alle vi leger trenger å minnes om dette,og da spesielt hvor viktig det er overfor paranoide eller subparanoide personer, og dette blir jo en stor prosentdel av befolkningen. Vi har alle lett for å gjøre eller foreta oss ting lettvint, men spesielt overfor subparanoide mennesker kommer man da ut å kjøre. Den praktiserende legen kommer til hjemmet når krisen er størst, når det er full krig, og da er jo behandlingsmulighetene også annerledes og bedre. Og det kreves at legen må overta styringen, foreta seg beslutninger osv. Av legen kreves det at han behersker situasjonen, at han er "the upper one".
Vi har alle en tendens til å unngå slike konfrontasjoner hvor familien er i full krig og vi faller for fristelser til å foreta oss ting bak pasientens rygg, velge den behageligste veien for oss, i stedet for kanskje å gå rett på sak med hele familien tilstede.

Den praktiserende legen har den fordel at han kan komme tidlig til, før problematikken er blitt for stor og innleggelse ikke kan unngås. Han kan forebygge psykoser og innleggelse. Egentlig er det vel elendig lite vi på institusjoner bedriver av preventiv psykiatri. Den praktiserende legen har jo også større muligheter enn noen annen til kontinuitet i sin behandling. Ved siden av å kjenne miljøet ut og inn, kjenner han også gjerne enda bedre det sosiale hjelpeapparat på stedet. Og det vesentlige her er ikke det at han kjenner selve apparatet, det gjør kanskje de fleste, men han kjenner personlig menneskene innenfor apparatet, og det er jo mange ganger en uvurderlig fordel. Ofte er det slik at det er de psykiatriske pasientene som sliter mest på de praktiserende legene. De blir ofte et hovedproblem for legene som gjør at man har med seg pasienten eller problematikken på sin fritid, altså på legens fritid. Likedan er det vel kanskje disse pasienter som mest forstyrrer nattesøvnen.

Målsetning.

For pasientene som har deltatt, har det vært et krav at timen skal være nyttig og alldeles ikke skadelig. For deltakerne har det vel vært såkalt emosjonell læring, det har vært gruppeaktivitet, pasienten deltar selv i diskusjonen osv. Det har aldri vært katedrale foredrag.
Den største opplevelse for deltakerne har kanskje vært det at man snakker direkte til pasienten, og aldri om ham, at man henvender seg åpent og direkte. I begynnelsen var det vanskelig å diskutere symptomer, diagnoser og prognoser med pasienten selv tilstede, men med litt øvelse har det gått fint, og jeg synes deltakerne gradvis er blitt flinkere. Dette at pasienten aksepteres, eller kanskje bedre, respekteres som et gruppemedlem, tror jeg også har vært en opplevelse for pasientene. Når det har vært tendenser til å snakke om pasienten eller til å bruke eleverte vendinger, eller man begynner å hviske til sidekameraten, har jeg brutt inn og forsøkt å be vedkommende spørre pasienten direkte om dette.

Jeg har videre forsøkt å trene deltakerne til å komme i et større nærhetsforhold til pasienten. Jeg har bevisst strukturert gruppen slik, eller utnyttet gruppens struktur til dette. Vesentlig har vært pasientens og familiens nærvær, man snakker åpent til pasienten i en relativt jevnbyrdig atmosfære. Tar vi pasienten vekk og snakker om ham, blir han straks noe der nede, litt stakkarslig. Det er i alle fall muligheter for det. Jeg liker ordet respektering bedre enn aksептering. Når vi aksepterer pasienten, kan han godt være noe der nede, vi godtar stakkaren med hans skrøpeligheter slik som han er der nede. Ordet respektering smaker litt mere av jevnbyrdighet.

Vi har kanskje lært at vi også trenger avstand til pasienten, til bedre, friere å kunne reflektere over hans problematikk. Dette er selvfølgelig riktig og nødvendig. Psykoterapeutisk holdning innbefatter både en viss nærhet og en viss avstand til pasienten. Klarer man å finne det rette balanseforhold her, blir man den beste psykiater. Dette forholdet er sikkert ikke noen konstant, men avhengig av bl.a. legens og pasientens personlighet, ytre omstendigheter, hvordan settingen er, om vi eksempelvis har barn tilstede, osv., og videre sikkert også i noen grad avhengig av arten av pasientens problemer. En schizofren eller grensepsykotisk pasient er jo eksempelvis livredd nærhet i begynnelsen av behandlingen, mens andre kan ha en tendens til å ville oppsluke legen helt.
Når det gjelder praktiserende leger, tror jeg de er vant med en relativt stor avstand til alle pasienter, noe de har med seg fra sin somatiske praksis som jo utgjør den vesentligste del av deres arbeid. Jeg mener at det legene trenger og kan få på et slikt kurs, er bl.a. trening i større nærhet overfor de psykiatriske pasienter.
Nærhet kan skape angst hos oss alle. De leger som ikke har opplevd angst i slike situasjoner, har vel ikke vært i noe behandlingsforhold i det hele tatt. Det å komme i et større nærhetsforhold, kan læres, og det har tydelig vist seg i denne gruppen. Etter hvert har det gått glattere å snakke om pinlige ting med pasienten, eller i pasientens nærvær, f.eks. diskusjoner av hans privatliv, diskusjoner omkring diagnose eller prognose.
Jeg har altså forsøkt å få deltakerne til å forstå pasienten som et subjekt, komme vekk fra dette med at man legger vekt på diagnoser og andre trange og kanskje villedende båser, at pasienten er kasus osv. Han skal være et medmenneske som sitter lys levende blant oss og deltar selv med sin familie i diskusjonen. Selvfølgelig snakker vi om diagnoser og prognoser, vi må jo ha noen betegnelser for i det hele tatt å kunne snakke sammen. Men pasienten skal ikke være noen diagnose, ikke noe objekt.
Vi forsøker å se ham i lys av oppvekst, familiebakgrunn, økonomi, arbeidsplass og andre sosiale sammenhenger, og dette er ikke så vanskelig å få til med de praktiserende leger. Jeg tror at sykehusleger har mye lettere for å se på pasienten som et objekt, og grunnen er vel at den praktiserende lege står langt nærmere det pulserende liv, ser pasienten på arbeidsplassen og i hjemmet osv., mens vi sykehusleger har vår arbeidsplass i det kunstige sykehusmiljø. Deltakerne har jo også lenge praktisert på stedet og kjenner foreldre og besteforeldre til pasienten. En gang kunne legene fra Elverum (omtrent alle praktiserende leger er med derfra) gi en bedre orientering om slekten enn pasienten selv.

Forts side 12.

The Sebastian S. Kresge Building

H. SIEM:

Harvard school of public health

Navnet Harvard innebærer stor prestisje, og det var kanskje grunnen til at jeg valgte Harvard School of Public Health fremfor andre skoler i USA. De forskjellige amerikanske schools of public health blir hvert år rangordnet av hverandre, og Harvard har ligget på toppen frem til ca. 5 år tilbake. Siden har Harvard stadig gått nedover listen, og er forbigått av bl.a. University of North Carolina, Johns Hop-

kins University, University of Michigan (Ann Arbor) og Berkeley University.
En slik rangordning er uoffisiell, og det er jo åpenbart at den reflekterer de forskjellige dekaners verdinormer.Ingen vet hvorvidt de legger mer vekt på forskning, samfunnstjeneste eller administrativ effektivitet innenfor helseprogrammer.
Harvard School of Public Health har ca. 800 søkere hvert år og tar opp ca. 200 elever. Noen blir tatt opp til 2-årige kurs med sikte på en doktorgrad eller spesialoppgaver innen forskjellige felt av offentlig helsearbeid, eller det nylig startede 2-årige program for Health Policy and Management.
Av de som søker seg inn på 1-årig undervisning, blir ca. 80 studenter tatt opp som kandidater til Master of Public Health, og like mange blir tatt opp med sikte på Master of Science innenfor et spesifisert felt av det offentlige helsearbeidet (f.eks. ernæring, befolkningsproblemer, arbeidshygiene, strålehygiene osv.)
Master of Public Health er kjernen i denne skolen, såvel som i de andre. Mange skoler har utvidet programmet for en Master of Public Health til å vare i 2 år, da det er vanskelig å få presset stoffet sammen til en 1-årig utdannelse. Opptakskravet til en Master of Public Health er først og fremst helsearbeid med en tidligere utdannelse svarende til et medisinsk studium. Søkeren må ha 3-5 års praktisk erfaring bak seg. Imidlertid har man i den senere tid også tatt opp medisinstudenter som kan absolvere sitt siste, elektive år ved skolen. Dertil har man også vært villig til å ta kandidater med svakere tidligere utdannelse enn medisinsk embetseksamen. Dette må være personer som har utmerket seg spesielt ved sin innsats i offentlig helsearbeid tidligere. Ca. 1/3 av kandidatene til en MPH har medisinsk embetseksamen bak seg.

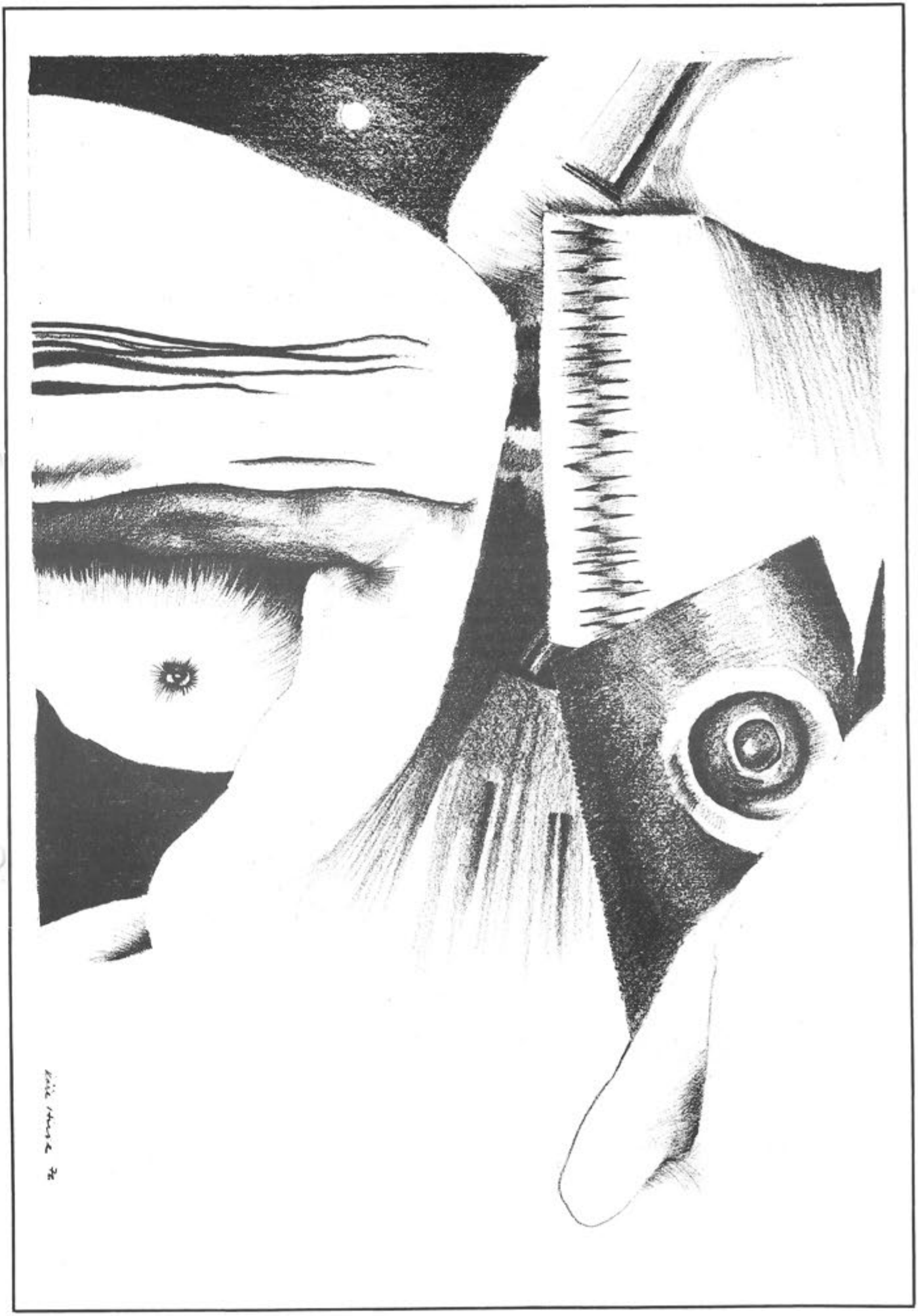
Fakultetet ved Harvard School of Public Health teller knapt 200 faste medlemmer, stab-afilierte fakultetsmedlemmer utgjør også 200.
- En skulle tro at denne lærer-til-elev ratio skulle borge for god undervisning. Enkelte lærere og enkelte kurs var fremragende, mens andre var tildels meget kritikkverdige. Det var åpenbart at skolen slet med prioriteringsspørsmål, hvor vidt man skulle legge hovedvekten på undervisning, forskning eller samfunnstjeneste. Skolen var delt opp i forskjellige departementer (eks. statistikk, epidemiologi, ernæring, omgivelseshygiene, tropemedisin, infeksjonssykdommer, helseadministrasjonen ...), og disse departementer var autonome. Dekanus ved skolen hadde relativt liten innflytelse på de forskjellige departementers aktiviteter, og dette gjorde det også vanskelig å lage en integrert og utfyllende undervisning for studentene.

Jeg ble valgt inn i studentstyret. Som medlem derfra representerte jeg studentene i Fakultetets arbeid med å lage en reformplan for studiet til Master of Public Health. Det vil føre for langt å gå i detaljer vedrørende dette arbeidet, men det skal nevnes at det var betydelige meningsforskjeller, ikke bare innenfor fakultetets,men også blant de ansatte i helseadministrasjonen og annet alumni, om hvorvidt man skal utdanne Masters of Public Health som generalister eller som spesialister. Det var enighet om at enhver bør ha et grunnlag innenfor metodefag som statistikk, epidemiologi, økonomi, systemanalyse og administrasjon. Omfanget av undervisning i administrasjon var imidlertid meget sterkt diskutert, og enda mer spredte meningene seg når det gjaldt innføring i forvaltning på statsplan, politisk analyse og sosialpolitikk.
Likeledes spredte meningene seg sterkt når det gjaldt lengden av tid som skulle brukes på innføring i de mer spesielle emneområder som hører inn under offentlig helsearbeid, slik som ernæring, befolkningsspørsmål, omgivelseshygiene, spesielle tiltak for forsømte grupper osv.
En gruppe mente at det burde brukes et ekstra år for å gi kandidatene en grundig og "faglig" innføring i disse emner, mens en annen gruppe hevdet at innføring i slike emner burde foregå på arbeidsplassen, og neppe på en skole som ville stå noe fjernt fra de aktuelle problemer.

Mitt studium:

Alle studenter fikk seg utpekt en rådgiver ved skolen som de kunne oppsøke til enhver tid, særlig med tanke på å bygge opp en hensiktsmessig studieplan. Det var ca. 100 forskjellige kurs som ble tilbudt, og flere hundre andre kurs ved MIT, Harvard University's Art and Science, Harvard Business School og J.F. Kennedy School of Government.
Den første uken ved skolen ble brukt til generelle orienteringer om de forskjellige fag. Tidligere studenter deltok, men det var likevel meget vanskelig for meg å bestemme hvilke kurs jeg skulle velge. Det var muligheter for å la kurs falle og ta opp nye i løpet av de første ukene av undervisningen.
Da jeg ikke kom til skolen med tanke på ekspertutdannelse i noe felt, men med ønske om en bedre innsikt i hele feltet offentlig helsearbeid, valgte jeg stort sett innføringskurs det første halve året. Mest tid ble brukt på epidemiologi, administrasjon og økonomisk analyse. Kurs i statistikk, infeksjonssykdommer, tropesykdommer, ernæring, omgivelseshygiene og befolkningsproblemer brukte jeg mindre tid på.
I vår-semesteret studerte jeg offentlig helsearbeids historie og idé-grunnlag, undervisningsplanlegging, barns vekst og utvikling, evalueringsteknikker, epidemiologi av kroniske sykdommer, videregående kurs i helseøkonomi og tropemedisin, og helseadministrasjon. Dessuten consumerism, medisinsk sosiologi og et kurs i hvordan man kan påvirke grupper. Til slutt skal nevnes et kurs om den kliniske beslutningsprosess.
Det var eksamen i alle kurs som ble tatt for å oppnå kreditt. Man trengte 40 poeng for å få en Master of Public Health. Min studieplan ga 46 kreditt. I tillegg kom 5 av de nevnte kurs som ikke ga kreditt.
Året ble således meget strevsomt, med de fleste ukedager opptatt til kl. 11.00-12.00 om kvelden til lesning.
Dette var imidlertid selvvalgt, en var fri til å legge opp en adskillig mer avslappet studieplan hvis en ikke ønsket å bruke tiden til lesning. Også innenfor mitt program var det nærmest

Forts. side 13.



Nordiska Hälsovårdshøgskolan i Gøteborg — et bevis på nordisk samarbeid

Tanken om en internordisk skole som skulle undervise i offentlig helsearbeid, ble anammet på slutten av 40-tallet. To av dem som stod i forgrunnen, var helsedirektør Karl Evang fra Norge og Axel Højer fra Sverige. Den spede begynnelse i år 1953 bestod av et 2 måneders kurs i biostatistikk, epidemiologi, vann- og næringsmiddelhygiene, og var beregnet på nordiske embetsleger som det den gang het. Skolens virksomhet ble støttet av Nordisk Råd og WHO. Formell avtale mellom de nordiske land, Danmark, Finnland, Norge og Sverige, ble inngått i 1962, der den økonomiske belastningen ble fordelt etter antall elevmåneder de respektive land gjorde seg nytte av.

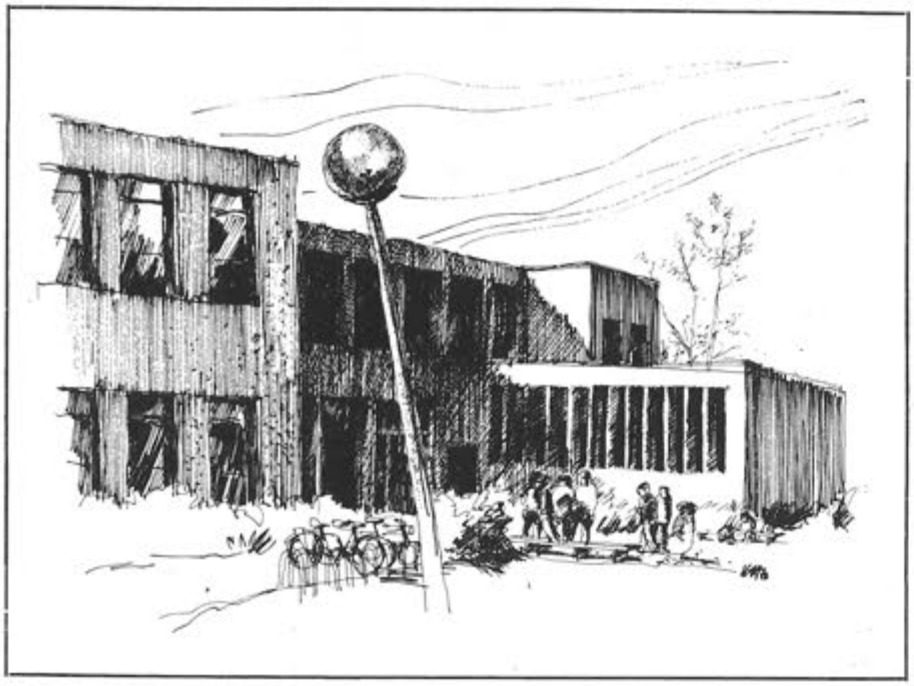
Skolen i dag:

Den skolen som i dag står frem, er så vidt jeg kan skjønne, en helt annen enn den somhadde sin spede begynnelse i 50-årene. WHO har godkjent skolen som School of Public Health etter sin definisjon: "An institution providing a full time course, lasting not less than one academic year or its equivalent, for physicians and others seeking general qualification in public health."
Det første som slår en, er at forskjellige yrkesgrupper blandes. På kurset i biostatistikk, epidemiologi, vann- og næringsmiddelhygiene er det f.eks. både veterinærer, offentlige leger og sykepleiere. På grunn av at gruppen er ganske liten, ca. 20 på hvert kurs, blir man rystet tilstrekkelig sammen til å få en virkelig gruppedynamikk.

En annen ting som atskiller skolen i Gøteborg fra andre Public Health-utdannelsessteder, er det faste personalet. I dag består dette av meget få, nemlig på undervisningssiden bare en professor og to universitetslektorer. De forelesere som trengs, blir tatt inn fra de forskjellige nordiske land. Jeg kan nenve at i undervisningsåret 1975/76 har det vært i alt 348 forelesere, hvorav 38 fra Danmark, 16 fra Finnland, 40 fra Norge, 240 fra Sverige og 14 fra de øvrige land. Som man skjønner, kreves det et voldsomt arbeid fra skolens side for å få de best kvalifiserte forelesere, og dette har etter min erfaring, lykkes i stor utstrekning.

Det forekommer meg at vi som elever, for en stor del har det beste utbytte av undervisningen på denne måten, men på enkelte områder kunne man ønske en noe bedre koordinering og kontinuitet, spesielt i epidemiologi. For andre fags vedkommende, f. eks. miljøhygiene i videste forstand, er det viktigere at man får den til enhver tid beste foreleser, slik at man ikke på disse områder med en så hurtig utvikling, får dosert noe som er foreldet. Dette synes jeg skolen har klart på en bra måte etter erfaringer fra to måneder.

Hovedhensikten med skolen var å kunne gi samme undervisning i Skandinavia innen Public Health som i utlandet. For lensläkare (fylkesleger) i Sverige og Finnland blir det anbefalt at man bør ha utdannelse i Gøteborg eller tilsvarende utdannelse. Når det gjelder Norges syn på skolen, er vel det like variert som den varierte forsamling man finner av offentlige leger. Det er vel imidlertid ingen som mener at skolen i Gøteborg er overflødig, og de fleste mener vel at den gir omtrent samme grunnlag som utdannelse i anglosaksiske land, forutsatt at man har fulgt alle kursene i Gøteborg.



Det har i løpet av årene kommet til forskjellige nye kurs. I 1955 kom et på 2 måneder i teknisk hygiene, og i 1957 et i sosialmedisin. I -67 kom likeledes et kurs i administrasjon. Men andre yrkesgrupper presset på, og i 1956 ble det laget et kurs i vannhygiene for sanitæringeniører som det den gang het. I -63 et kurs i teknisk hygiene for ingeniører, og videre kurs i teknisk hygiene for helserådsinspektører. Et siste skudd på stammen spratt ut i 1970, da man gav et kurs i sosialodontologi.

Forøvrig avspeiler skolen de forskjeller som finnes innen de nordiske lands helsetjeneste. De svenske og danske distriktsleger er ikke interessert i de kurs som her gis i vann- og næringsmiddelhygiene og miljøhygiene generelt p.g.a. at de i sitt arbeid har lite med dette å gjøre.

Fra 1953 til 1975 er det i alt 500 leger som har gjennomgått 1000 kurs ved skolen. Av disse har 145 leger gjennomgått alle tre kursene, fra Sverige 55, fra Norge 45, Finnland 20, Danmark 4 og Island 3 leger.

Det som her slår en, er at Danmark ikke sender så mange elever til skolen. Dette skyldes at den danske stat ikke gir skolen særlig meriterende verdi. I Danmark har man et nasjonalt kurs som man mener dekker det en amtslege bør kunne, og utover dette er man sannsynligvis i Danmark ikke interessert i å utdanne sine amtsleger innen Public Health.

Forbedringer?

Den største innvendingen mot skolen fra utenverdenen har vært mangel på kunnskapskontroll og mangel på forskning ved institusjonen. Når det gjelder kunnskapskontroll, er jeg ikke enig i at dette ikke foregår på skolen. Det er stadig gruppearbeider, hvor man virkelig får vist, ikke bare sine kunnskaper, men også evne og vilje til samarbeid, noe som vel ikke kan måles ved vanlig kunnskapskontroll. På grunn av at kursene er såpass små, vil det også være full oversikt over den enkelte elev.

Når det gjelder forskning, er det meget merkelig at dette ikke har kommet inn på et tidligere tidspunkt, men dette skyldes sannsynligvis at andre institusjoner har motarbeidet denne skolen av frykt for at de skal miste forskningsmidler.

Det har vært mye strid om skolen. Man har ikke blitt enige om hva man skal gjøre med den, og en arbeidsgruppe kom i 1971 frem med et forslag som var umulig å gjennomføre. Dette førte til at man i 1974 kom med en ny utredning hvor man ville prøve å kopiere det engelske system med 1 år teoretisk utdannelse og deretter 1 år praktisk arbeid. Man skulle da i løpet av det første teoretiske året velge ut et spesielt emne som skulle forskes videre gjennom det andre praktiske året under faglig oppsikt av en offentlig lege med full utdannelse innen Public Health. I det teoretiske året vil det bli gitt 2 måneders undervisning i epidemiologi og biostatistikk, 2 måneder i sosialmedisin og preventiv medisin, 2 måneder administrasjon innen helsetjeneste og sykehus, og til slutt 2 måneder i miljøhygiene.

Man vil også som nå, kunne dele opp denne utdannelsen i kurser å 2 måneder. Det er planen at man også i fremtiden skal kjøre egne kurs for administratører, sykepleiere, tannleger, veterinærer og muligens personell innen sosialtjenesten. Det foreliggende forslag skisserer en økning av antall undervisere fra 3 til 7, og et samlet antall ansatte som i dag er 9½, vil øke til 17 stillinger.

Det nye opplegget krever fornyet innsats økonomisk, og her er det jo opptil de enkelte land å avgjøre om de vil satse på dette området. Så vidt jeg kan skjønne, er dette noe av det mest positive Nordisk Råd har hatt sin finger med i, og det ville jo være synd om det hele skulle renne ut i sand. Det er derfor også ting som tyder på at Nordisk Ministerråd, altså en økonomisk makt, vil legge sin beskyttende hånd om utdannelsen.

Det er meningen at disse planene skal settes i verk fra 1978. La oss håpe at de bevilgende myndigheter i de respektive nordiske land skjønner verdien av å satse på en slik skole i en tid da helseplanlegging er eneste vei ut av uføret, hvis ikke helsetjenesten skal ta hele nasjonalbudsjettet. La oss håpe at vi når 1978 begynner, ikke står i den situasjon at Nordiska Hälsovårdshøgskolan har falt mellom de fire nordiske lands respektive økonomiske taburetter, og er borte for alltid.

Per Wium

Hvem kan søke til skolen?

Leger
Veterinærer
Ingeniører
Tannleger
Sykepleiere
Helseadministratorer
Helserådsinspektører

Hver elev får et stipend på 1300 svenske kroner pr. måned for å dekke ekstrautgifter ved å bo i Gøteborg. Man får dessuten reisen dekket.

Når skal man søke? Kursene averteres i de respektive fagtidsskrift.

Hvor skal man søke? I Norge er det Helsedirektoratet som annonserer kursene og som tar ut kandidatene. Norge har ca. 5 plasser pr. kurs på skolen.

Forts. fra side 6.

Kurs i psykiatri . . .

Siste delen av kvelden skal være avsatt til kritikk av leder og deltakere, kritikk av hele kvelden, av opplegget osv. Som regel har det ikke blitt tid til dette før vi har kommet i kafeteriaen. Men før pasienten har gått, har han alltid fått anledning til å si hvordan kvelden var for ham. På denne måten får ikke bare lederen feedback, men vi har forsøkt å rette på skjevheter her og nå, og på den måten har vi kunnet unngå feil på neste møte.
I kaffepausen har vi også anledning til å drive en slags "follow up", ved å høre hvordan det går med pasienten.

Om nytten av kurset.

I følge deltakerne har de fått noe mer trygghet til å hanskes med psykiatriske pasienter. De har fått belyst situasjonen fra institusjonens side, hva institusjonen kan makte eller ikke makte i forhold til ambulant behandling ved psykiater eller behandling hos den praktiserende lege. Det har kanskje vært en tendens til at deltakerne plukker ut til demonstrasjon litt for velfriserte psykiatriske pasienter eller skikkelige tyngre psykiatriske problemer. Det har kanskje vært litt for lite av problemer fra den praktiserende leges hverdag, men læremessig sett har det vel ikke vært av så vesentlig betydning hva slags pasient eller pasientkategori som har vært diskutert.
En annen fordel ved kurset er jo at vi har blitt kjente, så og si personlige, mens vi fra før var vant til kun å snakke med hverandre pr. telefon.
Når det gjelder positive ting for undertegnede, så profiterer man sikkert på å være lærer eller kursleder. Jeg har dessuten lært noe om hvordan det er å være praktiserende lege, lært noe om hans behandlingsmuligheter osv.
Og sett fra institusjonens side, så bør vel også denne ha profitert på et slikt kurs. Jeg har selvfølgelig bedrevet politikk, helse- og samfunnspolitikk, og dette er nødvendig i dag med vårt stadig tiltagende utvidete psykiatriske sykdomsbegrep som igjen gir oss pasienter og problemer i økende grad. Vi kan bare tenke på generasjonsmotsetninger, ungdomsnarkomani, eldreomsorgen, dette at gamle påklistres diagnosen senil demens og dermed inn på Sanderud. Vi ser jo en økende bruk av den psykiatriske institusjon for å fjerne avvikeren, og vi står oss på å analysere hvem det er vi hjelper når vi tar imot disse avvikerne.

Avslutning.

Stort sett vil jeg si at min behandlingsfilosofi eller behandlingsideal har vært at alle psykiatriske pasienters problemer er forståelige. Lar de seg ikke forstå, er det oss det skorter på. Pasientens problemer og symptomer er menneskelige, det er bare gradsforskjeller i symptomatologien mellom pasienten og oss. Jeg har videre preket en del om diagnostisk kultur innenfor psykiatrien. Jeg har snakket om nytten av å samarbeide med andre kategorier av personale. Vi har snakket om psykosomatiske lidelser, om somatiske og funksjonelle komponenter. Ofte er det slik i almenpraksis at man først får øynene opp for psykiatriske årsaker til problemene etter omfattende og tidrøvende somatiske kartlegginger med negativt utfall.
Periodevis har det kanskje budt på vansker å beholde systematikken på møtene. I diskusjoner har det vært lett å fortape seg i digresjoner.

Praktiserende leger er jo meget executive personer, både med autoritative og autoritære holdninger. De har gjerne ingen problemer med å hogge seg inn i diskusjonen.
Det foreligger jo mange oppfatninger av psykiatri og psykiatere. Mange ser vel på faget psykiatri som noe ullent, bestående av mange kontroversielle teorier, ofte på spekulativt grunnlag. Jeg har ønsket å gi de praktiserende leger et inntrykk av en annen side av psykiatrien, noe mere håndfast som de kan ta med seg i deres daglige arbeid. Og det vesentlige her har vel nettopp kanskje vært dette å møte pasienten.
Det er kanskje noe uklart enda i hvilken form den psykiatriske rådgivning til almenpraktikerne bør ha eller få. Sikkert er det at de vanlige former for spesialisthenvisning ofte er inadekvate og at rådgivning via primærlegen som skal beholde kontakt med pasienten, ofte er mere rasjonell. Ved siden av dette vil det jo bli rikelig plass til henvisning til institusjon eller psykiatrisk spesialist, der psykiateren overtar ansvaret for behandlingen. Jeg tror også at mange av våre behandlingsoppgaver kan overtas av det lokale sosialkontor ute i distriktet. Her vil psykiateren på sentrale oppgaver som rådgiver og konsulent for slik behandling.

Utfyllende lesning, se:
K. Grøtte: Kurs i psykiatri for praktiserende leger, Nord.psykait.tidsskr. (1976) 30: 121-128.

Forts. fra side 8.
ubegrenset hvor mye en kunne nedlegge av lesetid.
I denne sammenheng skal nevnes The Countway Libary som var et meget rikholdig medisinsk bibliotek med all ønskelig service. Det lå vegg i vegg ved School of Public Health.

Litt om spesielle kurs:

Jeg har lyst til å trekke frem 3 kurs som jeg fant spesielt verdifulle, både p.g.a. kvaliteten ved undervisningen og p.g.a. kursets innhold:

1. Curriculum design, d.v.s. undervisningsplanlegging:
Her hadde man fått hjelp av undervisningseksperter til å lage en modell for kurskonstruksjon som helsearbeiderne kunne benytte for på en effektiv måte å formidle kunnskaper, ferdigheter og holdninger til andre.
Selve modellen passer dårligst for høyere utdannelse, men meget bra for kortvarige kurs for studenter med relativt beskjeden bakgrunn. Det var imponerende å bli ført gjennom et logisk konsekvent og utfyllende tankesystem, hvor en først lærte å analysere de yrkesmessige oppgaver elevene ville få, og derfra bakover konstruere et kurs som formidler den nødvendige kunnskap, de nødvendige ferdigheter og holdninger. Hele kursopplegget er nå trykket i et eget hefte som kan brukes til støtte for undervisning i kursoppbygning.

2. Den kliniske beslutningsprosessen:
Dette var et kurs som ble gitt for første gang i 1976. 7 fakultetsmedlemmer fra forskjellige kanter var kommet sammen for å se nøyere på den kliniske beslutningsprosess. Av de 25 studenter som begynte kurset, holdt 11 eller 12 ut til siste slutt, alle disse var leger.
Kursledelsen var noe løs, men undervisningen meget intens med vidtgående arbeidsoppgaver og lesning. Selve feltet er foreløbig uoversiktlig, men jeg er overbevist om at dette er problemer en vil befatte seg meget med i tiden fremover.
Idé-innholdet går ut på generell beslutningsanalyse ved å gi forskjellige resultat fra en valgsituasjon nummerisk verdi, la alle sjansepunkter bli veiet med en sannsynlighetsverdi, og derved arbeide seg tilbake til et utgangspunkt hvor forskjellige valg får forskjellig verdi. (Beslutningstre.)
Det var interessant å se hvordan man ved Bayes teorem ofte kom frem til resultater som ikke intuitivt ville ha gitt seg. Det ble gang på gang påvist, selv i den mest avanserte medisinske litteratur, at leger og tidsskriftsredaktører plumper i vannet når de overfører tallverdier fra et pasientmateriale ved vurdering av metoder som skal brukes overfor en total befolkning. Dette gjelder både diagnostisk og terapeutisk.
Såvidt jeg vet, har dette ikke vært viet mye oppmerksomhet her hjemme. Henrik R. Wulf fra Danmark har skrevet en bok om rasjonell klinikk (anmeldt av Per Anders Øien i "UTPOSTEN" nr. 6, august 1974) som nærmer seg problematikken. Han klarer imidlertid ikke å krystallisere problemene slik som de ble gjort i kurset om den kliniske beslutningsprosess ved Harvard.

3. Medisinsk sosiologi:
Det hadde neppe vært behov for "UTPOSTEN" hvis alle norske leger hadde hatt utdannelse og forståelse for medisinsk sosiologi.
Det følger derfor at jeg var meget begeistret for undervisningen i dette fag som i seminarform omtalte hvordan pasienten definerer seg selv som syk, oppsøker helsevesenet eller eventuelt ikke oppsøker helsevesenet, hvordan han kommuniserer med helsearbeidere, hvilke valg helsearbeiderne treffer, hvilke verdier helsearbeiderne legger vekt på, ofte i uoverensstemmelse med hvilke verdier pasienten ville sette høyest, hvordan pasienten blir behandlet, følger opp behandlingen eller dør.
Endel av kurset var også viet de makrososiale aspekter ved helsevesenet, hvordan helsevesenet er bygget opp i de forskjellige land, fra en fri markedsstruktur som for 100 år siden, hvor enhver doktor nærmest var autonom og ingen følte at samfunnet hadde ansvar for å tilby helsetjenester til sin befolkning, og frem til totalitære systemer, hvor helsearbeiderne er blitt fratatt retten til selv å definere innholdet av sitt virke.
Også dette faget krevde mye lesning. Artikler var hentet fra de fleste medisinske tidsskrifter, hvor de viktigste medisinske, sosiologiske fremstøt var skjedd i korrespondansespaltene frem til ganske nylig. I løpet av de siste 10 år, særlig etter at Talcott Parsons ga oss en brukbar referanseramme i sitt verk: "The Social System", og Elliot Freidson skrev sin "Profession of Medicine",har faget blitt bedre strukturert, og det har oppstått journaler som publiserer systematiske arbeid om medisinsk sosiologiske studier.

Avslutning:

Undervisningen tok slutt den 6.juni 1976. Eksamensseremonien var den 17.juni. Selve eksamensseremonien ble arrangert av studentene, og vi hadde fått Vicente Navarro fra Johns Hopkins til å tale om folkets helse. Det var et lite populært valg ved skolen, og studentstyret måtte kjempe hardt for at ikke utvalget skulle bli omgjort av administrasjonen,decanus. Denne motstanden er representativ for det dilemma som Harvard School of Public Health er i. Et universitet som bruker over 100.000 dollar pr. student pr. år (selvfølgelig ikke bare på studentene, men også på forskning og andre aktiviteter), som trekker til seg de mest spektakulære forskere, og som stort sett finansieres av kontrakter og til en mindre del gaver, er nødt til å gi samfunnet trygghet for at det er i pakt med samfunnets preferanser. Det amerikanske samfunn er som kjent, bygget opp på den fri markedsstruktur, the self made man står høyt, og tapere blir stort sett betraktet som selvforskyldte. Da offentlig helsearbeid nødvendigvis må ha en politisk basis, og da denne som oftest vil stå lengre til venstre enn den basis som det amerikanske, økonomiske system er bygget på, lever Harvard School of Public Health i en konflikt med seg selv og omverdenen.

Du har nok hørt om dem, men . . .

THOMAS MATHIESEN

LØS-GJENGER-KRIGEN

har du lest den?

Her kan du bestille — direkte fra forlaget.
En uhyre lærerik og spennende dokumentasjon av en vesentlig side ved 70-årenes norske «lov-og-orden»-debatt . . .
180 sider — kr. 27,— inkl. porto.

«Det blir bedriftsnedleggelser, flere konkurser, flere permitterte, flere arbeidsløse, «kurvene peker til himmels» og et av resultatene er flere hjemløse alkoholikere . . .»

Halvor Elvik
i Dagbladet.

TIL SOSIONOMEN
Boks 8250 — Hammersborg
Oslo 1

Ja, takk, sende meg til nevnte pris
. . . . . eks. av T. Mathiesen — Løsgjengerkrigen.

Navn: . . . . . .

Adresse: . . . . . .

– Hvorfor skal ikke jeg kunne snakke i søvne. Eva. Jeg kommer jo aldri til ellers.

Akutt lungeødem

Impugan
(furosemid)

til intravenøs injeksjon —

2 og 4 ml brekkampuller

For utførlig informasjon: Se Felleskatalogen

DUMEX

DRI-NITE
EASTLEIGH
ENURESIS ALARM

Dri-Nite EASTLEIGH alarmsystem for behandling av sengevæting hos barn og ungdom, en metode som kan vise til meget gode resultater. For nærmere opplysninger, fagstoff og priser ber vi Dem kontakte oss omgående.

URI-MED A·S
PÅLS VEI 19. 1440 DRØBAK. NORWAY

Telefon (02)931729

Vennligst send oss:
. . . . . stk. Eastleigh kompl. å 355,- ekskl. mva
. . . . . stk. ekstra forsterker å 70,- ekskl. mva
. . . . . par ekstra matter å 55,- ekskl. mva
☐ gratis fagstoff/brosjyrer

. . . . . navn
. . . . . adresse
. . . . . poststed

Selvsagt er De syk

Håndbok for hypokondere v/Richard Fuchs

Gyldendal Norsk Forlag 1976
(Pris ikke oppgitt)

Utgangspunktet for et møte mellom pasient og lege er at pasienten lider av en sykdom eller har observert forhold ved seg selv som avviker fra det normale. Pasienten oppsøker legen med et ønske om å bli frisk, og må være villig til å akseptere sin avhengighet av legene, eller i alle fall være villig til å kooperere med legene. (Talcott Parsons).
Dr. Rickard Fuchs har tatt som utgangspunkt i sin håndbok for hypokondere at pasienten ikke er syk, at han ikke ønsker seg frisk, og at han ikke vil kooperere med legen.
Boken som er på 142 sider, er humoristisk, og vil sikkert bli brukt som høytlesning på mange vaktrom rundt om i landet.
Boken blir spesielt leseverdig for helsepersonell fordi den som Den bakvendte visa, beskriver forhold ved vår arbeidssituasjon som ikke bør oversees.

H.S.

Forts. fra side 3.

Helsestasjonen alltid i . . .

inn i hjem, skoler, sosialkontorer, helseråd, trafikkproblematikk og politiske utvalg". At det er oppgaver for en helsestasjon både i hjem, helseråd og på sosialkontor, er selvsagt. Hjemmebesøk er en viktig del av helsestasjonsarbeidet, og samarbeide med andre organer - også politikere - er ikke mindre verdifullt. At man så har lyst til både å behandle og gi råd, kan vel ikke være så galt.

Det er i dag vel kjent at mentale problemer blant barn og ungdom er meget utbredt. At det derfor er lagt stor vekt på det forebyggende mentale helsearbeide i boken, finner jeg rimelig. Det er mulig jeg har misforstått anmelderen, men når han skriver at den faglige medisinske del av helsestasjonsarbeidet drukner bl.a. i forebyggende mentalt helsearbeide, kan jeg ikke følge ham. Også mentalt helsearbeide er vel en del av en faglig medisinsk virksomhet. Det er vel ikke så at det bare er forebyggende arbeide innen den somatiske sektor som fortjener den benevnelsen.

Boken viser med all tydelighet hvor vanskelig det er å drive forsøksarbeide av denne art. Mye arbeide er lagt ned i tanker og idèer som ikke førte frem. Men også et negativt resultat har sin verdi. Boken har imidlertid også mange positive sider, og leses den med omhu, vil mange av oss finne idèer og tanker som vi kan dra nytte av under oppbyggingen og utviklingen av helsestasjonsarbeidet.

La meg til slutt rette en lapsus fra anmelderens side. Den første boken "Helsestasjonen i støpeskjeen" er en rapport fra forsøk i Enebakk kommune, ikke fra Oppegård.

Bærum helseråd, 29.9.76

UTPOSTEN beklager sterkt de påpekte skjønnhetsfeil i tittelen til omtalen av nevnte bok. I tillegg til de feil som våre innsendere har påpekt, skal utgivelsesåret selvfølgelig rettes fra 1970 til 1976.
Vi vil spesielt beklage at Hilchen Sommerschild Sundby ikke fikk sitt navn riktig skrevet.
Harald Siem som hadde skrevet omtalen, står ansvarlig for sammenblanding av Enebakk og Oppegård.

Red.

Når et sovemiddel er indisert...

Vallergan®
alimemazin

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

Kontraindikasjoner: Komatøse tilstander og alvorlige intoksikasjoner. Leverskader.

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

Forsiktighetsregler: Ved dosering om dagen kan preparatet forårsake døsighet. Forsiktighet må derfor utvises ved forskrivning til sjåfører og folk som betjener maskiner.

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

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