

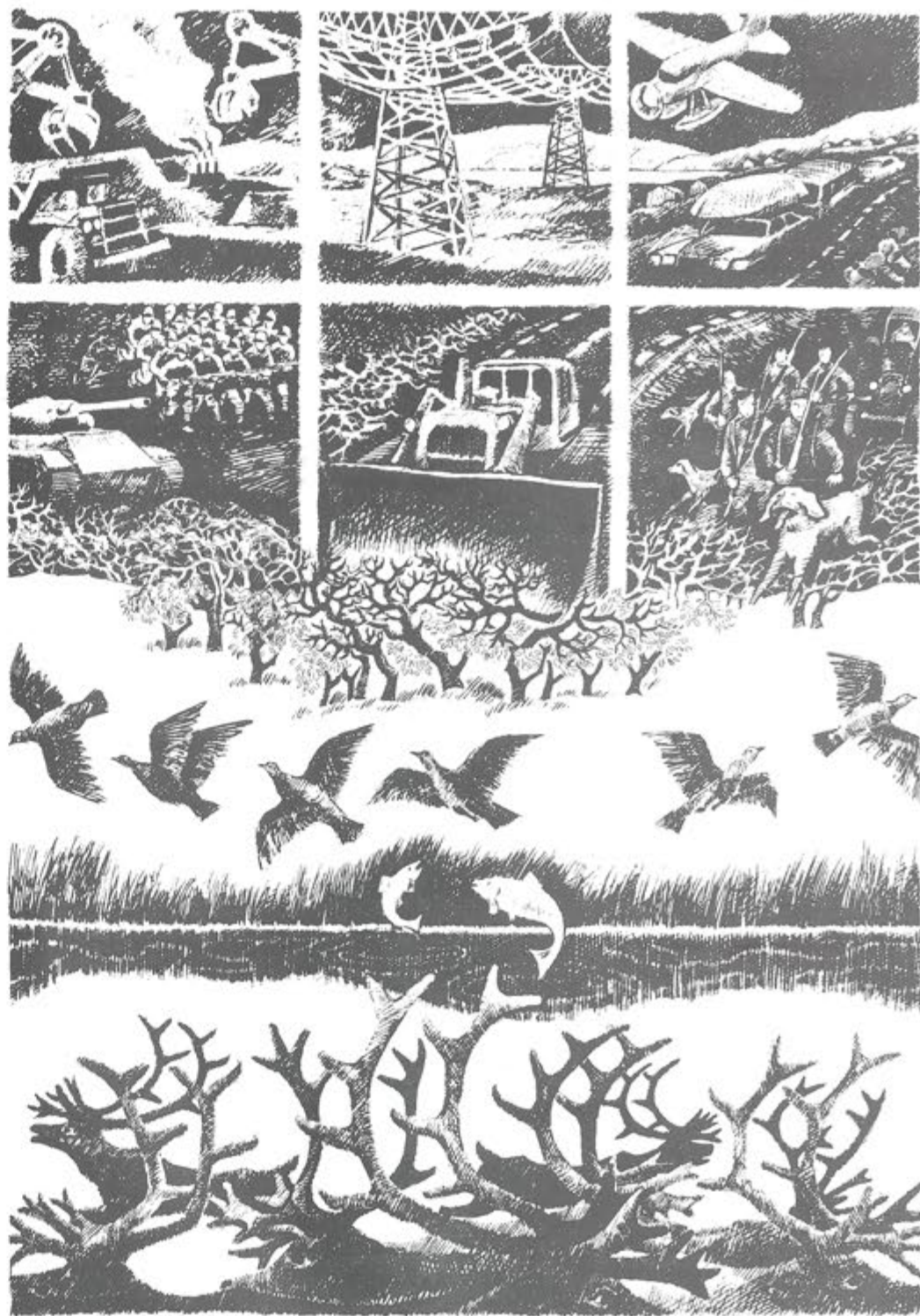
# UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1991

ÅRGANG 20



Peut être contrôlé  
par le service postal.  
Soulever l'étiquette  
et la replacer.

ARVID VIKEN 1992

# Overflødige folk

Det var meininga at dette nummeret av UTPOSTEN skulle ha helse og ulikhet som tema, -ulikhet i helsetjenestetilbud og ulikhet i helsetilstand. Dette opprinnelige siktemålet har endt nokså "smalspora" i fire artikler som med utgangspunkt i Helse- og ulikhet-programmet i Finnmark fokuserer på forutsetningene for å drive forebyggende helsearbeid i et kriseprega kystdistrikt. Når vi allikevel ikke føler oss særlig beskjemma ved å presentere leserne for en slik uttalt provinsialisme, skyldes det at vi tror problematikken er universell: samfunn i omstilling og rask endring *har* menneskelige omkostninger, uansett hvilken næring det er snakk om. Disse omkostningene er større dess hurtigere omdreiningstakten i endringskarusellen er, og jo større sårbarheten og avhengigheten var før spinnnet.

Helse og ulikhet er ellers et merkelig tema.... Mens ulikheter i tilnæringsmåter ideologisk ble begrunnet med behovet for å skape resultatlikhet, ser vi at resultatet rent faktisk er at ulikhetene bare øker.

Russisk litteraturhistorie har et begrep som er omtrent det styggeste man kan frembringe av skjellsord: *lisjnie ljudi* - overflødige folk.

Slik omtalte 1860- tallets radikalere de progressive fra 40-årene. Dette var folk som på grunn av antitsaristisk virksomhet hadde lange tukthusopphold i Sibir bak seg, men som ikke fant seg til rette under de nye samfunnsforholdene og ble handlingslamme.

I dag høres stadig oftere snakk om overflødige folk: det er for mange lærere, for mange offentlig ansatte, for mange på den enkelte industriarbeidsplass osv. Men ganske særlig hamrer dette uttrykket i bakhodet når det er snakk om lokalsamfunn i

utkant-Norge. De er overflødige i et samfunn som anvender en én-dimensjonal målestokk på alt i tilværelsen; økonomi uten økologisk tilpasning.

Vi ønsker oss europeisk markedstilpasning og økning både i produktivitet og produksjon, -og det er mulig vi kan oppnå det en stakket stund til. Men realiteten er jo like fullt at grensene for hva miljøet kan tåle er i ferd med å overskrides/er overskredet .

Vi kommer ikke utenom slike spørsmål som: Er det rett at de rike landa skal ha tilnærma monopol på miljøforurensinga ? Og hva skal vi gjøre med verdens fattige ? Nasjonenes rikmannsklubb slår en jernring om seg og vokter grensene mot fattigfolk fra øst og sør med militær makt, av frykt for å måtte dele noe av sin velstand.

Tross all vår humane retorikk og oppblåste moralisme er vi havna på feil side, og er i ferd med å bringe oss selv og våre etterkommere i en situasjon hvor vi risikerer innen kort å måtte legge oss med pistol under hodeputa for å holde de sultende fra livet .

Det er i det perspektivet man må spørre seg *hvem* som er de overflødige.

**Mette Brekke  
Berit Olsen**

(Ansvarlige redaktører for dette nummer.)

Redaksjonen er avsluttet 31.12.90

Framsidedeillustrasjon: Arvid Sveen

**UTPOSTEN** - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 4 89 92 90

Gunn Aadland  
Lundvågen 20  
4085 HUNDVÅG

Mette Brekke  
2640 VINSTRA

Marit Hafting  
Nyresbaret 19  
5700 VOSS

Kirsti Malterud  
Institutt for allmenmedisin  
Ulriksdal 8c  
5009 BERGEN

Berit Olsen  
Fylkeslegekontoret  
Damsveien 1  
9800 VADSØ

Janecke Thesen  
5890 LÆRDAL

K: 04 535619  
P: 04 861236

K: 062 90100  
P: 062 91010

K: 05 512410  
P: 05 513685

K: 05 298119  
P: 05 233955

K: 085 51761  
P: 085 51443

K: 056 66100  
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset  
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22  
Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680



# ledet



## Ikke i samme båt?

X I Storbritannia gjennomførte Margaret Thatcher i 1990 det som ingen ville trodd for få år siden: hun privatiserte drikkevannsforsyninga. Vannledningsnettet i landet er gammelt og de offentlige budsjettene ville måtte belastes med betydelige vedlikeholds-kostnader i åra som kommer, - og ettersom de offentlige utgiftene skulle holdes nede, ble salg til private investorer løsninga. Man kan saktens spørre: hvorfor ikke ta skrittet fullt ut og anbefale at hver husstand koker sitt eget drikkevann? I såfall vil vi være tilbake til nullpunktet; - der hvor den sanitære revolusjon starta i 1840-årenes England, basert på en forutsetning som den gang virket selvsagt: at visse oppgaver var det "naturlig" å løse i fellesskap.

X I "Le Monde" argumenterte André Glucksmann for ei tid siden for skattelette for de rike, ut fra det faktum at det

bare var ved at de rike fikk råd til å ansette hushjelp, pleiehjelp og anna tjenerskap at det ville kunne opprettes nye arbeidsplasser i framtida. Underforstått: det offentlige ville ikke ha råd.

X I Dine Penger nr 9/1990 hevder Christian Vennerød at Folketrygden på det nærmeste teknisk er konkurs, at velferdsstaten forsvinner, de trygdede må forvente å bli sosialklienter og de eldre må klare seg sjøl. Og rådet til bladets smarte lesere er ikke overraskende: sørg for å ha private pensjonsforsikringer og penger på konto. Og for egen del legger jeg til: vær frisk og hold deg med familie.

Mens samfunnet omkring oss og problemene våre skriker etter kollektive løsninger, gis svaret som økt privatisering, individualisering og markedsliberalisme. Velferdsstaten forvitrer, det synes de fleste

"synsere" å være enige om. Mon tro om det kan ha sammenheng med at begrepet forvitring ikke er påfallende entydig? Men er det mulig å forestille seg et velferdssamfunn uten staten som garantist?

Målsettingen for velferdsstaten slik den ble formulert av Beveridge var å utrydde de fem uhyrer: nød, sykdom, urenlighet, uvitenhet og lediggang. Mange vil hevde at målet i dag er nådd, - velferdsstaten er realisert, og at nettopp det er en vesentlig del av problemet med å opprettholde den. Det er vanskeligere å få oppslutning om status quo enn om visjoner for ei bedre framtid.

Velferdsstaten synes å forsvinne som sand under bena på oss. (Er det en avglemt lærdom her et sted?) Ulike regjeringer har lagt fram innstrammingsforslag på løpende bånd. Og det skjer uten særlig forutgående debatt eller

store mediaoppslag. Og det merkelige er at det i liten grad finner sted forsøk på ideologiske eller politiske grensedragninger, ingen debatt om velferdens grenser, om grensene for statens medvirkning versus privat og familiær bistand, om berettigelsen av å skille mellom de som av ulike grunner faller utenfor yrkeslivet: enten det skyldes uførhet eller arbeidsledighet, osv.

Trygd er komplisert og vanskelig tilgjengelig. Og det er ikke bare det tekniske beregningsgrunnlaget og den økonomiske situasjonen som kompliserer bildet. Noen spørsmål uroer meg i økende grad: Kan det tenkes at velferdsstatens overføringer har bivirkninger i form av passivisering og avhengighet, av forsinkelse av nødvendig omstilling som bare bidrar til å forlenge pinen? Kan det tenkes at selv om intensjonen er den beste, så kan resultatet på sikt bli verre enn uten?

**X** Det er medikaliseringa av de plagene folk flest opplever ved sosial motgang som er forklaringa på den ekspansive trygdeutviklinga, sier Sundby. - Jobbkravene heves slik at helseplager som tidligere ikke medførte utestengning fra arbeidslivet nå gjør det, sier Westin.

Menneskenes sosiale liv ser ut til å være akkurat så komplekst at vi kanskje bør forvente at begge disse mekanismene - og flere til - gjør seg gjeldende samtidig, og i varierende grad.

Framtida for velferdsstaten avgjøres av dagens politikk. Men det lover ikke godt når politiske løfter om stadig mer omfattende ytelser for stadig nye/større grupper frontkolliderer med stadig synkende individuell oppslutning om å opprettholde velferdsnivået for "de andre".

Kampen mot Beveridge's uhyrer er tilsynelatende over. Om uhyrene ikke er totalt nedkjempet, virker de i øyeblikket temmelig dopa. Beredskap overfor

slumrende best krever rimeligvis en annen strategi enn aktiv kamp. Derfor trengs det nytenkning og en ny ideologisk debatt om velferdsstaten.

#### Litteratur:

1. Løchen Y. (ed) Formål og fellesskap. Prosjekt alternativ framtid. Oslo 1990.
2. Stafseng O. Tvil og tro i velferdsstaten. Gyldendal Norsk Forlag. 1988.
3. NOU 1990: 17 Uførepensjon
4. NOU 1990: 23 Sykelønnsordningen
5. Halvorsen K. Innføring i sosialpolitikk. Tano 1990.
6. Westin S. Unemployment and health: Medical and social consequences of a factory closure in a ten-year controlled follow-up study. A study from general practice. University of Trondheim, Faculty of Medicine, Trondheim - Norway. Tapir 1990.
7. Sundby P. Velferdens uføre, også et medisinsk ansvar? Tidsskr Nor Lægeforen 1989;27:2807-8.
8. Sundby P. Den gjenstridige velferden: et økonomisk, politisk eller moralsk dilemma? I Lingås LG (red): Myten om velferdsstaten - 20 år etter. Pax 1989.
9. Kuhnle S. Velferdsstaten og europeisk utvikling. Nytt Norsk Tidsskrift. 1990;3:244-55.
10. Walmann BI. Folketrygden svekkes. Sosial trygd nr 11, 1990: 24-32.
11. Brox O. Ta vare på Norge! Sosialdemokratiet under høyrebølgen. Gyldendal 1988.

University of Trondheim, Faculty of Medicine, Trondheim - Norway. Tapir 1990.

7. Sundby P. Velferdens uføre, også et medisinsk ansvar? Tidsskr Nor Lægeforen 1989;27:2807-8.

8. Sundby P. Den gjenstridige velferden: et økonomisk, politisk eller moralsk dilemma? I Lingås LG (red): Myten om velferdsstaten - 20 år etter. Pax 1989.

9. Kuhnle S. Velferdsstaten og europeisk utvikling. Nytt Norsk Tidsskrift. 1990;3:244-55.

10. Walmann BI. Folketrygden svekkes. Sosial trygd nr 11, 1990: 24-32.

11. Brox O. Ta vare på Norge! Sosialdemokratiet under høyrebølgen. Gyldendal 1988.

*Berit Olsen*

Berit Olsen



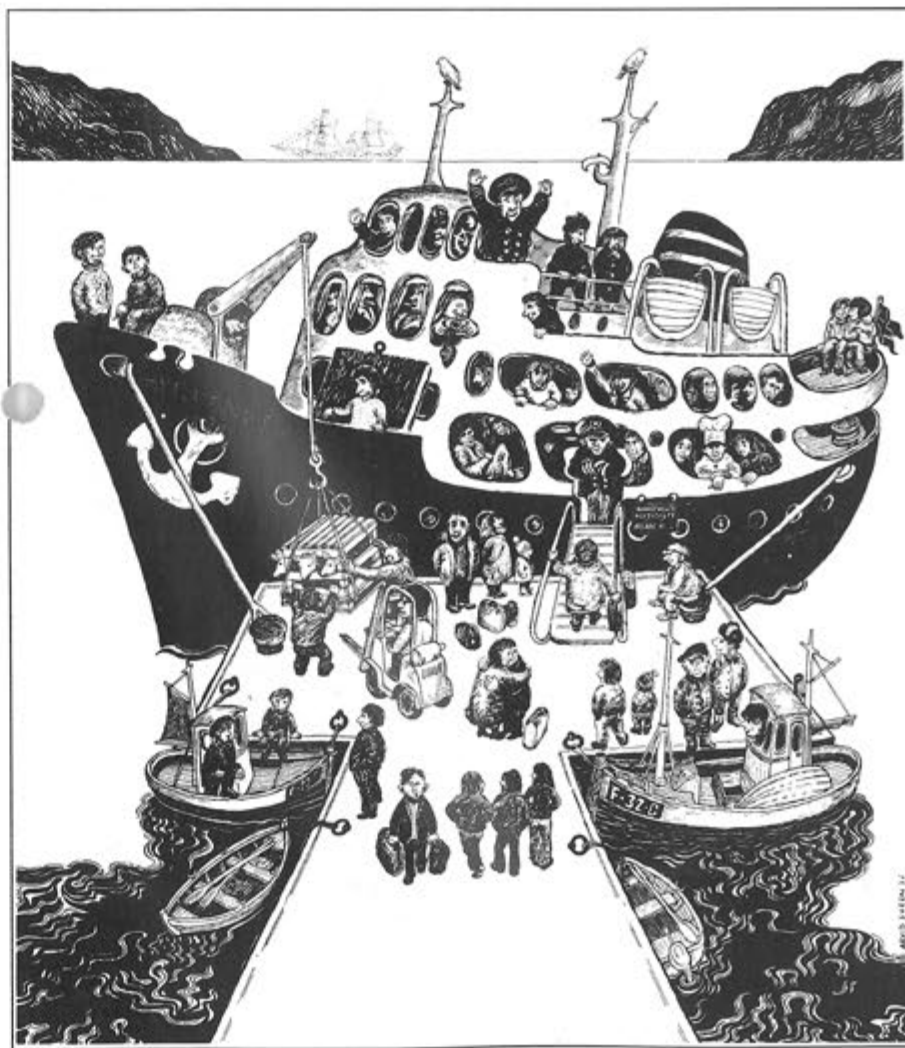
Foto: Arvid Sveen



# Diskurser under skjema

Hvorfor interesserer en filosof seg for problematikken: Helse og ulikhet? Viggo Rossvær som har arbeidet med Kant og Wittgenstein, og er professor i filosofi i Tromsø, oppfatter de små, kriserammede lokalsamfunn langs kysten som bærere av en global tradisjon for hvordan man skal skape gode hjemsteder. Slike hjemsteder krever og oppmuntrer til sterk individualisering innenfor rammen av et "kosmos" hvor individualiseringen tjener fellesskapets interesser. I dagens krise

slår dette kosmos sprekker, men gjennom disharmonien mellom de forskjellige "diskurser" (bruk av språk) som oppstår gjennom sprekkdannelsen, aner man også det livsoverskudd og den forventningsfylde som holder hverdagen sammen. Denne livsmening lar seg ikke beskrive gjennom noe skjema eller uten videre omplante til en mer urban livsform, men avhenger primært av en fornyelse av det stedege kosmos.



Arvid Sveen

Av Viggo Rossvær

1. Enhver som har fylt ut et skjema vet at skjemaet, riktig utfylt, også kan være noe å skjule seg bak. Selv om vi fyller det ut så riktig vi kan, er det ikke sikkert at vi røper noe vesentlig om hvem vi selv er. Og for den som leser skjemaet vi har fylt ut, med andre forutsetninger enn oss selv, gir kanskje de registrerte data et helhetsbilde vi ikke selv kjenner oss igjen i: formålet med et skjema kan være å sørge for at alle blir behandlet likt. Problemet med denne form for rettferdighet er at mange ikke blir forstått. Siden prisen for å behandle alle likt er at mange ikke blir forstått, får vi et skille mellom en utenfraståelse som formidles gjennom offentlige skjema og en innenfraståelse som nok reflekterer den verden folk lever i, men likevel ikke tilkjennes plass i den offentlige virkelighet hvor vi registrerer alder, fysiske egenskaper, økonomiske problemer og sosiale behov, kort sagt: hvor det bestemmes hvem vi er.

2. Den verden som ikke registreres av noe skjema er hverdagsvirkeligheten langs store deler av den nord-norske kysten, basert på et sosialt fellesskap som organiserer småstedenes innbyggere kollektivt inn i et sosialt selvbergings-



system. Den setter andre grenser for privat og offentlig selvtillit enn sentrumsområdene. Nærings- og livsutfoldelse henger her sammen og danner grunnlaget for en lokal produksjon av mening som skaper en nesten uhyørt trygghet - i alle fall hos de unge.

Dette er blitt bekreftet i den senere tid, hvor mange har erfart at de faller igjen om de sosiale skjema og ender opp som sosialt casus - i en verden som ikke finnes.

Hvor kommer denne verden fra - er den fra nessekongenes tid? Den er mye eldre. Det dreier seg om en universell kystkultur som kommer rekende til oss over hundrevis av år - med preg av Europas sentrum. Den har nedfelt seg her, mens den var i ferd med å forsvinne andre steder. Utkantene bevarer en mening som er forsvunnet fra Europas sentrum, og som hverken nessekonger eller det moderne velferdslovverket som skulle erstatte den gamle orden, kunne komme til bunns i.

Samtidig sitter makten sentralt, knyttet til stedets hovedbedrift, som også har en viktig "ta vare på"-funksjon i krisetider, og blir bedømt etter sin ivaretagelse av vesentlige ikke-økonomiske forpliktelser overfor stedet. Makt og livsmening utfolder seg innenfor ett og samme univers, hvor den strenge likhetstenkning er brutt av en lokal juss og teologi som avveier makt mot mening ut fra et overlevert begrep om rettferdighet - for enhver med tilmålt plass i dette omfattende forsørgelsesnettverk.

3. Naturen er ressurs, men også skjebne. Det ser vi hvis vi tar for oss en søknad fra en kystfisker. Han fyller ut sitt søknadsskjema om støtte til å beholde huset. I tidligere år har han hatt problem med avdragene på båten. Nå er den tapt, og han strir for å redde hus og hjem. Men huset er tidligere satt i pant for båten - en fisker er privat næringsdrivende - og hva man avdekker på sosialkontoret er til alles forferdelse at fiskeren ikke kan få hjelp til å redde huset. For selvsagt kan sosialkontoret ikke bruke sosialhjelp til å redde noe som inngår i næringsgjeld.

Ingen vil lukte på den gjeldsbyrden som dette huset drar med seg. Ingen hjelpe-tiltak passer - ingen har støtt på dette

før. Forandringene som skjer i dag langs kysten, avdekker sammenhenger som man i de kommunale sektorer ikke tidligere så - det var skjult under deres skjema. Nå aner man et sosialt kaos under en tilsynelatende ordnet hverdag.

Og fiskeren selv - tåler han sjokket av å se hele båt gjelden komme som ei flo inn i sin egen stue? Det er som om stor-samfunnet legger en fremmed mening inn i hans tidligere handlinger. Når han satte huset i pant for båten, gjorde han riktignok som alle andre. Men for stor-samfunnets blikk og kjøreregler fremstår han som "gambler" som satser hus og hjem mot en høyst usikker gevinst. Han "gamblet" med barnas fremtid, sier man på sosialkontoret: Hvordan kunne han det? Da overser man at fiskeren lever i en verden uten tette skott mellom familie og næringsvirksomhet. Hva vil det si å ta skylden for en "gambling" som bekreftes gjennom forpliktelsen av å sørge for hverandre, av tryggheten, de ulåste dørene, og viten om at det blir alltid en råd?

Når sosialkontoret kommer med sitt hjelpeforsøk skjer det i en innpakning som bærer implikasjoner om en personlig skyld for en situasjon som lange tradisjoner har bragt ham og mange andre opp i. Det rammer ikke alle like hardt, mange har nedbetalt båten. Men hvordan kan fiskeren som fortsatt framføres i full frihet på Yttersia finne beskyttelse mot det selvbildet han stemples av på sosialkontoret?

4. I familien finner fiskeren tradisjonelt den forståelse han søker når det røyner på. En innenforforståelse som viser seg i øyne som møtes over kaffekoppen før ungene er stått opp. I generasjoner har familiesituasjonen tålt belastningen med at "far er på havet". Det harde kjøret i fiskerens liv lar imidlertid ingen overse at han sammen med mannskapet hver dag "gamblet" med et lunefullt element. Likevel skal faren være rollemodell for sønnen. Altså må han idealiseres. Men fraværet gir grunn til å klandre ham. Derfor gjennomfører kvinnen en komplisert balansegang, som skal gi mening til hans fravær i kraft av deres egen hverdag. Hun greier det, for når mannen er borte har hun selv tankene ute på havet. Hva får så mannen når han kommer hjem? Åpne armer, omsorg og trøst for å glemme jag og rutiner?

Kanskje det. Men primært gir kvinnen ham en fortelling som skaper avstand til hans beskjefte på havet, ikke glemsel eller brudd, men forståelse av en større sammenheng.

Selvsagt dreier det seg om nærhet. Men i forståelse ligger også distanse, en fortelling om ham selv som ligger nært opp til hans egen, og som nettopp fordi den ligger så nært, gir ham en mulighet for å ta steget inn i den, slik at han kan føle seg som en annen.

Han får høre hva ungene sier mens han er borte. Så må han trekke konklusjonen selv - utvide sin fortelling - slik at den blir dekkende for slik de ser ham. Han får gjennom dette muligheten til en forvandling, til å vokse ut av sitt forhold til havet og båten, og se det hele med et annet blikk. Det gir ikke en kort forandring til det bedre, men en total forandring som trekker en utvidet horisont rundt det han selv er. Da tildeles han et liv utenfor skjema.

Så lenge denne fortellingen ikke sprekker, tåler han å være "gambler" - slik konen ser det, slik ungene ser det og slik sosialkontoret ser det.

Det er gjennom denne fortellingen at han, hvis han er klok, kan oppdage kontinuiteten i sitt eget liv. Men den dagen fortellingen slår sprekker, fordi fortjeningen blir borte, konen gir opp og ungene blir redde, da klapper dette særegne kosmos sammen.

5. Er kvinnens evne til å skape en verden for mannen en romantisk forestilling eller en robust virkelighet? Jeg oppfatter det som en produksjon av mening som binder familien til en komplett virkelighet, dvs. hvor det gir mening å leve opp til *andres* forventninger. Fiskeren "overtar" sønnen i 13-14 års alderen, men det skjer ikke alltid uten konflikt. Og kvinnen er på sin side bakkemannskap med service-funksjoner for båt og mannskap. I seg selv en leder-jobb.

Belønningen for disse komplementære forhold mellom kjønnene ligger ikke i det økonomiske utbyttet, men i den fasttømrede kosmologi som forvandler hverdagen og gir overskudd til tross for indre oppløsningsstendenser, som f.eks forskjellige kvinnegenerasjoners motstridende måte å realisere denne overordnede mening på.



I dag truer imidlertid et annet faktum både livsform og skjema. Lokalsamfunnet er blitt arena for et postmoderne fellesskap hvor frihet forstås som produkt av handling på egne vegne, og ikke lenger skaper forbindelse mellom arbeid og liv. I dag produserer lokalsamfunnet en støyende diskurs uten indre enhet, som får oss til å glemme vår basale viten om hvem vi er og hvilken sammenheng vi står i.

Det dreier seg egentlig om flere diskurser uten enhet, alt etter som stemmene kommer fra A: den lokale bedrift, B: arbeidskontorene i den kommunale sektor, eller C: fra ungdommen. A, den lokale bedrift sier: Ingen ungdom fra stedet vil ta arbeid her. Og intet arbeidsformidlingskontor i fylket klarer å rekruttere ungdom til denne bedriften. I stedet får vi arbeidshjelp fra:

- a) Sri Lanka
- b) finnlandere
- c) noen fra et arbeidskontor i Sør-Trøndelag.

B, arbeidskontorene sier: Vi sliter for å fylle arbeidsplassene i distriktene. Der hvor det er arbeidsplasser, der vil folk være. Så kan bosettingen opprettholdes, og hverken ungdom eller kvinner vil flytte fra stedet. (Men dette er en altfor enkel logikk).

C, ungdommen sier: Selvsagt flyttet vi herfra. Vi arbeider i Gøteborg, men lengter hjem. Ikke til den lokale bedrift, men til stedet som gir oss noe vi ikke kan leve foruten. Men der vi har et liv; der vil vi ikke arbeide, og der vi får arbeid føler vi at vi ikke kan leve.

Dette er en diskurs "under" skjema, uten kontroll, sammenheng og mening. De tre diskursene bruker de samme ord, men de er som elveløp der det flyter kjemikalier som ikke tåler å møtes. Forståelse er noe på innsiden av hver enkelt diskurs. Og symbolet på at diskursene ikke griper inn i hverandre er at ingen ungdom fra stedet begynner på stedets bedrift. Den felles mening er et mentalt prosjekt, en erindring som ikke slår ut i nåtiden. Man lever i kulisser, dybden mangler, stedet forfaller. Hvor er kvinnene som forvaltet den gamle felles diskurs?

6. Når meningen blir borte framstår kvinnens liv som slit. Den ene beskjeftegelsen med å binde ting sammen oppløses i mange deltidsjobber. Hvordan kun-

ne hun tåle å stå fra klokken 4 morgen til klokken 12 om kvelden, eller husker hun feil, at hun gjorde det. Komplementariteten forsvinner i den postmoderne virkelighet.

Hva skal kvinnen gjøre? To alternativer tegner seg:

I. Hun kan satse på utdanning og få sin billett til å forlate stedet i likhet med ungdommen. Frihet som frihet fra den gamle komplementaritet er utveien for mange kvinner i dag. De flykter fra den mørke siden ved hjemme- og arbeidskultur. Og samtidig - i forbifarten, ser hun at hennes skolearbeid hjemme under utdannelsen plutselig motiverer ungene til å gå på skole. Liksom ut av øyekroken ser hun biprodukter av sin egen frihet - skaper den nye muligheter for andre?

II. Alternativ II er å omforme stedet i tråd med den opprinnelige komplementaritet i familielivet, noe som betyr at sektormorges atskillelse av skole, bedrift og hjem må erstattes av et samarbeide for å slå inn veggene mellom sektorer og institusjoner, i en selvbergingsdiskurs som sikter mot å gjøre hele stedet til et hjem. Ellers dukker en framtidig lokaltilværelse i arbeidsreservater, hvor kvinnene permanent er blitt alene med ungene, og samboere er blitt fjernboere - opp over horisonten.

Den eneste løsning jeg kan se er å tilby *kvinnene* den forvandling de nå og i tidligere tider tilbød mannen. Men da må skottene mellom familie, skole og bedrift slås ned. Jobben med å binde det hele sammen, må delvis overtaes av skole og bedrift. De må fornye sin mening for stedet uten å bli lammet av skjema. La meg forsøke å konkretisere det slik:

a) Skolekjøkkenet blir en non-profit bedrift ledet av skoleungdom som regnskapsførere, råvare-eksperter, kvalitetsbedømmere, selgere og markedsanalytikere. Den kan bare lønne seg ved at ungdommen overtar noen av matlagingsfunksjonene i hjemmene på rent økonomisk grunnlag. Altså avlastes kvinnene i matlagning, men de eldste lønnes som produktrådgivere når det gjelder lokale tradisjoner. Skolekjøkkenet kan være konsulent for bedriften:

Eksperimenteringen med tilvirkningen av produkter for eksempel for det baskiske eller deler av det spanske marked må prioriteres like høyt som oppbevaringen av lokal mattradisjon. Har de fått den tørrfisker de vil ha i Milano, eller må de nøye seg med den sorten de spiser i Firenze?

b) En del av bakkemannskapsfunksjonene som kvinner i fiskerfamilier utfører overføres til bedriften som lønner kvinnene for dem. Dermed blir bedriften "hjem". Egnebuene kan fremdeles opprettholdes som stedet midt mellom ute og inne, hvor generasjonene knyttes sammen i det sosiale liv. Ved å lønne egne skaper bedriften samfunn.

c) For at det skal lykkes å skape en diskurs må også forbindelsen mellom skole og bedrift utbygges. I de siste to klassene må både gutter og jenter tilbringe en dag i uken på jobb i bedriftens avdelinger. De skal sirkulere mellom dem, og delta i planlegging, i mottaket og i markedsføringen. Dessuten kan bedriftens ernæringsfysiolog undervise klassene i biologi.

Ungdommen må sirkulere gjennom stedet og skape liv, mens kvinnene etter hvert må sirkulere i *bedriften* uten å være underordnet en kø av mannlige formenn. Også her må det være komplementaritet.

Men uansett hva vi kommer fram til når det gjelder denne tenkte reorganisering av lokalsamfunn og diskurs, er min sentrale konklusjon at vi må ta hensyn først og fremst til våre mentale kart om verdens orden; ha tiltro til den kosmologi som nedfelles i hverdagslivets meningskonstruksjon og ikke gi opp å bruke *den* til å organisere vårt økonomiske fellesskap slik at det igjen gir overskudd på mening og bidrar til å reproducere erindringen om hvem vi selv er.

□

# Vernetjeneste i fiskerinæringa



*Erik Langfeldt f.1951. cand. med. fra Tromsø 1979. Turnustjeneste og militærtjeneste i Finnmark. Kommunelege i Nordkapp siden 1981, mest som kommunelege I.*

## Helsetjeneste eller næringsvirksomhet?

Av Erik Langfeldt

### Bakgrunn

Fiskere og fiskeindustriarbeidere utgjør til sammen den største yrkesgruppen i kyst-Finnmark. Denne næringa oppfatter jeg derfor som selve forutsetningen for bosetninga og det øvrige næringslivet i området. En viktig bakgrunn for vernetjenesteprojektet i Nordkapp er at fiskernes egne organisasjoner har etterlyst en helsetjenesteordning. Videre har industrien regelmessig meldt om problemer knyttet til stort sykemeldt fravær blant de ansatte. Et annet utgangspunkt har vært at Finnmark må møte de vanskelige tidene med å gå inn i en aktiv endringsprosess. Hva kan helsetjenesten bidra med her, hvilke samarbeidspartnere er aktuelle og hvordan skal vi jobbe? Jeg vil i det følgende forsøke en tilnæringsmåte til noen av problemene i kyst-Finnmark der jeg tenker meg yrkesmedisinske tiltak brukt som samfunnsmedisinske verktøy.

### Noen sentrale data fra Nordkapp

Fra å være en av Norges største fiskerikommuner med 5-6% av totalt fiskerikvantum, mottar kommunen nå bare 0,7% av nasjonens totale fiskekvantum. Det er særlig sammenbruddet i loddefisket som har forårsaket dette. For Nordkapp er det beregnet at fiskerinæringa tapte 70 mill. kroner på fiskerikrisa i 1987. Denne utviklingen har som kjent forverret seg de siste årene med en akutt bunn i råstofftilgangen i 1989. For 1990 ble torskekvoten i Barentshavet fastsatt til 1/3 av den reduserte kvoten fra året før.

I 12-årsperioden 1977-89 har Nordkapp mistet 1/4 (24%) av innbyggerne. Til tross for dette har antallet eldre som er 70 år eller mer samtidig økt med 42%.

Kvinneunderskuddet i fruktbar alder holder seg stabilt på om lag 18%.

Omregnet til 87-kroner økte den totale utbetalingen av sykepenger over budsjettet til Nordkapp Trygdekantor med 40% fra 1983 til 1987. En vesentlig del av økningen kan nok forklares av sykepenger i ventetid på pensjonering. I 1985 var 5,2% av innbyggerne i Nordkapp helt eller delvis uføretrygdet mot 3,9% i landet sett under ett. Ved begynnelsen av året 1989 hadde andelen uførepensjonister i kommunen økt til 7,7%. På dette tidspunkt hadde 1/3 (34,3%) av innbyggerne i alderen 50-66 år hel eller delvis uføretrygd. Pr. des. 89 var det en rekordartet ledighet i fylket. Vanskeligst var det i fiskeristrøk. Nordkapp arbeidsdistrikt hadde en brutto oppgitt ledighet på 17,3%.

Mange fiskere begynner for alvor å føle sin framtid i yrket som truet. På grunnlag av data fra Finnmark III, den tredje store hjerte-karundersøkelsen gjennomført 1987/88, har jeg funnet at seks av ti fiskere i fiskerikommunene i Finnmark mener de står i fare for å miste arbeidet de nærmeste årene, mot 18% av ikke-fiskende menn i fylket. En tredjedel av fiskerne sa at de det siste året hadde vurdert å flytte.

Det så ut til at det ressursgrunnlaget som hadde gitt et sikkert om enn varierende utkomme fra gammel tid kunne opphøre i løpet av noen få år.

Slik synes situasjonen opp gjennom 80-tallet å ha endret forutsetningene for lokalsamfunnene i fiskeristrøkene på vesentlige måter:

1. Vi har registrert en tendens i befolkningen til at flere opplever å befinne seg i en venteromstilvarelse.
2. Mange, ikke minst i kystkommunene, eier en bolig som ofte bare er verdt en brøkdel av det den kostet å bygge.





Foto: Arvid Sveen

Samtidig er det press på arbeidsmarkedet også ellers i landet. Skulle fiskeren forlate næringa og flytte, hadde han tatt gjelda med seg knyttet til hus, båt og bruk. Verdiene er derimot knapt omsettbare. De måtte han ha latt være tilbake.

3. For det tredje er det lett å være utrygg på en fortsatt framtid for en selv på hjemstedet. Økt mobilitet som fenomen er en forutsetning for å drive et moderne samfunn. Alvorligere er det at en så stor andel av befolkningen er samstemte om at her ikke er noen framtid på lengre sikt, samtidig med at tilflyttingen har gått tilbake. Dette er, sammen med den store ungdomsledigheten og den svake fagutdannelsen, et dårlig tegn for framtida.

### Fiskerisamfunnet

Fra medisinalberetningene fra Måsøy legedistrikt gjør jeg følgende par utklipp som skal hjelpe oss til å forstå noe av karakteren ved fiskerisamfunnet: 1902: "Høstfisket i Honningsvaagene og Kjelvik mislykkedes aldeles, væsentlig paa Grund av Russekobbens Hærjinger. Det hendte ikke sjelden at Fiskerne maatte kjøbe sig Kogefisk av Handelsmanden. Af fremmede Fiskere havde mange ikke Pænge til Hjemreisen en gang, men maatte tigge sig Friplads ombord paa Dampskibene". 1912: "var et usædvanlig rigt Fiskeaar. Om Vaaren blev der opfisket saa meget at det var vanskelig for Fiskerne at blive av med Fisken. En stor Del av Hysen som fiskedes, blev saaledes kastet ut

igjen, da Prisen var saa lav, 1 Øre per Fisk, at det ikke lønnet sig for Fiskerne at fragte den i Land igjen".

Vi får altså den gang som opp til i dag inntrykk av et Klondyke-samfunn, der mulighetene for den enkelte er plassert mellom kampen for det daglige brød på den ene siden og håpet om relativ velstand på den annen side, avhengig av de naturlige svingningene i fiskebestanden og prisene fra oppkjøperne.

Dersom en fiskeart svikter, fører dette ofte til landligge og driftsstans i bedriftene. I følge professor Anders Endal ved NTH er næringa rett og slett organisert til evig krise.

### Helseforhold

#### *Arbeidet som helsefaktor*

Finnmark har lenge vært utsatt for mer vilkårlige krisetiltak, der den som best kan beskrive sin elendighet får mest. Denne elendighetsfokuseringen øker den negative selvforståelsen både på individ- og gruppenivå. Overføringsordningene i velferdssamfunnet kan i seg selv være klientskapende og elendighetskonsoliderende. Jeg oppfatter fravær av arbeid, utrygghet i arbeidsforhold og svak fagliggjøring i fiskerinæringa som noen av de viktigste negative helsefaktorene i kyst-Finnmark i dag.

En alminnelig god arbeidsplass bør kunne bli en stabiliserende faktor med ringvirkninger til lokalsamfunnet utover det enkelte arbeidsforholdet. De klientskapende sidene ved ulike arbeidsmiljøer i dag synes å komme i skyggen av de negative virkningene av arbeidsledighet og usikkerhet i jobbforhold. Likevel kan det være på sin plass å se på helsebelastning i fiskerinæringa:

#### *Fiskerne*

I en gjennomgang av Finnmark III har jeg funnet følgende, og tendensene bekreftes i andre undersøkelser: Fiskerne har flere plager enn andre, større sykkelighet for en rekke sykdommer og høyere risikoscore for hjerte-karsykdommer. Vi vet fra andre undersøkelser at de også er mer skadeutsatte og har relativt høy yrkesrelatert dødelighet. Dessuten har de en lavere egenvurdering av sin helse. Lav selvevaluering av helsa er funnet å være en uavhengig risikofaktor for død. Likevel har fiskerne inntil nylig





Foto: Arvid Sveen

hatt lavere konsultasjonsfrekvens hos helsetjenesten enn andre.

Denne høye terskelen for legesøking har vært rotfestet i fiskernes kultur på den måten at fiskerne har delt inn helse-tilstanden i to kategorier: Enten er du for syk til å gå ombord i båten eller så er du frisk. Småplager er noe du må godta å leve med, når du har valgt fiskeryrket. Denne tendensen til å ville ordne opp selv, vil jeg illustrere med et eksempel fra min egen praksis: Fiskeren

kommer med angelen kjørt dypt inn i handa. Når jeg etter å ha fulgt foreskrevet prosedyre skal knipe over storange-len med en kortarmet tang, strekker ikke min akademiske muskelkraft til. Fiskeren triver da resolutt tanga i sin egen venstre hånd og klipper prompt av, hvorpå jeg forlegen utbryter: "Det var sannelig godt du var til stede".

Finnmark har lenge lagt på topp på statistikken over sykkelighet og dødelighet i landet. Særlig gjelder dette for hjerte-

karsykdommene. Utviklingen har imidlertid vært gunstig fra 1974 fram til 1988. Likevel hadde fiskerne fortsatt i 1988 en klart høyere risikobelastning med hensyn til å utvikle hjerte-karsykdommer enn andre menn i fylket: Gjennomsnittsfiskeren har 5% høyere kolesterol. I aldersgruppen 40-44 år røyker 54% av mennene i Finnmark i 1988. Røykerandelen er 64% blant fiskere. Men hele 89% av fiskerne sier at de har vært eller er røykere. Det må slik ha skjedd en betydelig risikoreduksjon også blant fiskerne siden den første hjerte-karundersøkelsen, men slik at fiskerne stadig ligger 10-15 år etter ikke-fiskende menn i fiskerikommunene. Fiskerne har fortsatt et ekstremt høyt inntak av kokekaffe:

46% sier at de drikker 9 kopper eller mer per dag mot 28% av ikke-fiskerne. En av fem fiskere drikker 11 kopper eller mer mot en av ti av ikke-fiskerne. I en undersøkelse i 1982 blant 128 Nordkapp-fiskere fant Per Fugelli og medarbeidere at trålfiskerne hadde et gjennomsnittsinntak av kokekaffe på sjøen på 2.2 liter. I sum har følgelig et gjennomsnittsleder av yrkesgruppen fiskere en betydelig høyere risikoscore for å utvikle hjerte-karsykdom enn ikke-fiskeren.

I dag vil det ikke være overraskende om kosthold og nytelsesmidler hos fiskerne (dyrefett, kokekaffe og tobakk) kan konkurrere med forlis og slitasje og skader i det fysiske arbeidsmiljøet ombord, som betydningsfaktor for funksjonshemninger og tapte leveår i yrkesgruppen.

Det er også viktig å ha klart for seg at livsstil og levemåte mer er uttrykk for gruppetilhørighet enn resultatet av frie valg. Velger du fiskeryrket velger du som regel samtidig høy risiko for hjerte-karsykdom. Fiskerne er mer opptatt av trusselen for det daglige økonomiske utkomme enn av hverdagshelse og leveutsikter. Når framtida fortøner seg usikker, er det heller ikke nærliggende å investere i sikkerhet på en båt som kanskje går på tvangsauksjon om et år eller to, og som sønnene i alle fall ikke kommer til å overta.

Vi skal heller ikke glemme at fiskerne også har kvaliteter knyttet til sin yrkeskultur som kommer til uttrykk som symptomgivende savn i store deler av arbeidslivet ellers i vår tid: Frihet til å



følge sitt eget tempo, kameratskapet, positiv spenning, varierende fysisk utfoldelse og direkte kontakt med naturkreftene. Fiskeren ser regelmessig et synlig produkt av dagens gjerning og har en umiddelbar opplevelse av nyttig samfunnsinnsats.

### Fiskeindustrien

I fiskeindustrien har målsetningen spissformulert vært å lande størst mulig kvantum og videreforsende det hurtigst mulig. Man har derfor kunnet ta inn og permittere folk etter svingningene i råstofftilgang og etterspørsel. Der har det vært tradisjon på forbruk av mennesket som råstoff. Med lav foredlingsgrad og små kompetansekrav har det ikke vært vanskelig å finne erstatning for arbeidskraft som melder seg ut.

Det er også mye ugjort i fiskeindustrien med forbedringer i det fysiske arbeidsmiljøet. Og organisasjonsutvikling synes å stå mye tilbake. Dette forholdet antas å ha betydning for helse og trivsel i industrien. Det synes dessuten å ha vært en utbredt nedvurdering av eget fag, svak motivering, betydelige islett av intern bedriftsnegativisme, til dels stort gjennomtrekk og høyt sykefravær. 15-20% fravær på filettlinja synes ikke å være noen ualminnelighet. Bedriftene er så inneforstått med dette at de gjerne tar inn ekstra mannskap før behovet er meldt, fordi dette er en normalsituasjon.

I en liten orienterende undersøkelse på en lokal bedrift, fant vi at 12 av 15 filetarbeidere ved en avdeling mente at de hadde lav eller svært lav grad av medlemskjempe på arbeidsplassen. 8 av disse syntes ikke at arbeidet hadde positive sider utenom lønna. På spørsmål om de forbandt noe positivt med å begynne på en ny arbeidsdag, svarte 9 nei, aldri eller nei, sjelden. Slike tall kan man tolke forskjellig. Men uansett forståelse av hva som ligger bak, uttrykker svarene underliggende holdninger til arbeidet blant de ansatte, som det må være av interesse for enhver bedrift å vurdere nærmere.

Det har vært dårlig fungerende vernetjenesteordninger i mange av bedriftene. På en bedrift i Nordkapp med 140 ansatte visste ikke formannen i AMU selv om sin lederstilling. Det har også vært dårlig kommunikasjon mellom bedriftene innen verne- og miljøarbeidet. Dette

gjelder dels også bedrifter innen samme konsernet. Hertil kommer altså et betydelig problem knyttet til usikker råstofftilgang, varierende kvalitet på råstoffet, liten effektivitet og svak produktutvikling og vansker med å følge opp de konkurransemessige utfordringene vis a vis markedene.

### Yrkesrettet helsetjeneste - samarbeidspartnere og tiltak

Vi har forberedt etableringen av en yrkesrettet helsetjeneste i Nordkapp, som vil starte opp i løpet av høsten inneværende år. Ordningen skal ha eget styre og budsjett, men rent praktisk være integrert i kommunehelsetjenesten. Den vil bli ledet av verneingeniør ansatt direkte i ordningen. Øvrige tjenester vil bli kjøpt fra kommunehelsetjenesten.

Det er erfaringsmessig et problem å få med seg fiskerne i det forebyggende arbeidet. Fiskerne vil derfor få et subsidiært medlemskap gjennom tilskudd fra "Helse- og ulikhet"-programmet. Skarsvåg Fiskarlag har allerede kollektivt meldt seg inn. Ordningen vil være åpen for alle interesserte, men ha et særskilt definert ansvar for helsetiltak innen fiskerieringa. Innsatsen vil innledningsvis konsentrere seg om 5 punkter:

1. Støtte opp om og kurse den bedriftsinterne verneorganisasjonen.
2. Bistå med kartlegging av og tiltak i det fysiske arbeidsmiljøet, men slik at bedriften selv formulerer problemer, tiltaksplan og tempo for gjennomføring.
3. Lage kanaler for samhandling mellom bedriftene og helsetjenesten om reduksjon av ulykker og sykefravær som er betinget i arbeidsmiljøforhold og for etablering av bedriftsintern attføring. Arbeidet kobles ved behov til Basisteamet.
4. Hjelp til med å etablere og støtte opp om AKAN-opplegg, røykeavvenning mm.
5. Helsekontroller vil i utgangspunktet være nedprioritert og forholde seg til problemer som er relatert til arbeidsmiljøet.

Vi har et formalisert samarbeid med Statens fagskole for fiskeindustri i Vardø. Fiskeindustrifaget er godkjent 1/10-89, og er på god vei til å bli det største faget i fylket. Interessen er stor

til tross for at industrien ikke har tradisjon i å etterspørre eller bruke folk med utdanning. Fagopplæringen gir arbeidstakeren ikke bare bedre kvalifikasjoner for jobben, men også høyere status, større selvrespekt og kr. 4,50 mer i timelønn. Fagliggjøring av fiskeindustriarbeideren er også med på å definere hva slags kunnskaper som er viktige å bringe inn i industrien. 10% fagarbeidere i bedriftene i løpet av et par år, blir en viktig faktor å bygge industriutvikling omkring. En fagarbeider vil også stå sterkere i forhold til å bevare arbeidet. Vi har et ansvar for å dekke fiskeindustriens fagbrevkandidater i vest-fylket innen emnene arbeidsmiljø, sikkerhet og helse.

Fiskeindustrien må nå ta til etterretning at den er underlagt de samme lover og mekanismer som gjelder for den sosiale organiseringen av arbeidslivet ellers. Bedriften som organisasjon må vurderes og investeres i som en produksjonsfaktor på linje med maskiner og transportlinjer. Da kan det også bli mer regningssvarende å investere i det fysiske arbeidsmiljøet. Og denne type satsing fra bedriftenes side har etter vår vurdering nær relasjon til trivsel, sikkerhet og helse på arbeidsplassen. Ikke bare tiltakene er av slik betydning, men også engasjementet som legges i slik virksomhet er et positivt signal innad i bedriften.

Vi er også bedt om å utarbeide undervisningsmaterieell til internt bruk for Fagskolen innen temaet arbeidsmiljø. Vi vil også i forbindelse med et forestående byggetrinn III ved skolen, bistå med å innrede en praksisavdeling - et ideelt fiskebruk i miniatyr.

I samarbeid med Kystnæringscenteret i Honningsvåg, som har fått i oppdrag av fylkeskommunen å lede et kompetansehevingsprogram rettet mot fiskere og oppdrettere, avvikler vi 14 dagers kurs for disse to yrkesgruppene innen arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, som ledd i omfattende kurspakker som går over ett år. Det er håp om at dette kan være et første skritt i retning av en egen fagopplæring for fiskere, -en utenkelig tanke fram til i dag. Det er også et virkemiddel som på sikt kan være med på å bygge opp en konkurransedyktig kyst-, bank- og havfiskeflåte i fylket.

⇒



Våren 1989 sto det ferdig et havari-vernssenter i Honningsvåg til 15 mill. kroner. Dette er en typisk finnmarkspakke: En større pengesum raust slengt ut mot det krisepregede fylket av diverse ønsker om å anerkjenne problemene som vesentlige og gi støtte til en ulykkesutsatt næring og tiltaksarbeid i sin alminnelighet. Fortsatt strides stat og fylke om driftsansvar, finansiering og kursprogrammer. Senteret er nedlåst og kommer neppe i bruk. Når det først er bygd, mener vi at det kunne ha en integrerende funksjon for fiskerinæringa i sin alminnelighet innen temane helse, sikkerhet og arbeidsmiljø.

Vi mener også at deler av Nordkappflåten kunne tjene som demonstrasjonsmodeller innen næringa. Da måtte offentlige instanser være med på å finansiere eksempler på fiskebåter i ulike størrelser med tilrettelegging av forholdene ombord for et godt fysisk arbeidsmiljø og innredning og utstyring for nye fangstmetoder. Vi har signaler på at det finnes noe kapital til dette formålet.

Videre har vi tenkt oss at slike virksomheter jeg her tegner konturene av, med fordel kunne knyttes til en fiskerimedisinsk seksjon ved avdeling for yrkesmedisin i Tromsø. Det er alminnelig enighet om at en slik seksjon i Norge skal legges til Tromsø. Den må ha feltstasjoner der næringa utøves. Og da er vi framme ved at kartleggingsvirksomhet og tiltaksarbeid må integreres i pedagogisk innsats og forskning rettet mot målgruppene.

Vi har også innført en varmdrikkautomat på fiskebåtene og i egnebuene. Den er introdusert primært som et velferdsgode, og for å gi oss en åpning vis a vis målgruppene. Men den er også ment kanskje å kunne bidra til en reduksjon i det ekstreme inntaket av kokekaffe blant fiskerne og samtidig føre til en noe jevnere kaloriinntak. Helsemessig kan en utbredt bruk av suppedrikker medføre at kolesterolnivået går ned med 5-10% og at yrkesgruppen kanskje i mindre grad blir plaget med magesårige lidelser. En kolesterolreduksjon som skissert her, kan alene bety en risikoreduksjon for å utvikle hjerteinfarkt på 15-30%.

Vi er av den oppfatning at vernetjenestearbeidet blant fiskerne og i industrien

med fordel kan samordnes. Konkret peker kai og egnebuer seg ut som gunstige steder å fange fiskernes interesse for forbedringer i arbeidsmiljøet. Herfra går veien tilbake til fiskerens første kontakt med råstoffet. Og da blir redskap, båt og håndtering av fisken naturlige stasjoner på veien for kritisk gjennomgang med tanke på forbedringer. Det er helt sentralt for oss at kurspakkene ikke må sees isolert fra praktisk rettet miljøarbeid i den enkelte virksomheten.

### Avslutning

Jeg innledet med å ramse opp en del problemer i Nordkapp som i allefall et godt stykke på vei har sammenheng med ressursknappheten i havet og de økonomiske nedgangstidene. Jeg sammenliknet fiskerisamfunnene på kysten av Finnmark med Klondyke og forsøkte å argumentere for at en del av de karaktertrekkene som følger med har negative helseeffekter.

Nå satses det stortilt innen deler av fiskerinæringa i Finnmark. Tiden er moden for å få innpass for ergonomiske prinsipper og andre helsehensyn parallelt med at næringa selv satses på kompetanseheving, produktutvikling og organisasjonsutvikling. Slik sett ser jeg lysere på Finnmarks framtid. Det er et under om et av de rikeste næringsgrunnlagene vår nasjon råder over ikke skal kunne brødfø 70.000 mennesker, og brødfø dem godt.

Mitt svar på spørsmålet om vernetjenesten i fiskerinæringa er å anse som helsetjeneste eller næringsvirksomhet er som følger:

1. Sentrale helsevilkår i befolkningen har nær sammenheng med næringsutviklingen.
2. Det er i bedriftenes egen interesse å ivareta elementære hensyn til sine ansattes helsevilkår på arbeidsplassen som et ledd i å oppnå et gunstig bedriftsresultat.
3. Helsetjenesten kan hjelpe til å fokusere problemer og forståelse av sammenhenger, eksempelvis mellom trivselsfaktorer og bedriftskultur og ergonomi og sykefravær.
4. Problemene må ikke taes fra næringslivet, men håndteres av næringslivet selv, slik at næringslivet tilegner seg løsningene som sine egne.

5. Organisasjonsutvikling og fundamentering av bedriftene på smågruppenivå må bli et satsingsområde. Faglig kompetanseheving på individnivå - organisasjonsutvikling på bedriftsnivå. Disse forholdene har med vesentlige helsevilkår i yrkeslivet å gjøre.
6. Forvaltningen av fiskeriressursene og organiseringen av næringa er overordnede faktorer som har konsekvenser for næringsgrunnlag og helsevilkår. Men spørsmålet er politisk og berøres ikke nærmere her.

Erik Langfeldt  
komm.lege I  
Nordkapp

□



# Lokalsamfunn i sterk omstilling



*Kjetil Bjørlo er ansatt ved Norsk Institutt for by- og regionforsknings lokalavdeling i Alta. Han arbeider med helse- og sosialforskning, og er ansvarlig for avdelingens program for dette feltet.*

## Kystkrise og kollektividentitet

Av Kjetil Bjørlo

Hasvik kommune har lenge ønska å sette i gang et utviklingsprosjekt innen forebyggende helse. Gjennom "Helse og ulikhet"-programmet har kommunen selv, i samarbeid med NIBR/Nord-Norge kartlagt livsvilkår og helsemessige sider ved å bo i et lite kystsamfunn på slutten av 80-tallet, - ment som et kunnskapsgrunnlag for praktisk retta utviklingsarbeid.

Prosjektet har konsentrert seg spesielt om psykososial "sykelighet", som stress, nervøse lidelser, samlivs- og omsorgsproblemer, kvinnemishandling og ensomhet. NIBR fikk høre at sykdomsbildet i kommunen - etterhvert som fiskerikrisa har strammet grepet rundt lokalbefolkningen, har endret seg til å bli stadig sterkere dominert av slike problemer. Det var den kollektive identiteten - lokalsamfunnstilhørigheten - som var trua.

I det følgende skal jeg prøve å vise at det ikke er så enkelt å vise klare sammenhenger mellom småsamfunn i endring og den felles identiteten småsamfunna kan framvise. Dette i seg selv er brennbart å si i dagens Finnmark, og jeg er enig med dem som måtte si at kollektiv identitet er vanskelig å måle gjennom spørreskjema som vi har gjort i

dette prosjektet. Men NIBR hadde dessverre ikke andre datakilder til rådighet enn kommunens eget spørreskjema.

Hasvik er kanskje landets mest fiske-riavhengige kommune, med 90% av all lønnsinntekt fra arbeid direkte/indirekte relatert til fiskeria. Kommunen består av tre fiskevær: Hasvik, Breivikbotn og Sørvær, som huser industri innen fiskeforedling og rekeproduksjon. Dette er sosialt sett svært tett koplta samfunn, der den ene er avhengig av den andre - godt egne samfunn til å studere sosialt bestemte sykdommer som næringsorg og sviktende tillit til sitt eget lokalmiljø. Kanskje var det ingen tilfeldighet at Kystkvinnesaksjonen, med Hanne Nilsen i spissen, oppstod nettopp her.

Problemstillinga i prosjektet var i hovedsak hvordan den kollektive identitet var påvirket av problematiske faktorer i kjølvannet av strukturendring i næringslivet: Vanskelig familieøkonomi og arbeidsledighet. Kollektiv identitet er her målt som:

- 1) Synet på lokalsamfunnets evne til å produsere friske mennesker i psykososial forstand (omsorgssvikt, vanskelig samliv, nervøse lidelser, stress etc.)
- 2) Viljen til forebyggende helsearbeid.



Foto: Arvid Sveen



Hvordan påvirke arbeidsledighet og vanskelig familieøkonomi disse holdningene? Disse dimensjonene - av vilje og holdning - skapte følgende firefeltstabel:

		Bidragsevne	
		Nei	Ja
Problemoppfatning	Sterk	"Pessimistiske" (13,1 %)	"Konstruktive" (17,7 %)
	Svak	"Likegyldige" (33,1 %)	"Optimistiske" (36,1 %)

Tabellen deler folket i kommunen inn i 4 grupper, alt etter hvor kritiske de er til folkehelsen og hva de selv kan gjøre for å bedre den. Hver tolvte familie (13%) er pessimister. Dette er familier som er sterkt negative til de lokale livsvilkåra, og som er helt uvillige til å delta i forebyggende helse. Om lag hver sjettede familie (18%) mener folkehelsen er dårlig, men er likevel positive til å gjøre sitt for å gjøre den bedre - la oss navngi dem for "de konstruktive". Hver tredje husstand (33%) kan kalles "likegyldige". De mener forholda er bra som de er, og er følgelig ikke motivert for å handle. Den største gruppa av familier -36%-ser på livsvilkåra på Sørøya som gode.

De er likevel innstilt på å gjøre sitt for at de kan bli enda bedre. Optimistene, om en kan kalle dem det, utgjør som sagt den største gruppa av familier. Altså: Om en er optimist har en høy lokalidentitet på begge variablene. Om en er pessimist har en lav på begge.

Tilbake til problemet: Hvilke øvrige kjennetegn kunne vi finne ved optimistene sammenlignet med pessimistene? Var det krisetegn ved samfunnet, av strukturell art eller permanente egenskaper ved individene - uavhengig av kystkrisa - som avgjorde styrken på lokalidentiteten?

Figur 1.



Modellen, gjengitt i figur 1, deler slik faktorer ved enkeltmennesket opp som årsaksskapte av de strukturelle betingelsene ved kystkrisa: Dens evne til å skape arbeidsledighet, krisas innvirkning på familieøkonomien, samt hvor en bor. Grunnen til at vi også festet oss ved bosted, er at fordelingen av arbeidsplasser utenfor fiskerieringene er skeivt fordelt mellom bygdene i kommunen. Nederst på figuren er de aktørbestemte faktorene opplistet. Dette er enten tilskrevne egenskaper ved enkeltmenneskene og familiene deres, eller kjennetegn de delvis har hatt kontroll over selv: Hvilken type familie det er tale om: hvor stor den er og hvor mange barn under 16 år den består av, aldersfordelingen i familien, om familien er dominert av kvinner eller ei. I modellen har vi også inkludert problemer som vi antar er skapt av andre forhold enn kystkrisa: Sykdomsproblemer og boligproblemer.

Variablene i modellen ble så kjørt opp mot de to effektvariablene i modellen: Synet på lokalsamfunnet og holdningen til å gjøre det bedre å bo i. Praktiske forhold tilsa at dette ble gjort gjennom bivariat (toveis) korrelasjonsanalyse, og ikke gjennom multivariat analyse. Avgjort en svakhet ved undersøkelsen, men resultatene er såpass klare at en annen analysemetode ikke skulle rukke ved sluttresultatet i større grad. For analysene viser at krisefaktorene har mindre forklaringskraft enn de permanente aktørbestemte egenskapene. (Se tabell 2.)

Hvor en bor hadde mindre å si enn ventet: Det er bare antydning til skilnader bygdene imellom. Rett nok er lokalidentiteten i været med sterkt levedyktig fiskeindustri (Sørvær) litt høyere enn andre steder. Også innslag av arbeidsledighet i familien har lite å si (kontrollert for økonomiproblemer). Mest uventet var det at om familien var belastet med dårlig økonomi, så hadde dette en motsatt innvirkning enn ventet: Disse familiene hadde en sterkere vilje til å gjøre heimesamfunnet bedre enn familier som regnet seg som fri av økonomiproblemer (innslag av ledighet er holdt konstant).

Altså: Sammenhengene mellom krisefaktorene og lokalidentitet har vært få og svake. Det er faktorene på individni-

Tabell 2.

		Problembilder	Handlingsevne
Struktur- faktorer	Bosted	(-) *)	
	Økonomiproblemer		- **)
	Ledighetsproblemer	-	
Individ- faktorer	Familiestørrelse		+
	Barn i familien		+
	Eldre i familien	-	-
	Sykdomsproblemer	+	-
	Boligproblemer		-
	Kvinnedominans		+

\*) Signifikant på .10 nivå

\*\*) Merk: Dette betyr at familier med svak økonomi er mer handlingsmotiverte enn familier med tryggere økonomi

va som best skiller de med høy fra de med lav identitet fra hverandre. Her skal jeg imidlertid ikke utrede disse individsammenhengene videre. Resultatet er overraskende. Dersom det avspegler virkeligheten på en korrekt måte, tyder dette på at kystfinnmarkingen er et hardført menneske som ikke gir opp trua på heimsamfunnet tross motgang. Kyst-Finnmark har eksistert med ordet krise hengende over seg ikke bare det siste året, men i hele den siste halvpart av 80-tallet. Den akutte forverringa i 1989 med påvist svart hav og fangststopp kom slik ikke som noe sjokk for kystbefolkningen, ifølge utsagn fra kystfiskere.

Uventa forskningsresultater bør møtes med sunn skepsis. Det er mulig kollek-

tiv identitet ikke lar seg måle via spørreskjemasvar og tall. Dessuten ble data samlet inn vinteren 1988, før fangststoppen og pessimistiske forskningsresultater om det økologiske tomrommet i havet ble påvist. Og la det være klart: Arbeidet har mer dreidd seg om syn og holdninger om helse. Om - og hvordan folks faktiske helsetilstand er blitt forverra i kjølvannet av den sosiale endring i Kyst-Finnmark, eksisterer det foreløpig lite eksakt kunnskap.

Forsker  
Kjetil Bjørlo  
Norsk institutt for by- og  
regionforskning  
Postboks 1271,  
9501 Alta. □



## DUMAZOLAM (triazolam)

### HYPNOTIKUM

Resoribleter 0,2 mg. Hver resoriblett inneh.: Triazolam 0,2 mg. Resoribletten har delestrek.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering ved gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angstdempende, muskelrelakserende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende.

**Absorpsjon:** God, minst 80 %. Hurtig absorpsjon fra munnens slimhinne. **Proteinbinding:** 89 % bindes løst til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer med en variasjon på 1,7 - 3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene  $\alpha$ -hydroksytriazolam og 4-hydroksytriazolam gjenfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90 % i urin og 10 % i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

**Indikasjoner:** Forbigående og kortvarig insomnia. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomnia.

**Kontraindikasjoner:** Hypersensitivitet for legemidlet.

**Bivirkninger:** Hovedsakelig doseavhengige. Døsighet, omtåketet, svimmelhet, øret og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi. Ved seponering kan tilfeldige innsøvningsproblemer forekomme de første to nettene.

**Forsiktighetsregler:** Bør fortrinnsvis gis i et begrenset tidsrom pga. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka pga. additiv dempende effekt. Forskrives med forsiktighet og i begrenset mengde til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke preparatet gis til potensielle misbrukere pga. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt lever- eller lungefunksjon.

**Interaksjoner:** Interaksjon kan sees med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidin eller makrolidantibiotika. Ved samtidig inntak av slike legemidler kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. Reduksjon av dosen bør overveies. (1:63e benzodiazepiner).

**Anbefalt dosering:** Legges under tungen. Dosen tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Tas ved behov når pasienten ikke får sove. Anbefalt dosering hos voksne: 1 resoriblett; kan økes til 2 resoribletter om pasienten ikke responderer tilfredsstillende. P.g.a. større følsomhet hos geriatriske/svekkede pasienter gis initialt 1/2 resoriblett (0,1 mg) som kan økes til 1 resoriblett (0,2 mg) om nødvendig. Resoribletten kan tas liggende i sengen. Unngå å svelge mens resoribletten henfaller.

**Pakninger og priser:** 0,2 mg 100 stk. kr 109,70. Enpac: 30 stk. kr 41,40. 10 stk. kr 21,00.

050 30 888



# Krisetelefonen for deg som bruker for mye hypnotika

Hvis du fortsatt skriver ut tradisjonell innsovningsmedisin - det vil si tabletter - må du ha gått glipp av vårt budskap om at tablettenes epoke som innsovningsmiddel snart vil være over.

Resoribletten Dumozolam er nemlig et bedre alternativ.  
Hvorfor?

- Fordi effekten kommer hurtig\*.
- Fordi dine pasienter virkelig kan prøve å sovne på egen hånd først - uten hjelp av medisin. Skulle søvnen likevel ikke komme, kan resoribletten tas liggende i sengen.
- Fordi Dumozolam er bioekvivalent med tilsvarende tabletter. Og til tross for 20 % lavere dose triazolam, er effekten den samme\*.
- Fordi absorpsjonen blir mer ensartet fra pasient til pasient\*.

Vil du vite mer om Dumozolam, håper vi at du bruker vårt grønne nummer: 050 - 30 888 (hverdager 8.30 - 15.30). Her kan du også bestille placeboprøver for pasientdemonstrasjon, og be om rekvisisjonskort på gratisprøve.

Ring!

**Dumozolam® har delestrek.  
10-, 30- og 100-pakning.**

\*Ynddal, L. «Bioequivalence of two different formulations of triazolam.» In press 1990.  
Kan rekvireres fra Dumex.



*Give nature a chance!*

Postboks 93, 1364 Hvalstad, Telefon 02/84 63 63.

**DUMEX**

# Helse og ulikhet-programmet i Finnmark



Nils Petter Pedersen. Leder sekretariatet for folkehelseprogrammet "Helse og ulikhet" og evalueringen av særskilte statlige tiltak ovenfor helsetjenesten i Finnmark og psykisk helsevern i Troms.

Kommunalkandidat, NKSH, Oslo. Avdelingsleder ved Kommunalavdelingen, Fylkesmannen i Finnmark, Høgskolelektor i helsevesenets organisasjon, NKSH, Oslo.

To perioder i fylkeshelsetjenesten, sist som fylkeshelsesjef i Finnmark. Vært særlig opptatt av kommunaløkonomisk og statsvitenskapelig tilnærming til helsetjenesten.

Av Nils Petter Pedersen

Helse og ulikhet-programmet i Finnmark har resultatmål nr 1 i Helse For Alle-strategien som hovedmål: *Ulikhetene skal utjevnes ved å utbedre helse-tilstanden til de dårligst stilte.* Dette resultatmålet ivaretar en helt sentral verdi i vårt velferdssamfunn. Det er verdt å understreke at det er *resultatlikhet* i befolkningen som er målet, - ikke lik oppgaveløsning. Tvert om kan ulikheter i geografi, kultur, miljø osv nyttes til å fremme målsettinga om resultatlikhet.

Helse og ulikhet-programmet har et idégrunnlag om å unngå elendighetsfokusering ved å avdekke problem man ikke kan gjøre noe med. Dette betyr at undersøkelser, forskning o.l. i seg selv ikke er nok. Virksomheten må være handlingsretta. Kunnskapen må kunne brukes i aksjon, i tiltak. Idégrunnlaget bygger videre på å gjøre vår ulikhet i helsetilstand om til utfordrende og faglig interessante oppgaver, og å rekruttere til oppgaver og ikke til stillinger. Dette betyr for det første at oppgavene eller problemene er programmets viktigste "råstoff". Vi ønsker å ta vare på dette råstoffet og ikke eksportere det før det er videreforedlet, dvs. har gitt fagmiljøene i fylket vekst i form av kunnskap og innsikt. For det andre at *oppgaven som skal løses* må være bestemmede for sammensetning og organisering av helsetjenestens kompetanse.

Programmets tittel har en visjon om *helse*. Idégrunnlaget inviterer til et mer samfunnsvitenskapelig inspirert helsebegrep. Et helsebegrep som kretser rundt evnen til å fungere sosialt. Men hva med *ulikhet*? I forarbeidene til programmet ble overdødeligheten fokusert. Dette er en geografisk ulikhet som i hovedsak er samfunnsmessig skapt - som ikke er naturlig eller biologisk - og som derfor kan reduseres eller fjernes ved å endre samfunnsmessige betingelser. Men ulikhet kan også defineres som noe

positivt. Ulikhetene i geografi, kultur, miljø osv gir også muligheter til å fremme programmets mål.

Vektleggingen av de samfunnsmessige sider betyr ikke at ikke helsefremmende/forebyggende arbeide må drives på to plan. Som Peter F. Hjort har formulert det: -det ene er individet. Målet er sunn livsstil, og midlet er helseopplysning, -det andre er samfunnet. Målet er et sunt samfunn, og midlet er politikk.

Så langt idé og mål, men hva med arbeidet hittil?

Resultatmålene i programmet har alle sammenheng med våre alvorligste livsstilsykdommer: Hjerte/kar, kreft og ulykker. I tillegg har vi med selvmord og selvmordsforsøk. Selvmordshyppigheten er som kjent en god og særlig følsom indikator på en befolknings psykiske helsetilstand - på sykdomsskapende samfunnsforhold.

Vi har drøftet mulighetene og begrensningene i bruken av dødelighetsdata til vårt formål. Klare begrensninger ligger bl.a i store flyttetall som gjør det problematisk å identifisere resultater på den faste stamme av finnmarkinger. Uansett representerer likevel dødelighetsdata et vesentlig faktagrunnlag.

Resultatmålene er uløselig knyttet til befolkningens levekår - det vil si oppgaver helsetjenesten *alene* ikke kan løse. Prosjektene i programmet hittil har i hovedsak gått på sammenhengen: *livsstil - helse - sykkelighet*. Erik Langfeldts artikkel om Vernetjenesteprojektet i Nordkapp er et godt eksempel på de problemstillinger vi står overfor i praktisk arbeide. Jeg vil understreke to forhold. For det første erfaringene med at kommunehelsetjenesten har supplert seg med annen kompetanse. For det andre at man bevisst er inne i en spennende overgang fra prosjekt til mer varige langsiktige tiltak.





Foto: Arvid Sveen

En mulig konklusjon for virksomheten de 2 første år er at vi - for å holde oss til Peter F. Hjorts to-plans strategi - vel er på vei når det gjelder målet om sunn livsstil. Vi er oss bevisst betydningen av målet om et sunt samfunn - men er kraftig på leit innafor *midlet politikk*. Hva med helsevesenet som politisk sektor? Helsepersonellet er på hjemmebane og behersker langt på vei spillereglene i kampen om livsstil. Men de må ut på bortebane i kampen om et sunt samfunn! Strategi og taktikk fra hjemmebanen duger den?

### Hva nå ?

Vi har i vel 3 år hatt et nasjonalt oppdrag i sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeide. Jeg vil trekke fram tre forhold som gjør at vi for tiden stiller spørsmålet - hva nå?

- 1) Vi står overfor et problembilde som er preget av nasjonale problem som kommer til uttrykk regionalt.
- 2) Vi står overfor en befolkning som er sterkt avhengig av overføringer på individ-, nærings- og kommunenivå.
- 3) Vi stiller spørsmål ved helsetjenestens rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid.

Men før jeg kommer inn på disse er det nødvendig å utdype *betingelsene* for god folkehelse. Hva er det det dreier seg om? I en arbeidsgruppe som fylkeslegen oppnevnte for å se nærmere på "Kystkrisa" gjorde vi et forsøk på å konkretisere dette i form av et overordnet mål: "Sikre god folkehelse ved å utvikle livskraftige lokalsamfunn. Lokalsamfunn med betingelser for forutsigbare liv, sammenheng mellom mennesker og miljø, rimelig gode utsikter for neste generasjon og der den enkelte har kontrollen over egen livssituasjon". Her har vi forsøkt å få med folks grunnleggende behov for

- forutsigbare liv
- sammenheng med det sosiale og fysiske miljø
- kontinuitet mellom generasjoner
- kontroll over egen livssituasjon

Kontroll over egen livssituasjon betyr ikke bare kontroll over privatlivet innafor egen hage. Snarere tvert om. Det betyr også muligheter for innflytelse over og deltakelse i utformingen av rammebetingelsene for lokalsamfunnets arbeids- og næringsliv, miljø osv. Særlig gjelder dette adgangen til arbeidslivet.

Men så til (1) *Et nasjonalt problem som kommer til uttrykk lokalt:*

Sosial og geografisk ulik fordeling av helse, vanhelse og sykdom har klare sammenhenger med forvaltningen av nasjonale naturressurser og/eller av den offentlige, politiske fordeling av velferd. I begge tilfeller dreier det seg om hvordan man på nasjonalt nivå makt oppgavene. Det er altså *konsekvensene* av en nasjonal politikk som kommer til uttrykk i Finnmark. Det problembilde vi står overfor er nasjonale problem med regionale overtoner, mer enn regionale problem som krever isolert aksjon. For å få tak i det prinsipielle og ikke bli oppfatta som provinsiell, er det viktig å understreke at behovet for en snuoperasjon i bydelen Romsås i Oslo etter min oppfatning er uttrykk for det samme.

(2) *Avhengighet av overføringer på individ-, nærings- og kommunenivå:* Landets primærnæringer er satt inn i nasjonale rammer som er preget av stor overføringsavhengighet. Disse store overføringene styres av et nasjonalt politisk organisasjons- og sektorbyråkrati. Ressursene defineres som nasjonale og



blir i hovedsak forvaltet av sentrale aktører i Oslo. Lokalsamfunnet får konsekvensene - både i oppgangs- og i nedgangstider.

Sentrale offentlige velferdsgoder som undervisning og helsestell er på den ene side organisert som desentraliserte tjenester, på den annen side utgjør tjenestenes viktigste ressurs - fagfolkene - en nasjonal ressurs som inngår i et nasjonalt marked. Disse markedene har til tider vært i sterk ubalanse. Dels har det ikke vært tilstrekkelig fagfolk totalt sett, dels har fagfolkene vært ulikt geografisk fordelt. Finansieringen av undervisning og helsestell skjer paradoksalt nok ved et overføringssystem (det nye inntektsystemet) basert på såkalt nøytrale kriterier som ikke ivaretar denne realitet. Overføringssystemene for både næringsliv og offentlige tjenester nærmest forutsetter at den som best kan beskrive sin elendighet får mest. Denne elendighetsfokusering skaper negativ selvforståelse både på individ og lokalsamfunnsnivå.

Spørsmålet vi stiller er om arbeids- og næringslivets utøvere og kommunene er kommet i samme klientrolle som vi kjenner fra den individretta helse-tjenesten. Vi kjenner alle til at manglen-de sysselsetting i næringssvake områder forutsetter en sykkeligjøring for at folk skal ha den økonomiske sikring som trykkesystemet gir.

### (3) Helsetjenestens rolle:

Vi har for det første forutsatt at helsepersonellet med sitt kunnskapsgrunnlag har en basis for å kunne gjøre en jobb. For det andre har helsetjenesten gjennom sin pasientkontakt utvilsomt tilgang til problembildet. Sist og ikke minst har kommunchelsetjenesten et lovbestemt oppdrag. Dette er grovt sett helsetjenestens grunnlag for å kartlegge og prioritere problem, og å iverksette tiltak. Helsetjenesten har her et fortrinn i forhold til de aller fleste for å kunne lykkes.

Er problembildet for sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeide likevel så komplekst at helsepersonellens kunnskapsgrunnlag og metoder ikke er tilstrekkelig? Er kunnskapsgrunnlaget for fragmentert og hva med metodene? Gir pasientkontakten bare en liten bit av problembildet? Er pasientkontakten begrenset til de syke - folk som selv har

definert seg som syke og allerede er på venteværelset?

Hvilken rolle skal helsetjenesten innta innafor et offentlig beslutningssystem som den forholder seg til og er en del av? Slik vi har organisert oss har helsetjenesten formell og rimelig reell mulighet til intern tverretattlig dialog og til kontakt med de politiske organ på kommune-, fylkes- og sentralt nivå. Denne mulighet øker imidlertid også konfliktnivået. Ett vanlig eksempel er konflikt mellom profesjonell virksomhet og byråkrati. Ett annet er om en helsemessig velfundert mobilisering av lokalsamfunnet "passer" inn i kommuneledelsens næringspolitiske mål og strategier?

Det alvorligste er likevel spørsmålet om kommunestyret og fylkesting er rett adressert for oppgaven? Ottar Brox har i sine arbeider brukt uttrykket "pervers regional styringseffekt". Med dette mener han at energien til folkestyret i kommuner og fylkeskommuner er bundet opp til å administrere oppgaver uten at man har lokalpolitisk herredømme over styringsredskapene. Lokaldemokratiets kapasitet er bundet opp til tunge nasjonalt standardiserte oppgaver som undervisning og helsestell, istedet for livsviktig lokal og regional sysselsettings- eller tiltaksarbeide, - som knapt kan standardiseres.

Kommunchelsetjenestens engasjement i helsefremmende arbeide bringer helsepersonellet lett i "klemme". Blir helsepersonellens rolle å være systemets advokater eller populistiske rebeller? Advokater for et kommunesystem som egentlig er i samme rolle som den geografisk uførepensjonerte, dvs. uten kontroll over egen livssituasjon?

### En nasjonal oppgave

I Nasjonal Helseplan er Finnmark utpekt som prøvefylke i en nasjonal strategi for å oppnå WHO's mål "Helse for alle i år 2000". utfordringene og mulighetene som dette gir er også lagt inn i Fylkesplanen for 1988-91. Hvilket problembilde står vi overfor? Også vi spør oss om vi er inne i et samfunn som politisk, økonomisk og sosialt har akseptert det noen så treffende har kalt "2/3-samfunnet"? Ottar Brox mener tydelig ja. I en tankevekkende artikkel i

Samtiden nr 3/1990 ruller han opp også vårt land som et samfunn som sikrer et stabilt flertall en noenlunde trygg, komfortabel tilværelse, men som bygger på at 10-20% av befolkninga er "frasortert" fra adgangen til det alminnelige arbeids- og næringsliv. En frasortering som geografisk er skjevfordelt! Lokalsamfunn med opptil 40-50% av befolkninga frasortert på en eller annen måte. Lokalsamfunn i Finnmark og Oslo-øst har noe felles! Det er den generelle utvikling av Norge som kommer til uttrykk her.

En tilnærming til folkehelsa på dette planet bringer helsetjenesten ut av og ut over venteromskøen. Ut på bortebanen. Spørsmålet blir da ikke om, men hvordan helsetjenesten skal bidra til endringer av strukturelle forhold i samfunnet og befolkningsgruppers livssituasjon. Hvilke muligheter ligger i tiltak som Samla Plan, HEMIL, Kom i form til OL, osv.? Prosjekter blir iverksatt og ikke minst blir tunge kompetansemiljøer bygget. Hva slags profil får disse tiltakene? Vil de bidra til å opprettholde og kanskje forsterke de geografiske ulikheter vi har? Er også disse tiltakene retta inn bare mot livsstil?

Hovedmålet i Helse For Alle- strategien er at ulikhetene skal utjevnes ved å utbedre helsetilstanden til de dårligst stilte. Helsetjenesten har så langt i hovedsak mobilisert befolkningen til å endre livsstil. Og det er viktig. Men om vi bare gjør det, kan bidraget til folkehelsa sammenlignes med at man på en skute som er lekk sysselsetter mannskap med å pusse messing mens skuta går ned.

Nils Petter Pedersen  
Fylkeslegen i Finnmark  
Damsv I  
9800 Vadsø

□



# Vårt Columbi Egg



**Oscar Bang vil være kjent for Utpostens lesere. I sitt 92. år er han fortsatt levende engasjert i helsetjenestens organisering. Bang ses her til venstre, sammen med sykehjemsbestyrer Kjell Borge.**

Da vi ikke fikk sos/helsefaglinje på vår nye Videregående skole med begrunnelse at vi ikke trengte flere hjelpepleiere og det heller ikke kunne skaffes flere praksisplasser på Kongsberg Sykehus, sa vår erfarne og velutdannede sykehjemsbestyrer at han kunne gi elevene praksis på vårt hjem med 40 pasienter av alle slag. Han hadde som så mange andre fått NSF's lederideologi i vrangstrupen. Så verpet Kjell Borge og jeg et Columbi egg som vi har servert i Aftenposten og i Tidsskriftets korrespondansespalte og i Norsk Bedriftshelse-tjeneste (nr 5/88).

Ved å gi hjelpepleierne praksisplasser på syke/pleie/gamlehjem ville sykepleiestudentene få alle sykehusenes plasser og vi kunne åpne den kronisk trange flaskehals og vi ville få nok av operasjonssøstre, spesialsykepleiere, så de konkurrerende privatklinikker ikke

behøvde å stjele personell fra de billigere offentlige sykehus - som nå.

Vi kan om et år bygge opp utesykepleien og redde eldreomsorgen, og få en levende helseopplysning, forebyggende og livsstilskapende skole. Et år på denne forbedrede hjelpepleierskole burde privilegere til en 3-årig sos/helsefaglinje i Den videregående skole, som vi bygget opp til et helsegymnas.

Disse omsorgssøstre ville bli det direkte mellomledd mellom pasient og lege. Omsorgssøstrene ville føle seg verdsatt og bli ansvarsbevisste - en slags "likestilling" i samarbeide. Enkelte ganger blir erfarne sykepleiere tatt til råd og hjelp - slik som legene konfererer med spesialister. Det er slik det arbeides overalt i dag hvor kloke og gode mennesker finner den beste løsning. Det står titusen - eller flere - ungdommer som i morgen den dag ville melde

seg til denne form for hjelpepleierskole, når de ble lovet et bevis som omsorgssøstre, etter et års tjeneste på sykehjemmet. Når de daglig sto front til front med sengepleie ville vi få de egnete - dem med de medfødte anlegg (cfr. G. Biraths bok "Det menneskelige i sykepleien" s. 32). De ville fra første dag bringe og tømme bekkener, hjelpe pasientene å spise på skikkelig vis og ledsage dem som skulle øve seg i å gå. Så levet de seg inn i rutinstellet og ville sikkert bli mottatt som hjelp - og avlaste sykepleierens onde samvittighet for ikke å gi pasientene nok tid og kontakt. Skulle noen sykepleiere være arrogante var det bare å notere det på deres rulleblad, så ble det en hinder for deres karriere.

NSF har advart sykehus mot å ta inn 16-åringer. "De skal ikke tåle å se alvorlig syke". Jeg har både i presse og brev for-



gjeves efterlyst disse erfaringer og om-sider fått det stemplet som oppspinn. (Yrkespolitikk?)

Jenter som tenker mere på patienten enn på seg selv er likedan om de er 16 eller 18 år. Våre 16-åringer hadde medfødt patientkontakt. De var ivrige, flinke og muntre, - og ga det primitive hjem atmosfære. Ja, de kunne være rene solstråler. Mine 20 års erfaring fra vårt tidligere "Hjem" kan ikke lyve. Jeg var ene-utpost-distriktslege for en promille av landets befolkning.

Hvor mange sykepleiersker har ikke før i tiden startet på denne måte.

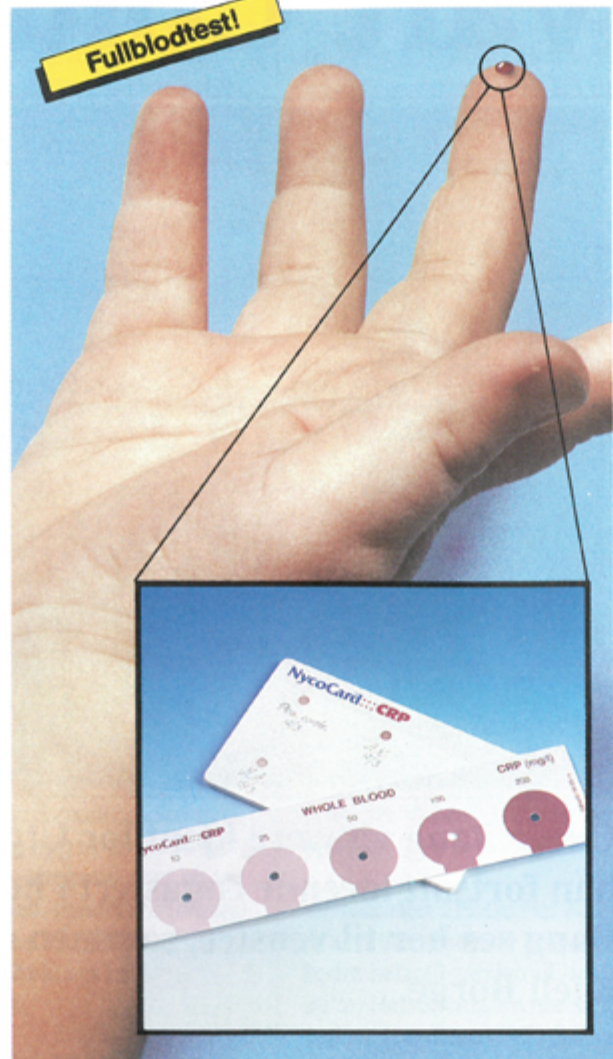
De skapte standens enestående renomé. NSF-lederne vil inspisere og lede all pleie og umyndiggjøre hjelpe-omsorgspleierne. Statens sykepleieråd skal bestå av en jurist som formann og to offentlig godkjente sykepleiere som faste medlemmer. Rådet kan også efter innkalling omfatte et antall sakkyndige sykepleiere og hjelpepleiere og to legmenn. Idunn Heldal Haugen skriver om dette: "Statens Sykepleieråd har spilt en meget vesentlig rolle for standens og yrkets utvikling gjennom de siste 30 år. Neppe noen sak av betydning på sykepleiers område er blitt fremmet uten først å ha vært behandlet av Statens sykepleieråd." Så har rådet nidkjært styrket sykepleiernes yrke mens køen foran legekantorene og anstaltene er øket til 100.000 og enda flere gamle lever i ængstelse for en alderdom i "bleiestadiet" uten hjelp og tusener av ungdommer forblir arbeidsledige. Men det vi trenger er et allsidig råd - bestående av helseautoriteter og helsevitere, helsepolitikere, institusjoner med representanter fra skolemedisin, alternativ medisin, kiropraktorer etc. med æreshverv av 2 års varighet, men med en sekretær som det sto fritt for å velge inn nye medlemmer. Dette råd skulle være til nytte for Sosialdep., Helsedirektoratet, fylkesleger og andre leger, institusjoner, NSF, NHF..etc og for uvidende desorienterte kommuner som ikke var sikre på at de råd kommuneoverlegen ga var riktige eller i egen interesse. Hvor mange dage i uken eller måneden en slik stilling krevet vil tiden vise. Den er jo upolitisk.

Oscar Bang  
3630 Rødberg



## NycoCard:::CRP

Fullblodtest!



### Mål CRP (C-reaktivt protein) direkte i kapillærblod!

- Svar innen 2 minutter.
  - 25µl fullblod (kapillær-/veneblood).
  - Semikvantitativ avlesning uten instrument.
  - 48 test pakning.
- NycoCard CRP Whole blood, Prod. nr. 1001627.  
Serum/Plasma, Prod. nr. 1001641.



**NYCOMED  
PHARMA**

NYCOMED PHARMA AS  
Divisjon Diagnostica  
Postboks 4284 Torshov,  
0401 Oslo 4.  
Telefon: (02) 22 62 60



## **Pensjonist**

Gubben han ble både gammel og grå,  
mens vennene gikk bort og døde.  
Engang så mange, nå ble de så få,  
en generasjon var lagt øde.  
Det var som de unge helst ville gå,  
egne veier på må og få,  
og styre og rå - det er jo det de må.  
Men han hadde så gjerne vært med på råd  
og ikke så helt satt utenfor - i ett øde  
- før han endelig døde.

Den gamle lege satt på sitt kontor.  
Det kom da noen iblandt.  
Hans viden og hans erfaring var stor.  
Han visste hva som var riktig og sandt.  
Den makt som engang lå i hans ord,  
da han var ung og sterk og stor,  
var svekket fordi han var gammel og grå,  
selv om han var klokere nå.

De unge var fulle av visdom og tro  
på alle de sannheter de hadde lært.  
Den gamle visste det skulle gro  
tykt med støv over temmelig svært  
meget av dette bløffende nye.  
Han visste at av de tusener tabletter mye  
med alleslags fine fremmede navne,  
var mere til skade enn de kunne gavne.

Oscar Bang

# Kommunen

## Universitetsklinikk? Supermarked?



Av Nils Petter Pedersen, Fylkeslegen i Finnmark. Leder sekretariatet for "Helse og ulikhet" - nasjonalt folkehelseprogram med særskilte tiltak overfor helsetjenesten i Finnmark og deler av Troms. Kommunalkandidat, NKSH, Oslo. Avdelingsleder ved Kommunalavdelingen, Fylkesmannen i Finnmark. Høgskolelektor i helsevesenets organisasjon, NKSH, Oslo. To perioder i fylkeshelsetjenesten, sist som fylkeshelsesjef i Finnmark. Er særlig opptatt av kommunaløkonomisk og statsvitenskapelig tilnærming til helsetjenesten.

### Av Nils Petter Pedersen

Kommunehelseloven fra 1984 er relativt ny. Bestemmelsene fra 1987 om miljørettet helsevern er enda nyere. Spesialitetene allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin for leger er også relativt nye. Sykepleierne har lengre tradisjoner som helsesøstre og jordmødre. Spesialsykepleiere i psykiatri er på vei inn, mens annet helse- og sosialpersonell stort sett bare har sin grunnutdanning som basis for virksomheten. Å utvikle adekvat kompetanse krever møysommelig, systematisk og langsiktig arbeid. I tillegg er det viktig å spørre hvilken plass kommunene etter hvert får i vårt samfunnssystem.

### Spesialisering - større kommuner?

Sykehusloven av 1969 bidro til en byråkratisering av fylkeshelsetjenesten. Kommunehelseloven av 1984 har bidratt til tilsvarende byråkratisering av kommunehelsetjenesten. Får vi også en parallell spesialisering i kommunehelsetjenesten som i fylkeshelsetjenesten?

Om det skjer, vil spesialiseringen i kommunehelsetjenesten i neste omgang kunne inngå i argumentene for større kommuneenheter. Medisinske og teknologiske framskritt synes som kjent å bli fulgt av økt spesialisering. Det ligger et paradoks innebygget i dette at det krav til sikring av kvalitet vi har vennt oss til å stille overfor helsetjenesten, synes å forutsette sentralisering. En sentralisering som fra brukersynspunkt oppfattes negativt fordi den kommer i motsetning til krav om nærhet og tilgjengelighet.

Det er slett ikke sikkert at fagutviklingen i kommunehelsetjenesten behøver å få samme forløp og gi de samme sentraliserende virkninger som i fylkeshelsetjenesten. Til det er bl.a. kulturen i kommunene og fylkeskommunene forskjellig. Kommunene er etablerte institusjoner

mens fylkeskommunene fortsatt er diffuse for folk flest.

Innenfor helsetjenesten er det etablert begreper som 1., 2. og 3. linjetjenester. Militære begrep knytta til et organ- eller sykehusspesialisert faghierarki med 3. linje ved universitetsklinikkene som det ypperste. I 1. linje en kommunehelsetjeneste som har førstekontakt med befolkningen i "felten" med ansvar for behandling, sortering og transport innover bak egne rekker.

Utfordringen for lokalsamfunnsorienterte, samfunnsfaglige spesialiteter som psykiatri og samfunnsmedisin er kanskje å utvikle et omvendt faghierarki med virksomheten i kommunen som det ypperste? Vil mulighetene for å utvikle flerfaglige løsninger av komplekse samfunnsmedisinske problem kunne gjøre kommunen også til "universitetsklinikk" for disse spesialiteter?

Dette bringer oss over i spørsmålet om betingelsene for fagutvikling i framtidens kommune.

### Lokalpolitikk eller supermarked?

Hva betyr kommune og hva er kommunen? For det første så betyr selve ordet kommune (lat.) felleshusholdning, *felleskap*. I vårt land et fellesskap i hovedsakelig små og mellomstore kommuner.

Over 80 % av landets kommuner har under 11000 innbyggere. For det andre er kommunen både et *forvaltningsnivå* i vårt system og det vi kan kalle et *lokalpolitisk samfunn*. Bak en slik to-delning ligger to forskjellige måter å betrakte kommunen på.

Kommunen som forvaltningsnivå er på én måte en *organisasjon* som dels er pålagt av staten, dels har pålagt seg selv å produsere offentlige tjenester for kommunens innbyggere. "Kommunen er en



servicebedrift", sier rådmannen. En slik måte å se kommunen på gjør kommunen til et foretak med etater som avspeiler kommunens funksjonelle ansvar. Kommunen er tjenestetilbyder lik private tjenestetilbydere, og innbyggerne er kommunens kunder eller klienter.

Kommunen som lokalpolitisk samfunn er mer en *institusjon*; det vil si en organisasjon med formål og verdier utover det rent instrumentelle. Kommunen blir ikke bare et uttrykk for forvaltningsmessig eller administrativ hensiktsmessighet, men også et organisatorisk uttrykk for *folkeviljen* i et geografisk avgrenset område. Innenfor dette geografisk avgrensede område bor det mennesker, her er bedrifter og her er ulike organisasjoner. Kommunens fremste oppgave blir å uttrykke områdets samlede vilje, å lede kommunen etter innbyggernes behov, å legge grunnlaget for arbeids- og næringsliv, organisasjonsliv osv. Ivaretagelsen av lokaldemokratiet krever at kommunen iallfall i noen grad bygger sin eksistens på et minimum av lokal fellesskapsfølelse. Kommunens innbyggere er lokaldemo-

kratiets hovedaktører - ikke bare konsumenter av kommunal tjenesteyting.

Også for helsetjenestens tilsynsmyndigheter er det avgjørende å være oppmerksom på dette skillet. Staten har lang tradisjon med oppgaven å føre *tilsyn og kontroll*. I forarbeidene til Tilsynsloven (Ot. prp. 33 83-84) heter det at tilsynet også omfatter faglige *råd og veiledning*. Mens tilsyn og kontroll stort sett dreier seg om tjenester som allerede er etablert eller om dem som allerede er pasienter, vil råd og veiledning bli noe annet. Råd og veiledning er mer dynamisk idet det forutsetter at man går inn i (politiske) prosesser - prosesser som former mål og strategier for en framtidig utvikling.

Et perspektiv på kommunen som et "supermarked" for offentlige helsetjenester vil kreve sterkere forbrukerombud, pasientombud og rene juridiske klageavdelinger i statsadministrasjonen som ivaretar tilsyn og kontroll.

En kommuneinstitusjon som ivaretar av lokaldemokrati - som arena for lokal-

politikk - vil kreve noe mer, noe annet. Helse og helsetjenester er sentrale verdier i vårt samfunn. "Politikk er adferd som har konsekvenser for den autoritative verdifordelingen i samfunnet" (David Easton).

For den langsiktige planlegging av en offentlig helsetjeneste er det både viktig og nødvendig å iakttas disse to forskjellige måter å se kommunen på. I ei tid der det blir lagt sterkere vekt på privatisering og markedsløsninger, vil man lett tenke på kommunen bare som produsent av offentlige tjenester. Nettopp da er det etter min oppfatning særlig viktig å ha med perspektivet på kommunen som ivaretager av lokaldemokratiet. Valget av gode private eller kooperative løsninger som er tilpasset markedet, fortjener å bli brynet i et fungerende kommunaldemokrati!

□



## OVESTERIN "ORGANON"

Østrogen

ATC-nr. G03C A04

**Tabletter** 1 mg og 2 mg: Hver tablett inneh.: Østriol 1 mg, resp. 2 mg, hjelpestoffer q.s.

**VAGINALKREM** 0,1%: 1 g inneh.: Østriol 1 mg, eutanol, spermasett, glyserol, cetanol, stearylalkohol, polysorbat 60, sorbitan monostearat, melkesyre, klorheksidinklorid, rensset vann til 1 g.

**VAGITORIER** 0,5 mg: Hver vagitorie inneh.: Østriol 0,5 mg, cetomacrogol 1000 50 mg, ricinooleinsyremonoglycerid 125 mg, hardfett til 2,5 g.

**Egenskaper:** Klassifisering: Naturlig østrogen med kort virketid. De aktuelle doser gir effekt bare på det meget østrogenfølsomme vev i nedre urinvei og ytre genitalia. Ved lokal administrasjon oppnås god lokal effekt. Liten innvirkning på endometriet ved bruk av terapeutiske doser, dosert 1 gang daglig. Virkningsmekanisme: Substituerer redusert østrogenproduksjon og motvirker degenerative forandringer i slimhinnen i vulva og vagina. Absorpsjon: Tabletter: Rask ved peroral administrasjon. Vaginalkrem/vagitorier: God fra vaginalslimhinnen, noe som også medfører en systemisk effekt. Metabolisme/Utskillelse: Via lever/urin. Overgang til morsmelk: Går over og kan føre til redusert laktasjon.

**Indikasjoner:** Degenerative og atrofiske endringer i genital-organene som følge av østrogenmangel i tilknytning til menopausen eller ovarieektomi. Atrofisk vaginitt og vulvitt, kolpitt, kraurosis og pruritus vulvae, dyspareuni, benigne ulcerasjoner i vagina og på portio, pre- og postoperativt ved vaginale operasjoner. Tablettene er også indisert ved ikke-infeksiøse cystouretritter som følge av østrogenmangel. Cervikal sterilitet. Forsøksvis ved visse former for urin-inkontinens.

**Kontraindikasjoner:** Kjent eller mistenkt mammacancer eller endometrieccancer. Vaginalblødning av ukjent årsak. Alvorlig leverskade. Aktiv tromboembolisk sykdom. Graviditet. Pga. god absorpsjon gjelder de samme kontraindikasjoner for vaginalkremen og vagitoriene som for tablettene.

**Bivirkninger:** Tabletter: Kvalme, hodepine, brystspenning, væskeretensjon, spotting under og etter seponering av terapi, økt produksjon av cervix-sekret. Vaginalkrem/vagitorier: Brystspenning, økt produksjon av cervix-sekret kan forekomme ved høye doser. Lokal behandling kan forårsake lokal irritasjon og kløe. Denne er normalt kortvarig.

**Forsiktighetsregler:** Under langvarig behandling med østrogener anbefales regelmessige undersøkelser (første etterundersøkelse innen 6 måneder, deretter hvert år). Pasienter med hjertesvikt, nedsatt nyre- eller leverfunksjon, hypertensjon, diabetes eller epilepsi bør kontrolleres omhyggelig. Unormal underlivsblødning krever adekvat diagnostikk. Pasienter med migrene, tromboemboliske lidelser i anamnesen eller disposisjon for tromboembolisk sykdom, endometriose, fibrocystisk mastopati, porfyri, hyperlipo-proteinemi bør følges nøye. Likeledes de som under svangerskap eller ved tidligere østrogentilførsel har hatt alvorlig pruritus, herpes gestationes eller forverring av otosclerosis. Ved vaginale infeksjoner skal spesifikk infeksjonsbehandling igangsettes før vaginalkrem/vagitorier benyttes.

**Interaksjoner:** (I:78e steroider).

**Dosering:** Tabletter: Urogenitale besvær postmenopausalt: 2-3 mg 1 gang daglig i 2-3 uker. Vedlikeholdsdose: 1-2 mg daglig. Pre- og postoperativt ved vaginale inngrep: 1 mg daglig. Cervikal sterilitet: 0,25-1 mg daglig fra 6. til 15. dag. Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden ved hjelp av kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til det opphøyde merket) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder 0,5 mg østriol. Vaginalkrem/vagitorier: Vanlig dose ved vulva/vaginale plager: 1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikasjon krem/1 vagitorie 2 ganger pr. uke. Preoperativt: Behandlingen bør startes 2 uker før operasjonen med 1 applikasjon krem/1 vagitorie daglig.

Postoperativt:

1 applikasjon krem/1 vagitorie pr. dag i minst 2 uker. **Pakninger og priser:**

**Tabletter:** 1 mg: 30 stk. kr. 52,60, 90 stk. kr. 140,50. 2 mg Enpac: 90 stk. kr. 272,00. **Vaginalkrem:** 15 g kr. 61,80. **Vagitorier:** 15 stk. kr. 57,00. T: 6,9.

Referanser:

1. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd: Konsensuskonferansen om bruk av østrogen i og etter overgangsalderen 27.-29. nov. 1990. Panelets uttalelse.
4. Brandberg, Å, Mellström, D og Samsioe, G: Peroral østriolbehandling till äldre kvinnor med urogenitala besvär. Läkartidningen 1985; 40:3399-401.





Scientific Partner of IBSA, ICA

**NÅR EN KVINNE HAR FÅTT "RIKTIG" BEHANDLING FOR URINVEISINFEKSJON 20 GANGER, ER DET PÅ TIDE Å TENKE PÅ HVA SOM ER RIKTIG.**

"Urinveisinfeksjon er en hyppig feildiagnose, og fører i mange tilfeller til unødig bruk av antibiotika. I tillegg vil man kunne redusere forekomst av urinveisinfeksjoner ved østrogenbehandling" (1).

"Mot urogenitale besvær er lavpotente østrogener tilstrekkelig. Dette kan gis som vagitorier eller krem, eventuelt som tabletter.

Effektene er prinsipielt de samme. Slik behandling er ufarlig, og det bør derfor vurderes om preparatene kan gjøres reseptfrie. De farmakologiske forholdene ved østriol er langt bedre kjent enn for dienoestrol, og østriol bør derfor foretrekkes" (1).

**Ovesterin<sup>®</sup>** inneholder østriol, det svakeste naturlige østrogenet.

**Ovesterin<sup>®</sup>** bygger opp igjen slimhinne i underlivet, og forebygger urinveisinfeksjoner (4).

Vil du vite mer om **Ovesterin<sup>®</sup>** ring oss, så sender vi utyllende informasjon. 02-78 43 65.

**VAGITORIER,  
KREM OG  
TABLETTER.**

**OVESTERIN**

# Lave stråledoser: Helseskader hos barn



*Anne Grieg f. 1925. Cand.med. 1951. Arbeidet første del av 50-årene med atferdsmedisin, hvoretter utdanning i barnpsykiatri bl.a som elev av Nic Waal. Spesialist i barnpsykiatri 1964. Barnpsykiatrisk overlege ved Vestfold Sentralsykehus 1964-77 med ledelse av utbyggingen av barne- og ungdomspsykiatriske helsetjeneste i det første fylke utenfor Oslo og Bergen. 1977-81 barnpsykiatrisk overlege ved Psykiatrisk Poliklinikk for Follo. Har som aktivt medlem av Norske Leger mot atomkrig undervist helsepersonell, skolefolk og foreldre om medisinske virkninger av atomvåpen og psykologiske virkninger av å leve under atomkrigstrusselen. Har i senere år som pensjonist, vesentlig arbeidet med litteraturstudier av helse-effekter av radioaktivitet.*

## Av Anne Grieg

Akutte skader etter store doser ioniserende stråling har fått mye medisinsk oppmerksomhet. Helseskader fra lave doser er derimot dårlig klarlagt. Det samme gjelder subakutte effekter fra midlere doser.

Befolkningsgrupper som gjennom mange år har vært utsatt for radioaktiv miljøforurensning, f.eks. fra atomprøvesprengninger, kan fortelle om betydelige helseplager av mange slag, men får lite medisinsk hjelp (1-4). Omfattende undersøkelser av helseforhold i slike utsatte grupper er mangelvare over hele verden. Det finnes ingen store undersøkelser fra uavhengige forskere. Carl Johnsons (5) intervjuundersøkelse av mormonfamilier i Utah, bosatt i vindretningen fra atomeksplosjonene i USAs prøvelfelt i Nevadaørkenen, viste signifikant økt kreftinsidens, men gjaldt ikke andre helseparametre.

Vi vet i dag at stråling skader immunsystemet (6,7), men lite er kjent om virkningsmekanismene på cellenivå, og ved hvor lave doser helseskader kan oppstå. Både diabetes og hjertekarsykdommer er satt i forbindelse med bestråling, men dette er et svært kontroversielt tema. Det samme gjelder tidlig aldring (4,8-10).

## Kreftrisiko

De store etterundersøkelsene fra Hiroshima og Nagasaki har gitt mengder av tall om risiko for kreft, men tolkingen er ikke enkel. Stråledosene ble beregnet etterpå, aldri målt. Bestrålingen var ekstern, kortvarig og høy - ikke intern, årelang og lav - slik det blir når folk spiser radioaktivt forurenset mat eller inhalerer radionuklider fra nedfall. Risikotall for kreft er bare grove anslag med stor statistisk usikkerhet. Det er også stor uenighet om dem, slik tabellen viser:

## LIVSTIDSRISIKO FOR STRÅLEINDUSERT KREFT (11-13)

Ekstra krefttilfeller i en befolkning på 1 million eksponert for 10 mSv (= 1 rem):

UNSCEAR (FNs vitenskapelige komité)	1977	100
ICRP (Den Internasj. Strålevernkommisjon)	1977	125
BEIR III (USAs Vitenskapsakademi) avgrenset til 11-30 år	1980	359-719
JOHN GOFMAN	1981	3333-4255
ROSALIE BERTELL avgrenset til 11-30 år livstid	1982	369-823 549-1648
ICRP	1984	600
UNSCEAR	1988	400-1100
BEIR IV	1990	800



Foto: Arvid Sveen



Tidlig på 80-tallet hevdet John Gofman og Rosalie Bertell, uavhengig av hverandre, at risikoen for kreft etter bestråling var betydelig større enn FN-kommisjonen UNSCEAR og Den Internasjonale Kommisjonen for Strålevern (ICRP) regnet med. De nyeste risikoanslagene fra USAs vitenskapsakademi (BEIR V) er adskillig større enn anslagene fra denne instansen for 10 år siden. Risikotallene justeres stadig oppover. På den annen side er kreft av andre årsaker så vanlig at øking av krefttilfellene etter lave stråledoser er vanskelig å påvise. De ekstra tilfellene fra strålingen "forsvinner" blant alle de andre.

### Barnas kreftrisiko

Det bør legges vekt på at barn som utsettes for stråling løper høyere risiko for kreft senere i livet enn voksne. Det har bl.a. vist seg at risikoen for kreft etter røntgenbehandling i oppveksten er større enn kreftrisikoen ved tilsvarende behandling av voksne (14). Likeså går det fram av en nylig oppdatering av etterundersøkelsene fra Hiroshima og Nagasaki at de som var barn under

atomangrepet, har fått adskillig mer kreft da de kom i eldre voksen-alder, enn de som allerede var voksne den gang de ble utsatt for strålingen (15).

Folket på øya Rongelap i Stillehavet ble i 1954 rammet av nedfallet fra en 15 megatonns vannstoffbombe. Med årene fikk nesten alle barna thyreoideaforstyrrelser, ledsaget av veksthemning og benigne eller maligne tumores. Men disse barna ble utsatt for store doser radioaktivt jod (16, 17).

De radioaktive jod-dosene Norges befolkning fikk fra 1950- og 60-årenes bombeprøver i atmosfæren var langt lavere, men synes allikevel å ha ført til en viss økning i thyreoideakreft. Lund og Oftedal (18) har sammenholdt insidens av thyreoideakreft i aldersgruppen 0-24 år i perioden 1953-82 med beregnede stråledoser til hver årsklasse fra melkens innhold av radioaktivt jod. De som ble født i 1957 og 1958, fikk de største dosene, beregnet til knapt 18 mSv. De som ble født før 1940, fikk mindre enn 4 mSv, mens de som kom til

verden etter 1962, ikke ble eksponert for radioaktivt jod fra melk. Økingen i thyreoideakreft samvarierer både tidsmessig og geografisk med eksposisjonen for radioaktivt nedfall. Vestpå og nordpå hvor det var mest nedfall, var insidensen høyere. Antall ekstra tilfeller var i seg selv meget lavt, men rammet særlig dem som var spebarn og småbarn da bombeprøvene fant sted.

Fosteret har relativt høy kreftrisiko: I 1958 kunne Alice Stewart (19) vise signifikant statistisk sammenheng mellom kreft i barneårene og røntgenundersøkelser under svangerskapet. Hennes funn ble bekreftet av Mac Mahon (20) få år etterpå. Stewarts Oxford Survey of Childhood Cancers (21) er i dag Storbritannias mest omfattende og langvarige studie av disse forhold. Likevel betviler UNSCEAR (22) ennå en kausal sammenheng mellom røntgenbestråling og barnkreft. Uenigheten bunner i at studier fra Hiroshima ikke har vist øket kreft etter bestråling in utero. Etter min mening har Hiroshimastudiene fått en ufortjent rang over andre undersøkelser med bedre metodikk.



## Mange former for stråleskader i fosterlivet

Fosteret kan skades både etter en enkelt bestråling av moren og når hun utsettes for lengre tids påvirkning fra smådoser. Strålingen kan gi økt celledød i fosteret eller forandringer i arvestoffet i fostrets celler. At bestråling in utero kan føre til misdannelser er velkjent, likeså at risikoen for misdannelser er størst under organogenesen i første trimester. Men misdannelser er bare en av flere former for stråleskade i fosterlivet.

## Aborter og dødfødsler

Aborter og dødfødsler er velkjent fra strålingsforsøk hos dyr og også kjent hos mennesker etter stråledoser større enn ca 1-1,5 Sv. En undersøkelse fra USA kan tyde på at også lave doser ioniserende stråling fra radionuklider i morens kost kan gi fosterdød: New York by hadde flere spontanaborter midt på 60-tallet enn før og etter. Pålitelig registrering av spontanaborter er vanskelig, men New York hadde en uvanlig god abortstatistikk. På denne tiden falt det radioaktivt nedfall fra atomvåpenprøvene i atmosfæren over hele verden, og Strontium-90 i kumelk ble derfor målt systematisk mange steder i USA. Pisello og Piccioni (23) fant betydelig samsvar mellom insidens av fosterdød i New York og meierimelkens strontiuminnhold. Det samme fantes i to fylker som ble valgt til sammenligning fordi de også hadde god abortstatistikk. Det ene lå oppe i nord, i Vermont, og det andre sydpå, i Mississippi. Analysen tyder på at død in utero kan være relatert til eksponering av fosteret fra forholdsvis lave stråledoser via morens kost. Men om dette i så fall skyldes Strontium-90 eller andre av de mange radioaktive stoffene i bombenedfallet, kan ikke dette arbeidet si noe om.

Norge mottok adskillig mer nedfall fra 1950- og 60-årenes bombep prøver i atmosfæren enn USA, men norsk helsestatistikk tillater ikke tilsvarende sammenligning.

Etter Tsjernobylulykken 26. april 1986 har Ulstein og medarbeidere (24) ved Kvinneklinikken på Haukeland funnet øking av spontanaborter i seks norske fylker i perioden aug. 86-jan.87. Fostre som var unnfanget de tre første måneder etter ulykken endte oftere som spontanaborter enn i noen annen tremånedersperiode året før og året etter.

De fostrene som overlever strålingen, kan komme til verden med misdannelser og/eller lav fødselsvekt eller svekket livsdyktighet. De kan også være tilsynelatende friske, men ha latente skader som først manifesterer seg senere i livet.

I Finland økte antall premature fødsler i områder som fikk mye Tsjernobylnedfall. Økingen gjaldt barn som var i svangerskapets første tredjedel ved ulykken (25).

## Spebarndødelighet

Etter atomkraftulykken i 1979 ved Harrisburgh i Pennsylvania ble det observert både økt forekomst av spontanaborter (26) og økt spebarndødelighet. MacLeod (27) som var helsesjef i Pennsylvania under ulykken, opplyste året etter i en artikkel i New York Times om skarp stigning i spebarndødelighet de første 6 måneder etter ulykken i områder i 8 og 16 kilometers avstand fra den havarete reaktoren. Likeså opplyste han at hypofunksjon av thyreoidea var 12 ggr. vanligere enn normalt hos spebarn bosatt i områder i vindretningen fra ulykken. "Slik signifikant stigning i spebarndød etter en reaktorulykke krever fullstendig oppriktighet og åpenhet, ikke forsinkelse og benektelse", skrev MacLeod og etterlyste tilbakeholdte data. Han hadde på dette tidspunkt forlatt sin stilling på grunn av samarbeidsvansker med guvernøren.

En statistisk undersøkelse fra det tidligere Vest-Tyskland viser økt spebarndødelighet i de områder av Syd-Tyskland som fikk mest nedfall fra Tsjernobyl (28).

Et alvorlig signal gir en undersøkelse fra Wisconsin av mortalitet hos barn med fødselsvekt under 2500 gram født 1963-76. Ved å sammenholde fødsels- og dødsattester fant Rosalie Bertell og medarbeidere (29) at dødeligheten i denne sårbare gruppen varierte tids- og stedsmessig med oppgitte gassutslipp fra nye atomkraftverk som var satt i drift i løpet av perioden.

## Risiko for mentale handicap

Det kanskje alvorligste aspektet ved lavdosestråling hos fosteret er at sentralnervesystemet er særlig sårbart for stråleskader. Organogenesen av hjernen tar lenger tid enn for andre organer, og

den mest kritiske tiden er mellom 8. og 15. svangerskapsuke (30,31). Etter beregninger fra Hiroshima er risikoen for større hjernemisdannelser 4 tilfeller pr. 10 000 levendefødte etter ekstern bestråling av moren med 1 mSv mellom 8. og 15. svangerskapsuke. Dette kan imidlertid være toppen av et isfjell. I klinisk barnepsykiatri kan lærevansker eller andre utviklingsvansker hos barn ikke sjelden spores tilbake til mindre hjerneskader som det mange ganger kan være rimelig å sette i forbindelse med forstyrrelser i svangerskapet. Funksjonssvikten hos barnet blir i slike tilfeller ofte ikke påvist mens barnet er lite, men gjør seg gjeldende når kravene til ytelse øker lenger ut i livet. Det er ikke urimelig å anta at strålingsutløste hjerneskader kan forholde seg på samme måte.

Medfødte misdannelser i sentralnervesystemet øket litt i Norge det første året etter Tsjernobyl-ulykken. Lorentz Irgens og medarbeidere (32,33) ved Det norske medisinske fødselsregister i Bergen har funnet signifikant statistisk sammenheng mellom slike misdannelser (og lav fødselsvekt) og mødrenes interndose fra Tsjernobyl-nedfall, men ikke med deres eksterndose. Stråledosen er beregnet ut fra kostens innhold av radioaktivt cesium i melk og kjøtt i morens bostedskommune omkring 45. svangerskapsdag.

Per Oftedal (34) har påvist signifikant statistisk sammenheng mellom nedsatte skoleprestasjoner i ungdomsskolen og stråledoser fra radioaktivt bombenedfall over Norge da de unge var i fosterlivet. Prestasjonene ved normerte prøver i ungdomsskolen var i gjennomsnitt svakere for de elevene som var 8-15 uker gamle fostre den gang nedfallet var på sitt verste, enn for de øvrige elevene fra samme årgang og samme geografiske områder. Dette gjaldt i områder med mer enn 1000 mm årlig nedbør. I resten av landet, der nedbøren var mindre og nedfallet ikke på langt nær så stort, var det ingen slik forskjell.

Fra USA er beskrevet lignende mental svikt hos 18 år gamle rekrutter (35): Gjennomsnittresultatene ved evnemåling var svakere hos rekrutter fra delstater med mye nedfall på den tid rekruttene befant seg intrauterint, enn hos rekrutter fra delstater med lite nedfall, og



svikten var størst hos de årgangene som var i fosterlivet de årene det kom mest nedfall.

Ved et symposium i Coventry september 1990 om helsevirkninger av radioaktivt nedfall ble det fra Alma Ata i Kasakhstan (36) lagt fram urovekkende opplysninger om markert øket forekomst av mental retardasjon i *annen generasjon* i befolkningen som er bosatt i nærheten av det sovjetiske atomprøvefeltet i Semipalatinsk. Prøveeksponeringer har vært utført der i 40 år, fram til 1963 i atmosfæren og etter 1965 under jorden. De eldste av disse retarderte barna er nå i 12-15-årsalderen, og man ser med engstelse fram til tredje generasjon. Det er dobbelt så mye mental retardasjon hos lokalbefolkningen i området innen 100 kilometer fra prøvestedet som innen 200 kilometer, og forekomsten innen 200 kilometer er markert forhøyet i forhold til gjennomsnittet for republikken.

### Farens rolle

I løpet av 80-årene ble det påvist høyere insidens av barnelevkemi i nærheten av flere britiske atomanlegg enn ellers i Storbritannia (37-39). Levkemi er sjeldent, og antall tilfeller var meget lavt, men likevel markert forhøyd enkelte steder, som f.eks. i den lille byen Seascale ved opparbeidingsverket Sellafield. Etter engelsk gjennomsnitt skulle Seascale hatt 0-1 tilfeller i årene 1952-85, mens det faktiske antall var 5, senere korrigert til 6. Øking er også sett ved Dounreay og ved atomvåpenfabrikene Aldermaston og Burghfield. Der gjaldt økingen barn under 5 år. Miljøbevegelsen har rettet søkelyset mot utslippene, mens atomindustrien har betonet at ny industri fører med seg så mye tilflyttingen at årsaken kunne være et smittsomt virus. For 3 år siden kunne imidlertid Martin Gardner og medarbeidere (40, 41) vise at økingen ved Seascale gjaldt barn som var *født* der, ikke barn som hadde *flyttet* dit.

I en case-control-undersøkelse publisert ifjor, har Gardner (42) sammenholdt 74 tilfeller av levkemi hos barn i Vest Cumbria helsedistrikt i årene 1952-85 med 1000 jevngamle friske kontroller og analysert mange mulige årsaksfaktorer. Man kan nå utelukke bl.a. virusinfeksjon, radioaktiv eksponering fra kosten og fra lek på stranden som

mulige årsaker. Den eneste faktor som har klar statistisk sammenheng med økingen i barnelevkemi, er farens yrke ved tidspunktet for barnets fødsel. Flere av de rammete barnas fedre har arbeidet ved Sellafield, og deres individuelle stråleeksponering er derfor registrert, men bare som ekstern gammastråling. Det foreligger en meget sterk statistisk sammenheng mellom fedrenes yrkesmessige stråleeksponering og barnas levkemirisiko. Fedre med total strålebelastning over 100 mSv før befruktningen har 6-8 ganger høyere risiko enn andre fedre for å få barn med levkemi. Den eksponering som er registrert hos disse fedrene, ligger vel og merke langt under anbefalte yrkesmessige grenseverdier.

Gardners arbeid viser at noe på fedrenes arbeidsplasser må være utslagsgivende og retter sterk mistanke mot strålingen, men klarlegger ikke mekanismen bak barnelevkemiene. Det kan være at intern strålebelastning eller toksisk påvirkning er mer avgjørende. Kanskje en oppsamling av radionuclider i testiklene? Det er plutonium som produseres ved Sellafield, og plutonium akkumuleres i gonadene (43).

Resultatet er at sædcellene nå er kommet i søkelyset. Engangsdoser på 100 mSv til voksne menn kan nedsette produksjonen av sædceller i opptil ett år (44). Det er ikke urimelig å tenke seg at en påvirkning som gir færre sædceller, også kan gi muterte sædceller. Kanskje ligger en viktig årsak til medfødte handicap på dette feltet? Foreløpig kan vi bare spørre, mens Gardner fortsetter å lete. Hans resultater til nå er imidlertid et hardt slag mot den rest av tillit som mange ennå har til de yrkesmessige grenseverdier for stråleeksponering.

La meg summere opp:

- BARNER er mer følsomme for stråling enn voksne.
- FOSTRENE er mer følsomme enn barna.
- FOSTERETS HJERNE er særlig utsatt.
- SÆDCELLENE kan være det svakeste ledd.

Anne Grieg  
Tiurstien 31B  
3190 Horten

### Referanser:

- (Fullstendig referanseliste ved henvendelse til forfatteren)
4. Bertell R. Ingen omedelbar fara? Prognos för en radioaktiv värld. Stockholm/Lund: Symposium Bokförlag & Tryckeri, 1986.
  11. Bertell R. Handbook for Estimating Health Effects from Exposure to Ionizing Radiation. Toronto: Institute of Concern for Public Health. 67 Movat Ave, suite 343, Toronto, Ontario M6K 3E3, 1986.
  13. Committee on the Biological Effects of Ionizing Radiation (BEIR V). Health Effects og Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation. Washington DC: Nat. Acad. Press, 1990.
  15. Radford EP. Recent Evidence of Radiation-induced Cancer in the Japanese Atomic Bomb Survivors. In: Jones RR and Soutwood R (eds.) Radiation and Health. The Biological Effects of Low-Level Exposure to Ionizing Radiation. Chichester/New York: John Wiley & Sons, 1987: 87-96.
  18. Lund E, Oftedal P. Radioaktivt nedfall og thyreoideakreft i Norge. Tidsskr. Nor. Lægefor. 1986; 106: 1680-82.
  21. Gilman EA, Kneale GW, Knox EG, Stewart AM. The Oxford Survey of Childhood Cancers. Birmingham: Department of Social Medicine. University of Birmingham, 1989.
  34. Per Oftedal. Radioactive fallout in Norway in 1964. Scholastic achievement of the 1965 cohort and the repair induction lag hypothesis. In: Somatic and Genetic Effects of Ionizing Radiation. XVth. Berzelius Symposium, Proceedings. Umeå: Berzelius Symposium, Nov.10-11, 1988.
  42. Gardner MJ, Snee MP, Hall AJ, Powell CA, Downes S, Terrell JD. Results of case-control Study of leukaemia and lymphoma among young people near Sellafield nuclear plant in West Cumbria. Br.Med.J. 1990; 300: 423-9.

□



TAGAMET ER H2-BLOKKEREREN MED DET BREDE SORTIMENT; 400 MG BRUSETABLETTER I PAKNINGSSTØRRELSENE 15 OG 30, 800 MG BRUSETABLETTER I PAKNINGSSTØRRELSENE 30 OG 60. DESSUTEN SOM VANLIGE TABLETTER 200 MG/400 MG/800 MG, MIXTUR 40 MG/ML (10 ML DOSEPUTER), INFUSJONSVÆSKE 4 MG/ML (100 ML) SAMT INJEKSJONSVÆSKE 100 MG/ML (10x2 ML). FOR YTTERLIGERE INFORMASJON – SE FELLESKATALOGEN.



Man vil jo ikke betale det dobbelte.

Får jeg velge tar jeg heller originalvare.

DET ER FORSKJELL PÅ original og original. Noen er betydelig dyrere enn andre. Men hvorfor skal pasientene dine behøve å betale over det dobbelte når det finnes originalpreparat som er like billig som kopipreparatene.

Skriv ut Tagamet neste gang. Det tjener pasienten på, og dessuten blir det billigere for Norge.

Alle beredningsformer av Tagamet kan fortsatt skrives på blå resept etter paragraf 9 punkt 37.

KOSTNADER FOR 4 UKERS BEHANDLING MED H2-BLOKKER VED DUODENALULCUS.

PREPARAT:	PRIS 30 STK. PR. 1/3 -91	EGENANDEL FOR PASIENTEN
ZANTAC 300 MG	593,70	118,70
<b>TAGAMET 800 MG</b>	<b>270,80</b>	<b>54,10</b>
CIMETID 800 MG	270,10	54,00
CIMAL 800 MG	270,10	54,00
GASTROBITAN 800 MG	293,80	58,70
PEPCIDIN 40 MG	491,90	98,40

**TAGAMET®**

ORIGINALEN SOM GJØR ALLE GLADE

**SB SmithKline Beecham**

P.O. BOX 134, 1473 SKÅRER. TELEFON 02-7079 01.

# Folkets røst -

# folkets trøst



*Martin Eide (f.1956) er førsteamanuensis ved Institutt for massekommunikasjon, Universitetet i Bergen. Ved siden av forskning og undervisning har han arbeidet som journalist og informasjonsmedarbeider. Han har bl.a. publisert "Mellom forskere og massemedia. Forskningsformidling i praksis" (1985), "Død og pine" (1987) (sammen med Gudmund Hernes) og "Etter det vi forstår på politisk hold. Om politikere og massemedia" (1984). Han arbeider nå med flere prosjekter omkring politikk, journalistikk og nyheter.*

**Vi har fått tillatelse til å trykke Martin Eides foredrag under OLLs samfunnsmedisinske uke på Kirkenes i september 1990.**

## Av Martin Eide

Det er lenge siden nøden trengte være stor for at hjelpen skulle være nær. I et informasjonsrikt samfunn trenger du ikke være fattig for å få hjelp. Men du må være informert. Også det kan du få hjelp til. De gode hjelperne står i kø! Det er journalister, informasjonsmedarbeidere, sosialarbeidere, offentlige leger og vil du være med så heng på.

Da Askeladden hadde delt nista si med den gamle krokete, usle og gudsnådlige mannen, som det står i eventyret, ble skipet som kunne gå like fort til lands som til vanns bygget ferdig mens han sov. Han bega seg til kongsgården for å få sin rett - prinsessa og halve kongeriket.

Slapp av - dette fikser vi! sier Dagbladet. Avisen vil hjelpe oss med en prøve vi hvert år blir satt på. Selvangivelsen ble gjort til en lek med "Skatte-Dagbladet" og med ekspertpanel stilt til rådighet for å svare på DINE skattespørsmål. "Marerittet går som en drøm med VG" ble vi fortalt i en annen avis. Det gjaldt også selvangivelsen. "Ha kaffen og kalkulatoren klar, så skal VG lose deg trygt gjennom de fire sidene. Får du ikke svar på alt her, så ring VG". "Får du med alle

fradrag? Er du sikker på at salget av boligen er skattepliktig? Hva med vannlekkasjen i kjelleren? Kan utgiftene føres til fradrag? Aftenposten har samlet fem av landets skarpeste skatteeksperter til å hjelpe deg med utfyllingen av selvangivelsen..." "Høyt skattet panel" melder Aftenposten dagen derpå. -Folk har et fantastisk behov for å spørre om hjelp. Og jeg skjønner dem godt, sier skattedirektøren. Skal du få din rett trenger du hjelp.

Kongen ville ikke uten videre gi den søtete i eventyret hans rett. Askeladden ble utsatt for en rekke byråkratiske prøvelser. Med assistanse fra gode hjelpere måtte han ete opp en kjøttbu med tre hundre tønner kjøtt, drikke opp en kjeller med øl og gammel vin, hente vann fra verdens ende og brenne opp tre hundre favner ved. Askeladden kunne være glad han hadde tatt med seg de gode hjelperne underveis. "Folk har et fantastisk behov for å spørre om hjelp".

VG hjelper deg! Ring Dagbladet! Har du ris og ros til helsevesenet: Prøv Aftenpostens Helse-brevkasse! Vi taler din sak! Forsøk grønn telefonlinje. Ring Statens Informasjonstjeneste.



Spør VG! Stikk innom kommunens informasjonskiosk. Får ikke din gamle mor plass i hjertekøen? Har du vært ute for opplevelser eller saksbehandling som kan være et varsku for andre? Skriv til "VG hjelper deg!".

De gode hjelperne er mange og de kan mye. De jobber hardt og sparer seg ikke. Formidlerne må være altetende og bite i seg litt av hvert. På veien til kongsgården traff Askeladden en lang, mager fant som lå bortmed et berg og åt gråstein. Og du har sikkert truffet dagens utgave av ham som var så tørst at han aldri fikk drukket seg utørst på øl og vin. Når det røyner på skjerper formidlerne sine sanser. Du må ha god hørsel. Askeladden traff en som lå med det ene øret til bakken og lydde; han hadde så god hørsel at han hørte gresset gro. Og du må ha et skarpt blikk. Som han som sto og siktet og siktet - "jeg ser så skarpt, sa han, så jeg ratt kan skyte like til verdens ende". Og du må være lett på foten, om ikke så lettfør som han som måtte ha syv skippundslodder på beina for ikke å havne ved verdens ende på mindre enn fem minutter.

Når Kari og Ola trenger hjelp og informasjon må alle gode krefter settes inn. Det må settes i gang en *kampanje*. Offentlige informasjonsfolk og politikere har lenge hatt et kjærlighetsforhold til slike virkemidler. De kiler selvfølelsen, og de får det til å se ut som om man gjør noe. I de senere år har også journalister for fullt kastet seg på dette skipet som går like fort til vanns som til lands. *Kampanjejournalistikken* har lenge hatt god bær. Det har slått an - det har engasjert leserne og det har tilført journalisthverdagen mening. Vi har sett kampanje mot høy bensinpris, mot høye bankrenter, mot trafikkdøden. Vi har vært med i jakten på landets billigste handlekurv, landets rimeligste jordbær. Vi har sett aviskampanjer for å frigi en politisk fange. Og "BT-leserne fant 250 "nye" trafikkkjeller!". Hjelp Solveig som er oppgitt av norske leger. Lasse Liten gjør VG til en helsepolitisk askeladd! Dagbladet har sin Maria. I Bergens Tidende døde Silje, men hennes hjelpefond skal hjelpe andre barn med kreft. Og avisen samordner innsamlingen.

I gamle dager var et folkelig opprør gjerne en storm mot en bygning - mot Bastillen, mot Vinterpalasset... Det kan

virke som det ypperste av opprør i våre dagers mediasamfunn er en *telefonstorm* mot en redaksjon. Stadig oftere er en slik storm bestilt - Ring Dagens Tidende i kveld! Si din mening! Med raske tellerskritt kan vi storme sentralbordet - og heve vår røst. Vi kan være spontane - når vi først får tenkt oss om. Og vi kan bli aktører i en velregissert kampanje for den gode sak.

Vi inviteres med, vi mobiliseres. For avisene dyrker sin variant av et honnørfenomen fra statsforvaltningens svenske 70-år og norske 80-år - *brukermedvirkning*. I mange moderne mediedramaer er skillet mellom sal og scene utvisket. Publikum trekkes med i spillet. Som når VG skriver om Solfrid som hadde en kreftsvulst på 10 kilo. Hun var oppgitt av norske leger og måtte til Tyskland for å bli operert. Etter å ha tatt opp saken melder VG om "Sympatibølge for Solfrid" og lar leserne opprette et fond for å dekke utgiftene. Etter en lang og interessant føljetong, der norske leger står igjen med stetoskopet i postkassen, entrer sosialministeren banen og sørger for at Solfrid får dekket sine utgifter.

Leserne inviteres med i den gode strid. De kan komme med idéer til aksjonsform. De kan bruke tipstelefonen. De kan mobiliseres som hjelpemannskap for medlesere: Send penger, tilby arbeid eller bolig, fremstå med hjelpsomme erfaringer eller komme med forslag til tiltak eller løsning.

Dette gir godt stoff. Det gir dynamikk og spenning, for saken er aldri utspilt etter et oppslag. Det som begynner som et mediedrama mot profesjonell uforstand ("Må jeg dø? spør 5 måneder gamle Maria, som har fått dødsdom av norsk lege") kan fortsette som en historie om gode krefters kamp (ikke før har Dagbladet oppgitt bankgironummeret før pengene strømmer på) og det kan tone ut som en seier (sosialministeren "skjærer igjennom" og betaler for operasjon i utlandet).

Det er ekte human touch - "Nytt hjerte til hjerteknuser!" Hvem kan motstå den? For journalisten blir plutselig meningen med livet annet enn metafysisk spekulasjon i ølakvariet. Og det store med serviceideologi og kampanjejournalistikk er at det tilsynelatende forener klassiske journalistidealer med nye

krav. Det kan bli "møkkagraving" og underholdning på samme tid. Det blir livsstil og hverdagsstoff, det blir "forbrukerstoff" i ny innpakning - som kvikk underholdning, ressurskrevende dybdejournalistikk og som "Stå-på-kampanjer" i Akersgata".

-Virkingen avhenger av den temperatur man gir stoffet, sier Dagbladets nyhetsleder til fagbladet Journalisten. "Sakene må føles viktige for leserne, angå dem personlig eller appellere til deres rettferdighetsans. Og leserne - folk flest - må føle at avisen er deres talerør, forsvarer deres interesser mot profittmakere og byråkrati." Lykkes avisen, kan ideelle og kommersielle mål nås samtidig. Katedralen trenger ikke nødvendigvis bli børsnotert?

-Vi har et ærlig engasjement i vårt forsøk på å gjøre noe godt for samfunnet og for våre medmennesker. Den påståtte ondskap som VG skal være preget av faller på sin egen urimelighet, sier avisens redaktør til Klassekampen. Og han legger til: -Vi identifiserer oss med de små i samfunnet. VG er avisa for den lille mann og kvinne. Jeg mener oppriktig at vi slåss hardere for de ressursvake enn noen andre aviser.

Og i en slik slåsskamp gjelder det å velge de riktige allierte. Ja, det kan også dreie seg om å utrope vinnere! For massemedia kan ikke bare spille parter ut mot hverandre. Massemediene kan også bedømme innsatsen. Journalisten blir både *regissør* og *anmelder*. For de kjempende handler det ikke bare om å få oppmerksomhet og selv føles å ha lyktes, men også om å få en heldig "anmeldelse". Det hjelper lite at Per Jarle Hellevik følte han hadde Kristin Moe på gyngende grunn i Antenne 10, når Kristin Moe blir utropt til vinner av forbrukeravisen VG. "Kristin Moe ga bankfolket bank på direkten". Hun talte dem midt imot. Hun ga dem inn med renter. Hun gjøv indignert løs på bankenes representanter, skriver VG. Slik kan forbrukertalsmenn finne hverandre. Og Kredittkassens indignerte informasjonssjefs eneste hevn blir da han senere får si til Dagbladet fra sin sommerøy i Nordland at "Eg les ikkje laussalsaviser i ferien. Her ute er det blitt så avansert at vi kjøper toalettappir i rull!"

Vi kan åpne dører. Vet vi ikke selv så



vet vi hvem som vet, sier velferdsstatens moderne formidlere i kor. Enten de formidler informasjon eller goder og rettigheter er parolen: Vi vil være en ressurs for den menige kvinne og mann - vår "aksjon publikum" og vår kamp for et "åpnere samfunn" er et kall, sier de gode hjelperne. Og i økende grad henter de sitt mandat fra sitt publikum. De ser seg som oppdragsgivere for sine brukere. "Oppdragsgiverne for en dagsavis er dens lesere" sier en moderne redaktør.

Massemedia vil være både folkets røst og folkets trøst. Journalisten ynder å framstille seg som en som gransker makthaverne og gir stemme til de svake. Journalisten skal spille en demokratisk nøkkelrolle. Som de svenske maktutredningene nylig har vist, dreier det seg her om egenartet blanding av *populisme* og *elitisme*. Folket opphøyres og mistros på samme tid. Den folkelige innsats og det folkelige engasjement feires, men det skinner samtidig igjen - at det var først når "Dagens Tidende" tok saken at det ble fart i den.

Denne blandingen av populisme og elitisme finnes innen mange profesjoner i dag - ikke minst innen legeyrket! Den ansvarlige lege skal gi både røst og trøst. Det gjelder å plassere seg i landskapet mellom ovenfra og ned og nedenfra og opp - omtrent på samme vis som ulike aviser - bevisst og/eller ubevisst - har utmyntet sin rolle i f.eks helsepolitikken. Det er et stykke vei mellom Dagbladet - og særlig VG - der pasienten snakker rett fra sykeseng og lever til Aftenposten der overlegen tar bladet fra munnen og henvender seg til departementsråden i hans egen sosiolekt. Det er forskjell på helsepolitikken "low road" og helsepolitikken "highroad".

Stor trafikk er det på begge veiene og det er ikke alltid journalisten har begge hendene på rattet. Ja, det hender sågar at det er andre profesjoner som overtar styringen. Også dette kan skje i form av en kampanje for den gode sak. Tenk på overlegen som vil ha medisinsk tungteknologi på sin avdeling, som allierer seg med stedets avis, som hjelper til med å sette i gang en innsamlingsaksjon. Det er enten en skam at ikke vårt sykehus har apparatet som redder liv, eller i mer avanserte tilfeller: Vi har

nå en gylden sjanse til å plassere vår by på den medisinske forsknings verdenskart. Prestisje og lokalpatriotisme kan slik frambringe fascinerende utstyr - som man i ettertid "oppdager" koster penger å drive og vedlikeholde. Og pytt, pytt: Andre oppgaver som egentlig sto høyere på politikernes prioriteringslister blir fortrent.

En av Askeladdens hjelpere holdt seg for truten. Han hadde syv somre og femten vintre i kroppen. Vintrene kom godt med da Askeladden skulle brenne opp 300 favner ved i Kongens badstu. Den gode hjelperen sparte like godt et par vintre til Kongen, som fikk dem midt i fjeset, "så det fløy opp en stor frostblème". I kritiske situasjoner kan det være nødvendig for både lege og journalist å slippe en vinter i hodet på en øvrighetsperson. Og altså ikke bare hver gang dette skjer i egeninteresse. Er det vanskelig for de to å holde sammen, bør det av og til også være vanskelig å holde kjeft.

Men hva med den som blir utsatt for de gode hjelperne? Lever de lykkelig til sine dagers ende? Askeladden ble delvis en gratispassasjer i skipet som gikk like fort til lands som til vanns. Massemediens satsing på kampanjejournalistikk og publikumsservice har nettopp med det såkalte gratispassasjerproblemet å gjøre. Det vil si, når det er tale om å framskaffe goder som kommer alle til gode - også dem som ikke bærer kostnadene ved det - er det fristende å la være å ta et tak med, fordi en da får godet i alle fall. Men tenker alle på denne måten, vil ingen sørge for godet. Forbrukerorganisasjoner er et paradeeksempel på organisasjoner som det er notorisk vanskelig å bygge opp, fordi informasjon om produktkvalitet er vanskelig å forbeholde dem som betaler for den. Dermed blir klare samfunnsmessige interesser underorganisert. Det er i dette perspektivet man kan se på avisenes økende innslag av kampanjejournalistikk og forvaltningens idealer om brukermedvirkning. For dels kan de gode hjelperne skaffe informasjon på våre vegne, og dels kan de tjene som en koordinator mellom interessenter som ellers ikke kunne samordne sine handlinger. Avisene kan både artikulere en felles interesse og krystallisere en slags organisasjon.

Rettighetstanken står sentralt her. Og det er neppe galt å si at det er kommet til en ny komponent i statsborgerrollen: Det man kunne kalle *konsumentborgerskapet*. Det dette regulerer, er konsumenters og klienters rettigheter på markedet i bred forstand. Også i forhold til det offentlige er det å snakke om folk som *kunder* et uttrykk for at man er på parti med framtiden. Eller som en svensk forsker uttrykker det: Medborgeren som kunde er et interessant uttrykk for den offentlige sektorens *forretningsidé*. Konsumentborgerskapet er bygget ut ikke bare gjennom lovverket - ikke bare med klageretter og angrefrister. Men også i produktkontroll og regler eller forbud - enten det gjelder nitrat i matvarer eller forbud mot rullebrett.

Vi er i stand til å bedømme om jordbærene er modne eller om brødet er ferskt. Men skal vi anskaffe nye komposittmaterialer til kjøkkenbenken eller gjøre bruk av rettigheter i Lov om Sosial omsorg, er vi uten den nødvendige kompetanse for fornuftige valg. Det er denne økende kompetansekjøften mellom produsenter og konsumenter som har fått staten til å økende grad å intervenere for å beskytte forbrukernes interesser. Men regler og støtteordninger kan også bli så omfattende at de i seg selv blir et problem for kunder og klienter. Altså: Vi har ofte ikke kunnskapen om rettigheter når vi trenger den, og vi kan være usikre på hvor vi skal gå hvis vi føler at en urett er begått.

Det er her journalisten trer til. Den frie presse har tidligere tjent som den fjerde statsmakt ved å passe på at statsborger-skapets ulike sider - den juridiske, politiske og sosiale - fungerer som forutsatt. Nå når konsumentborgerskapet er kommet til, har den fjerde statsmakt i økende utstrekning tatt på seg oppgaven å vokte om også denne fjerde side ved statsborgerskapet. Medieredaksjoner og informasjonskontorer fungerer som universalkontorer for klager og sorger. Bak skrankene der finner man hjelpere hvis spesialdet er å skaffe seg rede på hvordan saksforholdene egentlig er, som ikke tar noe for gitt eller tar nei for et svar.

Over kløften mellom den lille mann og de store organisasjoner, er det de gode hjelpernes jobb å bygge broer. Av og til er de på samme arbeidslag, ofte jobber



de med vidt forskjellige broprosjekter. I mange tilfeller er det nok riktig at mediebroene blir smale og vankelmødige. De bygges for anledningen for enkeltpersoner som trenger hjelp. Andre vil bygge bredere systembroer for også å fange opp dem som ikke står fram i medieflomlyset med sin sak. Men av og til blir de så brede at du ikke ser broen for bare informasjon. Da kan journalisten slå til med all sin byråkratiform. Da kan ordninger komme i kryssild og deres forvaltere framstå som stivbeinte paragrafryttere. Det må gjerne en mediekampanje til for å framvinge aksjon. I reportasjene blir byråkraten synderen. Han blir gjort til skurk, mens han selv vil mene at det er journalisten som er den egentlige røver. De gode hjelpere kan krangle seg imellom om hva som er den beste hjelp; men hjelpe vil de alle. Noen via oppslag, andre gjennom opplegg.

For Askeladden blir veien fra askehauget til kongsgården lettere. Og han blir kanskje tatt bedre imot når han kommer fram. Men han gjør samtidig uklokt i å sette all sin lit til de gode hjelpere. Kanskje han i lengden står seg like godt på å gå utenom de gode hjelpere. Og selv som gratispassasjer kan han gjøre mytteri. Det er mulig å komme i land på den andre siden uten å gå de gode hjelpernes bro. Han kan svømme eller bygge sin egen båt. Og det er de rettene han selv tar seg som varer lengst.

Gode hjelpere kan gjøre et mareritt til en drøm. Men for gratispassasjeren kan drømmen utvikle seg til et mareritt. Han kan bli et offer i et klientsamfunn der informasjonsformidlerne sammen med velferdsstatens øvrige profesjoner yter

omsorg i form av overgrep. Som Trond Berg Eriksen formulerer det: "Det er ikke alltid lett å vite når man trenger hjelp, men det er farlig å overlate definisjonen av hvem som er trengende til dem som skal yte bistanden". Klienten kan da komme i samme situasjon som mannen som banket i kistelokket under sin egen begravelse. Han var ikke død, men som kona sa da hun fikk ham til å roe seg: "Dette vet doktoren bedre enn du!"

Doktorer som uansett vet best har vi nok av. Og vi har nok av profesjoner som gjør seg parallelle refleksjoner til legen som mener at "Et friskt menneske er et menneske som ikke er tilstrekkelig undersøkt". Det er ikke sikkert vi trenger informasjonshjelpere som mener at et velinformert menneske er et menneske som ikke er tilstrekkelig informert. Derimot er det helt sikkert bruk for formidlere som vet at informasjon bare løser problemer som kan løses med informasjon.

I Norge har vi ellers en særlig solid tradisjon for å gi hjelp og råd. Selv våre diktere gjør det. For 12 år siden ble Einar Økland spurt om hva som hadde skjedd med norsk litteratur siden den gang Vinje og Bjørnson kunne gi leserne gode råd og vink om alt fra livsholdning til fjøsstell og matoppskrifter i bøkene sine? Og Økland svarte: -Med diktarane har det ikkje skjedd stort. Dei er ennå ikkje ferdige med å gi Norge gode råd og opplysningar. Omstendelig og anskueleg forklarar dei publikum at mennesket, ser du, er eit vesen med snodig sjelsliv, og så er det så underleg laga at det er dei merkelegaste konflikter mennesket kan kome

opp i. Og ikkje berre det, sanneleg er det også etikkar og moralar og livs- og lagnadsforhold som det arme, stolte, einsame, sosiale mennesket har å vera slalåmkøyrar, tindebestigar eller møkkakøyrar i, alt etter diktarane sine innfall og utgangspunkt. Om dette og mangt anna informerer diktarane oss i roman på roman med ryggbreidd 2-2 1/2 cm. Så det har ikkje skjedd stort slik.(1)

Som dikteren som gir råd om matoppskrifter blir journalisten formidler av antatt matnyttig kunnskap. I avis på avis med 2-5 mm informerer de oss om dette og hint. Og det fortrinnsvis i rette øyeblikk. For den moderne Klara Klok gjelder at like viktig som å være klok er det å være klar. Alltid beredt!

Askeladden kan trøste seg med at også han har flere talenter. Vel er han av og til litt lat, men han er nysgjerrig og rask i toppen når det gjelder. Han kan bruke informasjon han plukker opp på sin måte. Jeg fant! Jeg fant! Og det var tross alt han som greide å målbinde prinsessa!

**Førsteamanuensis  
Martin Eide  
Institutt for massekommunikasjon  
Fosswinckelsgt.7,  
5007 Bergen.**

### Litteratur:

1. Gyldendals Aktuelle Magasin, nr 2/78.



# Ekteparet Wessel



## - samfunnsmedisinske pionerar under nordlyset

Kristian Hagestad, formannen i OLL, trenger neppe nærmere presentasjon for Utpostens lesere. Vi bringer her i redigert versjon hans innlegg om ekteparet Wessel fra OLL-møtet i Kirkenes.

Av Kristian Hagestad

Under førebuing av Samfunnsmedisinsk veke i Kirkenes 1990 støyte eg på to namn som freista til nærare kjennskap; - Ellisif og Andreas Bredal Wessel. Ved å leite i tilgjengeleg litteratur fekke eg tak i brokkar av to fascinerande livs-soger med klare budskap også til vår generasjon. Deira innsats gjennom meir enn eit halvt hundreår for lokalsamfunnet, kulturlivet, det frie ord, arbeidarrørsla og den politiske venstresida, såvel som for offentlig legevesen og norsk samfunnsmedisin; - den fortener å trekas fram i lyset. Mitt møte med ekteparet Wessel resulterte i tre opningsinnlegg under den samfunnsmedisinske veka, - knytta til hovudtema tre av dagane.

### Regional dødelighet og epidemiologi

Legeforeninga sitt tidsskrift nr 11 1990 hadde på framsida bilde av ei 106 år gammel dame sør i Pasvik-dalen, fotografert i september 1895. Fotografen var ein person som i følge ei samtidig kjelde "hverken skyr ild eller vand når det gjelder at få en god plade". Den ihuga fotografen var Ellisif Wessel, f. 1866. Den samtidige kjelda var hennas ektemann (og fetter), Andreas Bredal Wessel f. 1858, distriktslege i Sør-Varanger frå 1886 til pensjonsalder i 1928. Begge var av embetsmannsslekt sørpå, men blei buande i distriktet livet ut. Han døde to dagar før den tyske invasjonen i 1940, ho levde fram til 1949.



Ellisif sin fotografiske aktivitet utfolda seg mest i tida 1895-1915. Ein kan observere ei klar utvikling i val av motiv: Først var det mye bilde frå selskapslivet i sosialklasse 1. Ho sikra også for historia ei rikhaldig samling folkelivsski-ldringar, f.eks. skoltesamar i Neiden, munkeprosjonar i Petschenga, fiskarliv i Sør-Varanger og nybyggjarar i Pasvikdalen. Etter kvart blei bilda meir sosialt bevisste. Ho fotograferte masse-møte av fiskarar som forlangte fredning av storkvalen mot Svend Foyn og kvalfangstinteressene sørpå. Ein gong i A/S Sydvaranger sine første år, stilte ho opp fotoapparatet sitt for å dokumentere at bustadbrakkene blei bygde så dårlege og svakt fundamenterte at dei var truande til å rase saman. Det blir fortalt at direktøren kom til å jaga bort dokter-frua med truslar og stakk, - men da var dokumentasjonen alt sikra.

Den unge legen overtok i 1886 eit distrikt med knapt 2000 menneske fordelte over eit område på 4000 kvkm. Av innbuarane var vel 200 nordmenn, 700 samar og 8-900 finnar. Trass i lange og strabasiøse reiser fekk han tid til faglege studiar. Han skreiv om utbreiinga av tuberkulose i Finnmark, og var den første som publiserte ein rapport om arvelig hofteladdsdysplasi.

Få år etter hundreårsskiftet kom gruveverksemda og industrialiseringa til Sør-Varanger. I sin rapport til departementet i 1914 skreiv Andreas Bredal Wessel om elendige bustadforhold for arbeidar-klassen: Overfylte og kalde husvære, mangel på ventilasjon, vatn og kloakk.

Man måtte medgi at helsestatistikken for denne delen av befolkninga var mangelfull, men presenterte det han hadde: *"Og barnedødeligheten er stor. -- for hele distriktet utgjør dødeligheten av småbarn mellom 0 og 5 år i gjennomsnitt 38% av samtlige dødsfald, altså adskillig over trediedelen, mens antall barn i nævnte aldersklasse ifølge folketellingen i 1910 utgjorde 14,55% av befolkningen, altså omtrent en syvendedel."*

## Media-makt

I åra 1904-1905 var det uår og naud i Sør-Varanger. Distriktslege Wessel og frue opplevde at styresmaktene både i kommunen og på amtsnivå hadde lita forståing for alvoret i situasjonen. Ekteparet skreiv derfor eit opprop til aviser

sørpå om tilstanden i Sør-Varanger. Oppropet vekte betydelig oppsikt og skapte lokal politisk strid. I eit innlegg i Vardøposten 04.06.04 heitte det bl.a.: *"-det smager lidt af politik når dr. Wessel eller rettere hans frue skriger op ud over det ganske land-. -de gamle der har mod nok til at sige sine vælgere sandheden - at deres fattigdom nærmest er selvforskyldt - skal kastes-"*.

Oppropet medverka til å skape eit politisk press på sentrale styresmakter i retning av å gripe inn. Men det byråkratiske systemet arbeidde seint også den gongen. Da saka omsider kom til Stortingets budsjettkomite, var den verste krisa over. Wessel kunne i 1905 telegrafere til stortingspresidenten: *"Tilstanden bedret såpas at nøden overstået"*.

Ein kan leike med tanken: Kva ville skjedd om fjernsynet hadde eksistert i 1904, om Ellisif Wessel kunne framstått med sine talegåver og si utstråling i "Antenne Ti", om fjernsynet og laussal-savisene kunne følgt opp med nærgåande reportasjar med utpensling av enkelt-lagnader frå barerike nybyggjarfamiliar i Pasvik eller fiskarheimar ved kysten, om formannen i fattigkommisjonen i Sør-Varanger og amtsmannen i Finnmark kunne blitt konfronterte med dei svoltramma på direkten i studio? På lokalplanet gav i alle fall striden konkrete politiske utslag, slik innsendaren i "Vardøposten" hadde spådd: Ved kommunevalet i 1904 sigra "Wessel-lista" stort over Høire og Forenede Venstre, og Wessel blei ny ordførar.

## Helse og ulikskap

Ekteparet Wessel blei bevisste sosialistar kort etter hundreårsskiftet. To forhold var avgjerande for deira val: For det første samfunnsmakta si forneking og fortiing av nauda i distriktet 1904-05, for det andre den internasjonale storkapitalen sine metodar for å sikre seg råderetten over malmfeltet i Sør-Varanger.

Ellisif blei kasserar og sekretær i fagforeininga "Nordens Klippe", da denne blei stifta av arbeidarane ved A/S Syd-Varanger i 1906. I dei første turbulente åra var det ho som sikra reorganisering og kontinuitet, når formann og styremedlemmer blei oppsagde av bedrifta. Dei første fagforeiningsmøta blei haldne på distriktslegen sitt venterom, og arbeidarstemna fann stad på "dokterjorden".

Seinare bygde Wessel hus for foreininga, eit hus som blant anna tok mot russiske revolusjonære på flukt frå tsaren sitt politi.

Fru Wessel lærde seg russisk for betre å kunne ta seg av flyktingane austfrå, og for å kunne omsette revolusjonær russisk litteratur til norsk. Så seint som i 1935 gav ekteparet ut to hefte, "Fra Sovjet-pressen", med artiklar frå sovjetiske aviser. Desse skulle vere "-motvekt mot den overveldende løgnkampanje som har været satt i scene mot arbeiderstaten i øst, og som fremdeles blomstrer."

Det blir fortalt at i november 1944 møtte to russiske offiserar ei eldre dame med spark på vegen utanfor Kirkenes. Da dei fekk vite at dette var Ellisif Wessel, gjorde dei honnør, og ho svara med å omfamne dei.

Ellisif agiterte for republikk i 1905, og heldt fast på si overtyding til det siste. Da kongen besøkte Skogfoss i Pasvikdalen der ho budde i 1947, ville ho ikkje gå ned frå andre etasje for å helse på han. Ho hadde ingen ting mot monarken personleg, men ville markere si prinsipielle haldning.

La oss gå tilbake til helse, ulikskap og samfunnsmedisinske utfordringar noen ti-år tidlegare: Distriktslege Wessel var aktiv i fabrikktilsynet ved A/S Syd-Varanger, - men opplevde gong på gong å stange hovudet mot veggen når han tok opp regelbrott og manglande sikringstiltak. Han sende detaljerte rapportar til departementet om forholda. I 1914 skreiv han:

*"Det har -- ikke været nogen mangel hverken på påbud eller anmeldelser-. Politiet har også strævet i sitt ansigts sved-. Når dette arbeidet ligevel har frugtet så lide, så ligger årsaken dertil i selve loven-."*

Året etter tok han konsekvensen av sine erfaringar og sa opp vervet i fabrikktilsynet. I en artikkel i "Finmarken" forklarte han bakgrunnen; at *"-de mange og store ulykkestilfælde i 1912-15 på enkelte undtak nær ikke kunne ha forekommet under en blot nogenlunde samvittighetsfuld driftsledelse. -av samme grunn var det også at jeg fra 1. januar 1915 frasa mig enhver befattning med fabrikktilsynet. Enhver proforma-virksomhed, som tilmed var såre tids-spillende, kunde jeg ikke være med på-."*



Etter oppnådd pensjonsalder brukte distriktslege Wessel det meste av si tid til lesing, og til naturvitskaplig og lokalhistorisk forskning. Han hadde eit enormt bibliotek og store samlingar av insekt og egg, materiale som dessverre gjekk tapt under krigen. Pensjonisten gav ut ei rekkje småskrift og artiklar. Kvar 1. mai gjekk barnetoget bortom huset deira, der det var raude flagg på verandaen. Han er ein av dei få legar som har dødd i Finnmark. Så har han da også fått sin bautastein i Kirkenes. Ei av hovudgatene i byen er oppkalt etter dr. Wessel, og sjukeheimen ber det imponerande namnet Wesselborg.

Kristian Hagestad  
4532 Øyslebø

□

### Litteratur:

- Skogheim D. Kvinner i nordnorsk arbeiderbevegelse - Ellisif Wessel. Oslo: Tiden, 1977.
- Wessel, A.B. Optegnelser fra Sør-Varanger. 2. opplag. Kirkenes: Dagfinn Hansens trykkeri, 1979.
- Larsen, Ø. 106 år. Tidsskr.Nor Lægeforen 1990. 110:1307-09.

## Betydning

*Gamle folk sitter  
og snakker om tida  
Tida er gått  
med arbeid og brød  
Plikt og straff  
Hjemme best  
Borti øst og vest*

*Fedre snakker om  
Våpenkjerner  
Vinning og tap  
Spilletts regler  
Skriften på veggen*

*Mødrene synger for barna  
Synger en solflekk  
på mørk vegg  
Ordene har betydning  
Mørket sier alt  
og ingenting*

*Barna løp ut i vegen  
Barna forsvant i byen*

Liv Lundberg





# Idé + Plan = Handling

Det mest sikre i virksomheters liv er at omgivelsene stadig endrer seg - og at det går fortere og fortere. Både offentlige og private tjenester er avhengig av et effektivt samspill med omgivelsene for å kunne overleve. Dette betyr at vi må gi mye oppmerksomhet til selve evnen til omstilling og nytenking i organisasjonen, og arbeide bevisst med å øke denne - både gjennom rekruttering, opplæring og gjennom måter å organisere arbeidet på.

Statens Personaldirektorat utga i 1990 en veiledning for ledere, internkonsulenter, prosjektledere og andre som har ansvar for, eller skal medvirke i, endringsarbeid i offentlig sektor. Den kan brukes som oppslagsbok og i opplæring i forbindelse med endringsarbeid, og til selvstudium. Boka har mange spørsmål og sjekklister som kan være et godt utgangspunkt for diskusjon om endringsarbeid, samarbeid og ledelse på arbeidsplassen.

Boka tar for seg hovedfasene i endringsarbeidet, og knytter spørsmål og praktiske råd og hjelpemidler til hver av disse: nåsituasjonen, det mål arbeidet retter seg mot, og organisering og gjennomføring av arbeidet.

Nåsituasjonen - felles problemforståelse er nødvendig grunnlag for felles handling. Vi skiller mellom det å kartlegge et problem og det å treffe beslutninger. Hvem har problemet, hvordan merkes det, hvem har interesser i

problemet, hvem har innflytelse over problemet og over løsningene? Svarene på disse spørsmålene vil langt på vei si noe om hvem som bør være med i endringsarbeidet. Den første delen av boka gir også eksempler på arbeidsmåter som kan bidra til ide-skaping.

Bokens andre del går igjennom viktige forhold som bør avklares i forbindelse med selve organiseringen av et endringsarbeid, og dessuten hjelpemidler i selve planleggingsarbeidet.

Endringsarbeid består imidlertid ikke bare av beslutninger og planleggingsverktøy og organisasjonskart. Det dreier seg om samspill og samarbeid, forventninger og følelser, kommunikasjon og konflikter. Motstand mot forandringer er normalt og menneskelig. Det er en vanlig misforståelse at vi ikke kan gjøre noe før vi har alle med oss. I hovedsak prøver vi å planlegge og organisere arbeidet slik at vi reduserer sannsynligheten for motstand. I tillegg er det nyttig å tenke gjennom hvordan en arbeidsgruppe eller prosjektgruppe også er en sosial enhet, og hvordan dens "indre liv" påvirker resultatene. Dette er også tema i bokas andre del, med spørsmål og sjekklister som skal hjelpe leserne i eget arbeid.

Den tredje delen av boka handler om det å registrere og vurdere resultater. Det skiller mellom det å vurdere effekt eller nytte, det å vurdere

selve produktet eller tjenesten, og det å vurdere prosessen som ledet til resultatet. Et kapittel er en relativt generell drøfting av problemer med resultatvurdering, siden det i offentlig sektor kan være vanskelig knytte bestemte resultater til en bestemt innsats på kort sikt.

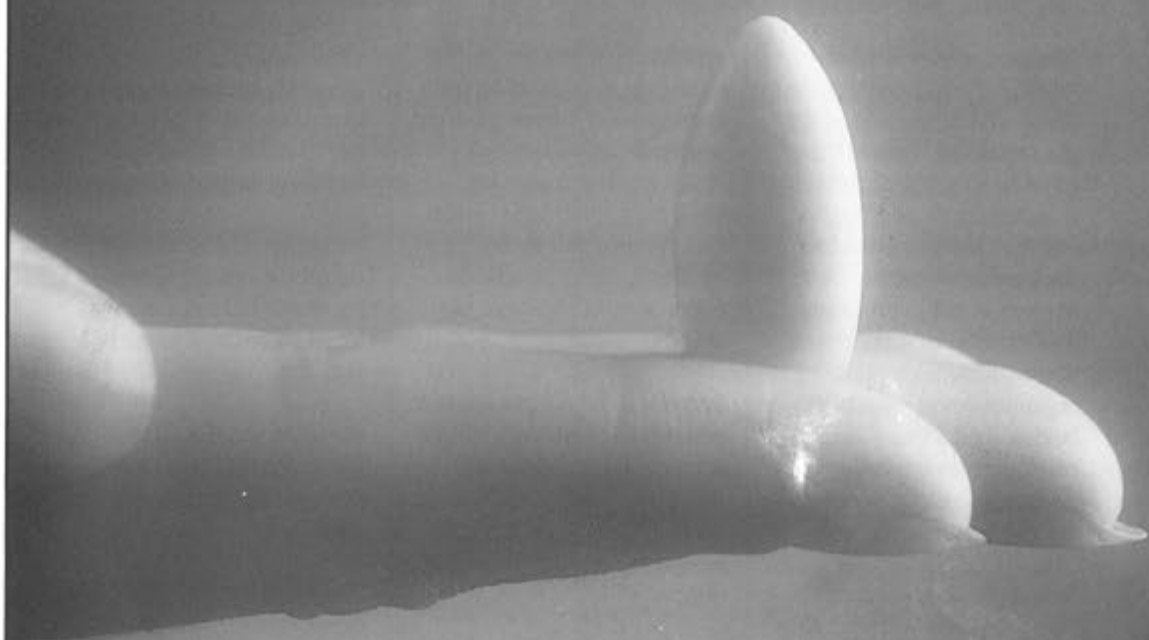
Det siste kapitlet i denne delen tar opp et spesielt område for utvikling og resultatvurdering:

Er vi er opptatt av at kvalitet og service skal prege tjenestene, er dette noe som også må komme til uttrykk i målene. Erfaringsmessig er det lettere å skape oppslutning om mål som uttrykker ønsket nivåkvalitet og service enn på mer aktivitets- eller kostnadsorienterte mål. Det å arbeide f.eks. i kvalitetssirkler er en måte å ta vare på de ansattes engasjement, ideer og kunnskaper på. Kvalitetssirkler er en enkel måte å organisere virksomhetens behov for stadig å utvikle seg selv og de ansattes kompetanse på. Boka gir derfor en konkret beskrivelse av denne måten å arbeide på. Boka selges gjennom Akademika forlag, og koster kr.70,-.

Berit Olsen



# CANDIDA VAGINIT?



(econazolnitrát)

## Pevaryl Depot 150 mg

En gangs behandling for candida vaginit.

Smelter ved kroppstemperatur  
uavhengig av fuktighetsgrad.

- ★ Smelter uten fuktighet
- ★ Et mykt vagitorium
- ★ Behagelig/Smertefri applisering
- ★ Effekt 3-5 dager.

JÅ TAKK, send meg mer informasjon om Pevaryl.

NAVN \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

FOR NÆRMERE OPPLYSNINGER  
SE FELLESKATALOG-TEKST.

**Cilag**

Hamang terrasse 55,  
Boks 248, 1301 Sandvika.





ANMELDELSER

**Eivind Blikstad: Når menn blir fedre - et knallhardt oppgjør med mye verdier.**  
PAX 1990. 111 s.

Eivind Blikstad har bakgrunn både som familierapeut og som hjemmeværende husfar. Hans utgangspunkt er at all tidligere litteratur om svangerskap og spedbarn er skrevet av kvinner til kvinner".

Boken er beregnet på kommende og nybakte fedre, og omtaler perioden fra unnfangelse til barnet er ett år. Den har tre hovedavsnitt: svangerskapet, fødselen og "den nye sjefen".

Boken er dels en håndbok i de mange praktiske ting knyttet til denne perioden. Den inneholder nok endel nyttige tips, men som "verktøybok" for å øke kompetansen er den for tynn. Den er på ingen måte et alternativ til

eksisterende bøker og blader, som etter min mening også er lesverdige for menn. Og denne boken er slett ikke uinteressant for kvinner.

Bokens styrke er heller på holdningssiden. Den har mange viktige poenger, og mange vil kjenne seg igjen. Jeg tror den vil bidra til å styrke fedres selvfølelse, og øke interessen for å engasjere seg i omsorgsarbeidet. Den tar et oppgjør med alle de irrasjonelle unnskyldninger menn har for å overlate ansvaret til partneren. Begrepet "kvalitetstid" får hard medfart.

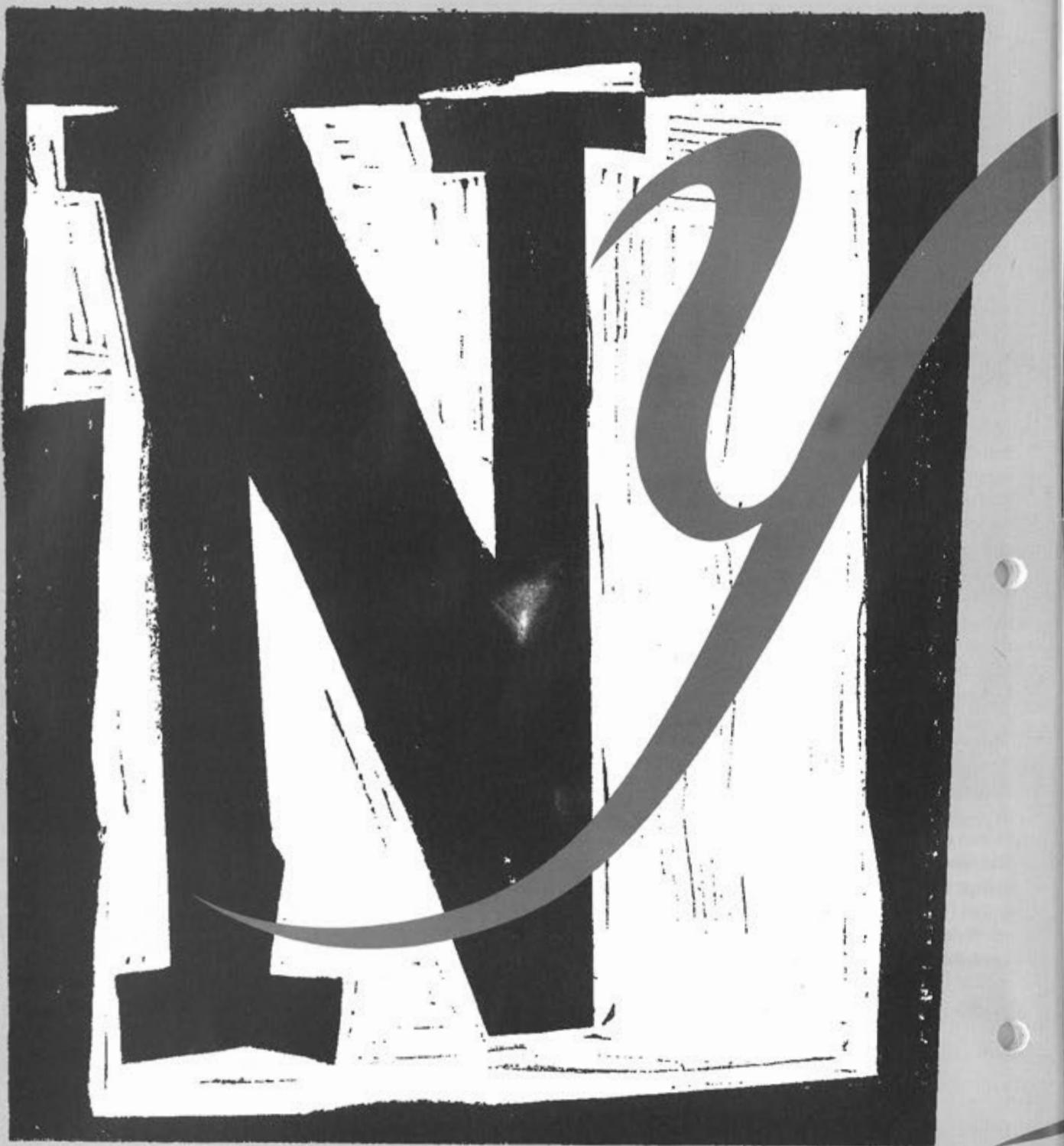
Barneombudet har nylig sagt at pappaer er den viktigste uutnyttede naturressurs i dagens Norge. Forsørgerrollen vil bli stadig viktigere i forhold til de problemene vi vil møte i helse- og sosialtjene-

sten de kommende tiår. I så måte er denne boka et bidrag til forebyggende medisin.

Språket er saftig, fullt av humor, og med artige bilder. Jeg håper den vil finnes under juletreet til mange unge karrieremenn!

Anmeldt av:  
Kommunelege  
Per Støen  
Vinstra.





### Diflucan "Pfizer"

*Antimykotikum til systemisk bruk.*

**Infusjonsvæske 2 mg/ml: 1 ml inneh.:** Fluconazol, 2 mg, natrii chlorid, 9 mg, aqua ad inject. ad 1 ml.

**Kapsler 50 mg, 100 mg, 150 mg og 200 mg: Hver kapsel inneh.:** Fluconazol 50 mg, resp. 100 mg, 150 mg og 200 mg, const. q.s. ad 117 mg, resp. 235 mg, 350 mg og 470 mg.

**Egenskaper:** *Klassifisering:* Triazolderivat, med effekt særlig på *Candida albicans* og *Cryptococcus neoformans*.

*Virkningsmekanisme:* Fører til defekter i soppens cellemembran ved spesifikk hemming av soppens cytochrom P-450 avhengige ergosterolbiosyntese. Farmakokinetiske forhold er tilnærmet like ved intravenøs og peroral administrasjon.

*Absorpsjon:* > 90%. Biotilgjengeligheten påvirkes ikke av samtidig matinntak. Maksimal serumkonsentrasjon etter 0,5 - 1,5 timer på fastende mage. Plasmakonsentrasjonen er proporsjonal med dosen. *Steady state:* 90% nådd etter 4 - 5 dager eller etter 2 dager hvis det gis dobbelt dose første dag. *Proteinbinding:* Lav (ca. 12%).

*Fordeling:* Distribusjonsvolum tilsvarer omtrent total kroppsvæske. Penetrerer godt til vevsvæsker. Konsentrasjon i spytt og bronkialsekret er den samme som i plasma. Ved

soppmeningitt er konsentrasjonen i cerebrospinalvæsken ca. 80% av den tilsvarende plasmakonsentrasjonen.

*Halveringstid:* Ca. 30 timer. *Utskillelse:* Vesentlig via nyrene. Ca. 80% i uforandret form i urinen. Clearance er proporsjonal med kreatininclearance. Ingen tegn til sirkulerende metabolitter.

*Overgang til placenta:* Opplysninger savnes. *Overgang til morsmelk:* Gått over. (Se Kontraindikasjoner og Forsiktighetsregler).

**Indikasjoner:** Candidavaginitis resistent mot annen behandling. Systemiske og invasive candidainfeksjoner inkludert candidaøsofagitt. Oral candidiasis hos immunkompromitterte. Kryptokokkmeningitt.

**Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet overfor flukonazol eller andre triazoler. Graviditet. Ved alvorlige eller livstruende mykoser bør behandling likevel vurderes mot en mulig risiko for fosteret.

**Bivirkninger:** Tolereres vanligvis godt. Vanligste bivirkninger er av gastrointestinal type som kvalme, magesmerter, diaré og flatulens. Hodepine, utslett og pruritus kan også forekomme. Alvorlige hudreaksjoner er sett hos et lite antall AIDS-pasienter ved kombinert terapi med flukonazol og andre preparater som man vet er forbundet med alvorlige hudreaksjoner. Forandringer i renale- og hematologiske funksjonsprøver samt

leverforandringer (se Forsiktighetsregler) er sett hos pasienter under behandling med flukonazol og andre preparater, særlig hos de med alvorlig grunnlidelse som AIDS og cancer, men klinisk betydning og sammenheng med flukonazol er usikker. AIDS-pasienter har økt tendens til å utvikle alvorlige hudreaksjoner ved bruk av forskjellige legemidler.

**Forsiktighetsregler:** Utvikles utslett som man mener er relatert til flukonazol hos pasienter som behandles for candidainfeksjon i munnhule/svelg, må videre behandling unngås. Utvikles utslett hos pasienter med invasive/systemiske soppinfeksjoner, må de følges nøye opp, og behandlingen må avbrytes hvis det utvikles bulløse lesjoner eller erythema multiforme. Meget sjelden er levernekrose påvist ved autopsi hos pasienter med alvorlig grunnlidelse og som har fått multiple doser med flukonazol. Disse pasientene har samtidig fått andre medikamenter, noen potensielt levertoksiske og/eller pasientene har hatt en grunnlidelse som kan ha forårsaket levernekrose.

Da årsakssammenheng med flukonazol ikke kan utelates må en avveining av fordel/risiko av fortsatt behandling foretas ved signifikant økning i leverenzymene. Liten erfaring hos gravide. (Se Kontraindikasjoner.) Det er observert teratogen effekt hos rotte ved doser som var så høye at de også ga maternell



# BEHANDLING



## av Candida-vaginitt

Ved Candida-vaginitt resistent mot annen behandling, lanserer Pfizer nå en helt ny, enkel og bekvem legemiddelform:

Én kapsel som svelges. Én gang. Det er det hele.

Preparatet heter Diflucan (flukonazol), og er et nytt antimykotikum med god effekt på en rekke soppinfeksjoner, bl.a. genitale Candida-infeksjoner. 1.)

Omfattende kliniske undersøkelser ved Candida-vaginitt, har vist minst like god effekt som lokal behandling, og Diflucan tåles godt. 2. 3.)

Enklere og mer bekvem behandling finnes ikke.

- 1.) Liss R. et al: Fungispecificity of fluconazole against *Candida albicans*. *Mycopathologia* 1989; 108: 173-8.  
 2.) Brammer K.W. et al: Treatment of Vaginal Candidiasis with a Single Oral Dose of Fluconazole. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* June 1988; 364-7.  
 3.) Brammer K.W. et al: A comparison of single-dose oral fluconazole with 3-day intravaginal clotrimazole in the treatment of vaginal candidiasis. *Br J Obstet Gyn* Feb 1989; 226-32.

**Diflucan®**  
flukonazol

**Én kapsel som svelges. Én gang.**

toksisitet. Det er også sett forlenget fødselsforløp og økt antall dødfødte hos rotter.

Det er begrensede data om bruk hos barn under 16 år. Bruk av flukonazol anbefales derfor kun hvis soppbehandling er påkrevd og ingen andre egnede preparater finnes. Da det foreløpig ikke foreligger data om bruk hos barn under 1 år, anbefales det ikke brukt hos disse. Det anbefales heller ikke til ammende da det går over i morsmelk.

**Interaksjoner:** Forlenget blødningstid hos friske frivillige ved samtidig inntak av warfarin (ca. 12% endring). Ved samtidig bruk av kumarinpreparater bør dosen av disse titreres forsiktig. Forlenget T 1/2 av klorpropamid, glibenklamid, glipizid og tolbutamid hos friske frivillige. Forsiktighet bør utvises ved samtidig inntak av disse hos diabetikere. Plasmakonsentrasjonen av flukonazol økte (ca. 40%) ved samtidig inntak av multiple doser hydrokortiazid. Det er ikke nødvendig å redusere dosen av flukonazol, men forsiktighet bør utvises. Kan øke konsentrasjonen av fenytoin. Fenytoinkonsentrasjonen bør følges, og dosen av fenytoin bør eventuelt justeres. Reduksjon i AUC (ca. 25%) og T 1/2 (ca. 20%) for flukonazol ved samtidig inntak av rifampicin. Doseekning av flukonazol bør eventuelt vurderes. Plasmakonsentrasjonen av cyclosporin bør følges hos

pasienter som får flukonazol. Interaksjonsstudier har vist at: 50 mg daglig ikke påvirker endogene steroidkonsentrasjoner eller kinetikken til perorale prevensjonsmidler; 200 - 400 mg daglig har ikke klinisk signifikante effekter på endogene steroidkonsentrasjoner eller på ACTH-stimulerende respons hos friske, frivillige menn.

**Dosering: Voksne: Vaginale candidainfeksjoner:** 150 mg som éngangsdose. **Oral candidiasis hos immunkompromitterte og ved candidasofagitt:** 50 - 100 mg daglig i 14 - 30 dager. **Systemiske og invasive candidainfeksjoner:** 400 mg første dag, senere 200 mg daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dosen økes til 400 mg daglig. Behandlingstid er avhengig av klinisk respons. **Kryptokokkmeningitt:** 400 mg initialt, deretter 200 - 400 mg daglig i minst 6 - 8 uker. For å hindre residiv av kryptokokkmeningitt anbefales 200 mg daglig.

**Eldre:** Såfremt ingen tegn på nyresvikt kan normal dosering gis. **Pasienter med nyresvikt:** Vanlig dose ved éngangsdosering. Ved gjentatt dosering gis vanlig dose 1. og 2. dag, deretter:

Kreatininclearance (ml/min.)	Doseintervall/Daglig dose
> 40	24 timer, vanlig dose
21 - 40	48 timer eller 1/2 dose
10 - 20	72 timer eller 1/3 dose

**Pasienter som dialyseres** 1 dose etter hver dialyse  
**Andre opplysninger:** Infusjonsvæsken er blandbar med: Glukose infusjonsvæske 240 mg/ml, Ringer-laktat, glukose + kaliumklorid, Natriumhydrogenkarbonat infusjonsvæske 500 mmol/l, Aminofusin og fysiologisk saltvann. Infusjonshastighet ikke mer enn 10 ml/min. Infusjonsvæsken inneholder natrium. Hos pasienter hvor det er nødvendig med væske- eller natriumrestriksjon, må infusjons-hastigheten vurderes. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomatisk behandling (ventrikkelskylling hvis nødvendig). Siden flukonazol i stor grad skilles ut i urinen, vil forsert diurese normalt øke eliminasjonshastigheten. Hemodialyse av 3 timers varighet senker plasmakonsentrasjonen med ca. 50%.  
**Pakninger og priser:**  
 Kapsler: 50 mg: 7 stk. kr. 357,20. 28 stk. kr. 1.389,70  
 100 mg: 7 stk. kr. 683,10. 28 stk. kr. 2.499,00  
 150 mg: 1 stk. kr. 157,50. 200 mg: 28 stk. kr. 4.956,60  
 Infusjonsvæske 2 mg/ml: 50 ml kr. 280,40  
 100 ml. kr. 493,70

# Telemedisin i Kirkenes



Av lege Grethe Fosse og lege Ola Jøsendal.  
Telemedisingruppen, Kirkenes sykehus.

Med telemedisin forstår vi utnyttelse av telekommunikasjonsteknologi til medisinske formål. En del av den nye kommunikasjonsteknologien er bruk av videokonferanser.

I Sør-Varanger kommune og på Kirkenes sykehus og ganske snart også i Vadsø kan hudpasient og lokal lege sammen i studio få møte hudspesialist i studio i Tromsø. Diagnose og behandling fastlegges ved videokonferanse. Dette har vist seg å være teknisk mulig, diagnostisk pålitelig og nyttig sett fra pasientens og spesialistens synsvinkel. Nyttens for samfunnet generelt må man forsøke å vurdere gjennom vitenskapelig arbeid og forskning.

Bakgrunnen for den store aktiviteten i Kirkenes er: Fylkehelsestjenesten i Finnmark satte i gang prosjektet "Telematikk i Finnmarks helsevesen". Man skulle prøve å finne ut om ny teknologi kunne anvendes for å bedre helsetjenestetilbudet i Finnmark.

Teledirektoratets forskningsavdeling

plasserte utstyr på Kirkenes sykehus og ved Regionsykehuset i Tromsø. Vadsø teleområde har gitt gratis linjer til prosjektet ut 1990. I tillegg har Vadsø Teleområde engasjert undertegnede for å innføre hudspesialisttjenesten som fast tjeneste.

Grunnen til at vi startet med dette var relativt enkel. Man skal i turnustjenesten i distrikt gjøre en oppgave, og vi ville forsøke å se om hudlidelser kunne diagnostiseres ved hjelp av videokonferanser. En av årsakene til at dette var interessant, var spesialistmangelen.

Det er ingen hemmelighet at det er "lurere" å bo i Oslo hvis man vil til spesialist. I Oslo finnes f. eks. en hudspesialist pr. 600 innbyggere, mens det i Finnmark er en hudspesialist pr. 3000 innbyggere, og han holder til i Tromsø. I Finnmark har dette blitt løst ved at hudspesialisten kommer til oss med jevne mellomrom, i Kirkenes seks ganger pr. år.

Dessuten så vi på nasjonal helseplan, og tillater oss å tro at vi arbeider etter intensjonene i den:

- rimelig ressurstilgang
- tilpasning til brukernes behov
- effektiv ressursutnyttelse
- rimelig kvalitet
- rimelig geografisk fordeling

Prosjektleder og studioansvarlig Knut Arild Andersen (prosjektleder for prosjektet "Telematikk i Finnmarks helsevesen") ved Kirkenes sykehus var positiv og hjelpsom.

Vi hadde ingen praktiske problemer utenom noen tekniske detaljer med kameraer som ble ordnet opp i etterhvert. Det ble laget en liten informasjonsbrosjyre til pasientene som de fikk før de møtte i studio på Kirkenes sykehus sammen med primærlegen. Spesialisten befant seg i studio i Tromsø. En enkel skjemajournal fungerte som henvisning av pasienter, og ble fylt videre ut under konsultasjonen. Denne gikk så til pasientens journal.



Pasient og spesialist svarte på et spørreskjema etter hver konsultasjon, og slik fikk vi et inntrykk av om pasientene syntes de hadde fått hjelp med sitt problem, hva de eventuelt var misfornøyd med, hva som burde vært gjort annerledes og om de heller ville vært på hudlegens kontor. Detaljer om dette kommer i artikkelform i "Tidsskriftet" i høst.

### Tanker fra en primærlege.

Den ideelle læresituasjonen, som dette er, bidro til økt kunnskap og inspirasjon i en ellers travel arbeidsdag. Pasientene var fornøyd. Det var jo helt nødvendig for oss at de dukket opp til timen, for hva skulle man ellers prate med spesialisten om? De slapp å vente i månedsvis med sitt problem til spesialisten neste gang kom til Kirkenes.

Det ble en fin dialog mellom pasient, primærlege og spesialist. Det var god anledning til å få svar på spørsmål og få oppklart eventuelle misforståelser angående diagnose, årsak, behandling og videre oppfølging. Diagnose, behandling og videre oppfølging med kontroller ble ordnet opp i med det samme. Pasienten "glapp" ikke ut av systemet. Situasjoner som "det sa ikke spesialisten til meg da jeg var hos ham", ble unngått.

Individuell kompetanse, interesse og kapasitet hos den enkelte kommunelege virker inn på henvisningsfrekvensen til spesialist. Med fjernkonsultasjonene så vi at hudspesialistens kompetanse ble brakt ut lokalt, og slik vil primærlegens kompetanse øke.

Dette vil på sikt gi et bedre helsetjenestetilbud i Sør-Varanger kommune. Det vil kunne bli enda mer attraktivt å arbeide som kommunelege her.

### Innføring av videokonferanser som fast hudspesialist-tjenestetilbud i Sør-Varanger og Vadsø.

På et møte med kommunelegene fra Kirkenes, Bjørnevatn og Vadsø i studio i Kirkenes var det enighet om å starte opp en prøveperiode. Vi hadde med oss professor Stenvold i studio i Tromsø. Henvising og innkalling av pasient skal foregå som tidligere, men det er laget en ny innkallings- og informasjonsbrosjyre. Kommunelegen møter pasienten i studio innenfor fastlagt arbeidstid

to timer annenhver uke. Kommunelegene avtaler innbyrdes hvem som skal møte i studio. De tar egenandel av pasientene.

Hudspesialisten gjør dette i sin avspasering, som tidligere, og lønnes av Finnmark fylkeskommune. Refusjonen fra Rikstrygdeverket tilfaller fylkeskommunen som tidligere.

Det blir laget en ny skjema-journal etter internasjonal standard som fylles ut av kommunelegen, med kopi til hudspesialisten. Senere kan dette foregå på PC med de muligheter dette gir for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Etter prøveperioden blir det gjort opp status for bedre å kunne bedømme hva dette har betydd for de tre hovedaktørene pasient, spesialist og primærlege.

Økonomiske fordelingsvirkninger må også studeres nærmere. De ulike aktørene i helsetjenesten her: Staten og Rikstrygdeverket, Finnmark fylkeskommune, Sør-Varanger kommune og pasienten kan tenkes å komme mer eller mindre gunstig ut av denne nye ordningen. Dette må vurderes nøye.

### Annen aktivitet ved studio på Kirkenes sykehus.

Pleiepersonell, sykepleiehøgskolen, voksenpsykiatrisk poliklinikk, administrasjonen og legene har brukt utstyret til undervisning, faglig veiledning, samarbeid innenfor ulike fagområder og møtevirksomhet.

Oversykepleier Britt Helen Larsen har organisert undervisning for pleiesektoren ved at foreleser har sittet i studio i Tromsø, mens studentene har befunnet seg i studio i henholdsvis Kirkenes og Hammerfest.

Praktisk og pedagogisk fungerte det bra.

Legene ved kirurgisk avdeling ved Kirkenes og Hammerfest sykehus har hatt anledning til å følge undervisning for assistentleger fra studio i Tromsø. Pedagogisk stiller dette store krav til underviserene.

Legene ved medisinsk avdeling har et tilbud som fungerer bra. Temaforelesninger for medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø overføres til Kirkenes hver tirsdag, og dette høyner det faglige nivået for legene i både Kirkenes og Tromsø.

Kommunelege Mona Søndena, formann i Finnmark legeforening, har startet opp et forsøk for møtevirksomheten i styret i Finnmark legeforening. Dette sparer medlemmene i styret for lange og ofte strevsomme reiser. Hittil har det vært positive tilbakemeldinger angående dette.

Telepatologi omfatter overføring av bilder av mikroskopiske prøver via telenettet. Patologisk-anatomisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø og sykehusene i Kirkenes og Hammerfest har etablert klinisk-patologisk konferanser basert på teleoverføringer.

Mellom Kirkenes sykehus og Regionsykehuset har man realisert frysensnittservice. Mens pasienten ennå er i narkose, blir vevsprøver tatt til frysensnitt og vist til patolog i Tromsø over telenettet.

Det hersker ingen tvil om at "vi er med" her i Finnmark. Nyttig erfaring samler seg opp. Vi vil forsøke å være med på fortsettelsen og i diskusjonen om nytten og verdien av denne nye telekommunikasjonen.

I framtiden vil det i Kirkenes kanskje finnes tjenester som før ikke var der. De nye kommunikasjonsmulighetene vil kunne bringe ekspertisen ut til oss, og det kan tenkes at flere av de pasienter og diagnostiske problemer som før måtte sendes ut av fylket kan tas hånd om lokalt.

De som ønsker bakgrunnsmateriale eller andre opplysninger kan ta kontakt med forfatterne.

□

**C****Returadresse:  
UTPOSTEN  
5890 Lærdal**Olav Rutle  
Sjøbergvn. 32

1341

2050 JESSHEIM

**Innhold: UTPOSTEN nr. 3 1991**

<b>Overflødige folk</b> Mette Brekke og Berit Olsen	<b>side 98</b>
<b>Leder</b> Berit Olsen	<b>side 99</b>
<b>Diskurser under skjema</b> Viggo Rossvær	<b>side 101</b>
<b>Vernetjeneste i fiskerinæringa - helsetjeneste eller næringsvirksomhet ?</b> Erik Langfeldt	<b>side 104</b>
<b>Lokalsamfunn i sterk omstilling - kystkrise og kollektiv identitet.</b> Ketil Bjørlo	<b>side 109</b>
<b>Helse- og Ulikhetprogrammet i Finnmark</b> Nils Petter Pedersen	<b>side 114</b>
<b>Vårt Columbi egg</b> Oscar Bang	<b>side 115</b>
<b>ommunen - universitetsklinikk ? supermarked ?</b> Is Petter Pedersen	<b>side 120</b>
<b>ave stråledoser : helseskader hos barn</b> ine Grieg	<b>side 124</b>
<b>Folkets røst - folkets trøst</b> Martin Eide	<b>side 130</b>
<b>Ekteparet Wessel - samfunnsmedisinske pionerar under nordlyset.</b> Kristian Hagestad	<b>side 134</b>
<b>Bokmelding: Idé + Plan = Handling</b> Berit Olsen	<b>side 137</b>
<b>Bokmelding: Når menn blir fedre</b> Per Støen	<b>side 139</b>
<b>Telemedisin i Kirkenes</b> Grete Fosse	<b>side 142</b>