

RAPPORT

FRA EN REISE TIL MURMANSK 28-31. JANUAR 1974

Peter F. Hjort

## 1. Reisens bakgrunn og hensikt

Det har lenge eksistert et faglig samarbeid, spesielt innenfor medisinen, mellom de nordlige delene av Norge, Sverige og Finland. Til tross for at Sovjet hører med til Nordkalotten, har samarbeidet med dette landet hittil vært meget begrenset, vesentlig til havforskning.

Overlege K.H. Torp i Tromsø har i flere år forsøkt å få kontakt med kolleger i Murmansk for å skape grunnlag for langsiktig faglig samarbeid. Disse anstrengelser hadde nå resultert i en invitasjon fra overlege Nina Sviridova i Murmansk. Hun inviterte en liten delegasjon fra Tromsø under ledelse av overlege Torp til et besøk og et faglig m te i Murmansk.

## 2. Deltakere

Leder for Psykologisk-pedagogisk senter i Tromsø,  
Trond Bruun-Hanssen

Professor Peter F. Hjort

Professor Arne Nord y, Medisinsk avdeling, Sentralsykehuset i Tromsø

Overlege Kåre H. Torp, Barneavdelingen, Sentralsykehuset i Tromsø

## 3. Timeplan for reisen

Om ettermiddagen tirsdag 29/1-1974 - i 25 kuldegrader - ble vi overlevert til russerne av den norske grensevaktten i Storskog ved Kirkenes. Vi ble mottatt av en delegasjon bestående av to leger og en tolk. Vi bilte de 3 mil til Nikel, fikk se et profylaktorium og ble deretter bespist og overrakt gaver.

Stadslegen i Nikel, Alexander Tebenkov, fulgte oss trofast på hele turen.

Om natten tok vi toget til Murmansk (ca. 40 mil), ble inkvartert på Hotel Intourist og tilbragte hele dagen på en konferanse med vel 100 deltakere som var arrangert spesielt for oss. Om kvelden var vi på rytmekonsert (Band "Optimisti"). Neste dag fikk vi se en stor daginstitusjon, en poliklinikk for barn og en skole. Dagen sluttet med innkjøp i tollfri butik og en stor middag til  re for oss i et elegant rekreasjonssted utenfor Murmansk.

Fredag den 31/1 hadde vi først en samtale med ordføreren i Murmansk og skulle deretter se museet. Nordøy og jeg ba imidlertid om å få se byens sykehus istedenfor museet, og dette ønsket ble etterkommet. Deretter tok vi dagtoget tilbake til Nikel, hvor bilene sto klare til å kjøre oss til grensen.

Dette var de faktiske begivenheter, men disse dagene var en sammenhengende kjede av intense opplevelser. Det hele gjorde sterkere inntrykk på meg enn noen annen reise jeg har gjort. Dette er grunnen til at jeg har forsøkt å sammenfatte inntrykkene i denne rapporten.

#### 4. Om rapporten

Jeg har valgt å bygge rapporten opp i små kapitler ordnet etter tema. I hvert kapittel forsøker jeg å presentere det jeg har sett og hørt, det jeg har lest, og også mine egne tanker og refleksjoner. Mitt materiale er selvsagt uhyre spinkelt, og konklusjonene må derfor være foreløpige.

#### 5. Kola og Murmansk

Kola-halvøya er stor, ca. 145.000 km<sup>2</sup> eller 45 % av Norges areal. Landet er rikt på mineraler, og havet er rikt på fisk. Det bor omkring 1 million mennesker der, hvorav 350.000 i Murmansk, verdens største by nord for Polarsirkelen.

Russerne ser på Kola som en uuttømmelig råstoffkilde. Politikken går ut på å utnytte disse kildene så effektivt som mulig, og arbeidskraften lokkes dit med håndfaste materielle fristelser:

Lønn: alle arbeidstakere nord for Polarsirkelen får et generelt polartillegg på 40 %. Tillegget stiger med 10 % hvert halvår til et tak på 120 % mer enn tariffen i sør.

Pensjonsalder: 50 år for kvinner og 55 år for menn, det vil si 10 år lavere enn i sør.

Ferie: 42 arbeidsdager pr. år (= 2 måneder). Hvert 3. år gratis reise til Svartehavet.

Bolig: Staten holder bolig med en husleie på ca. 4 % av inntekten.

De fleste mennesker reiser sydover ved oppnådd aldersgrense, og under 1 % av befolkningen i Murmansk er over 55 år.

Vi hadde en times "samtale" med ordføreren i Murmansk, en effektiv, smilende og elegant bygningsingeniør på vel 40 år. Han hadde vært 18 år i Murmansk, hvorav 5 år som politiker på heltid. Seansen var merkelig, for nesten hele tiden gikk med til at han leste opp på russisk en flom av statistiske data om antall busser, bibliotek og fiskebellebokser i Murmansk. Det var en mellomting av forelesning og politisk foredrag, og vi fikk bare kilt inn noen få spørsmål.

Før revolusjonen var Murmansk endestasjon for jernbanen og intet mer. Etter revolusjonen ble den bygget opp som basis for innhøstningen av rikdommene på hav og i land, med isfri havn og jernbane. Under krigen var den avgjørende som forsyningsbase. Tyskerne greide ikke å ta den og bombet den derfor i stykker (6 bomber pr. innbygger). Folk holdt ut i kjellere, og i 1945 kröp 130.000 mennesker frem fra ruinene. I 1952 var produksjonen på førkrignivå og boliger gjenreist som trehus. I dag har byen 350.000 mennesker. De aller fleste bor i murblokker (gjenreisningsområdene er allerede revet), og de bygger nå 7.000 leiligheter pr. år som elementbygg. Hver familie får 12-14 m<sup>2</sup> pr. person (+ kjøkken, gang og bad). Byggeprisen er 2000-2300 kroner pr. m<sup>2</sup>. I tillegg bygger de 1-2 skoler, 5 daginstitusjoner, etc. Byggeprogrammet er på ca. 640 millioner kroner pr. år for menneskene og samme sum for industrien. Veksten i produksjonen er 8-10 % pr. år, planene for 600.000 innbyggere i år 2000 er klare, og deres eneste problem er at de ikke klarer å bygge fort nok. Mens vi har fellesferie om sommeren, bygger de i 3 skift.

Hovednæringen i Murmansk er fisk; hver annen innbygger har direkte tilknytning til havet. Den totale fiskefangst i Sovjet i 1971 var 8 millioner tonn (7), hvorav Murmansk alene tar 1/5 eller 1,6 millioner tonn (8). Den totale norske fangst samme år var 2,8 millioner tonn (3).

Murmansk har ikke universitet, men byen har et fiskeriakademi, sjömannsskole og institutt for havforskning.

Det var en merkelig opplevelse å møte et menneske som med overbevisning og glöd har bragt alle politiske problemer til tegnebrettet. Vekst er både målet og midlet, og ordføreren så bare forbauset på meg da jeg spurte om han så noen grense for denne vekst. Det hadde tydeligvis ikke falt ham inn at havets ressurser er begrenset. For så vidt kunne han gått rett inn i amerikansk næringsliv!

I all denne rasende aktivitet har de sans for mange menneskelige verdier. De bygger skoler (50), barnehager (140), bibliotek (40), kulturklubber, serviceorganer og forretninger i takt med boliger. De har også gjennomført et viktig prinsipp som skal hindre fremmedgjøring av menneskene: byen er delt opp i "mikrodistrikt" med 5-10.000 mennesker, og hvert distrikt skal ha komplette serviceorganer, inklusive skole, barnehage og helsetjeneste. Estetiske verdier synes derimot å stå lavt på listen. Det var ikke meget vakkert å se, og bygningenes kvalitet var dårlig. Selv forholdsvis nye bygninger virket slitt og ramponert.

Menneskene så vi dessverre for lite til. Vi så tykke koner som skuffet sne og hakket is i gatene, inntullet i skjerv i 25 kuldegrader. Vi så forretninger med forholdsvis sparsomt vareutvalg, høye priser og rikelig med betjening. Men vi så også meget velkledde ungdommer på konserten. Vår serveringsdame hadde elegant kjole, smykker, innviklet make-up og en fenomenal askeblond parykk. For oss var det påfallende at menneskene er tykke; gjennomsnittlig minst 10 kilo tyngre enn nordmenn, skulle jeg tro. De spiser med glede og entusiasme, og vår mat var god.

## 6. Hovedtrekk i russisk helsevesen

Helsevesenet i tsarens Russland var i elendig forfatning og ble ytterligere svekket gjennom verdenskrigen. Ett av revolusjonens mål var derfor full sosialisering av helsevesenet, og oppbyggingen av det nye helsevesenet begynte umiddelbart etter revolusjonen. De grunnleggende prinsipper ble utarbeidet i de første årene og har senere vært uforandret. Disse prinsipper ser ut til å være (1):

a) Sentral og enhetlig ledelse. Alle sider av helse-tjenesten - forebyggende arbeid, primær helsetjeneste, sykehus og pleie, undervisning og forskning - er samlet under en felles ledelse i Unionens helsedepartement, som arbeider gjennom de enkelte republikkenes helsedepartement. Dette prinsipp er opprettholdt nedover i systemet, slik at den lokale ledelse også omfatter alle sider av helsevesenet. Forsknings- og undervisningspolitikken ligger under helsedepartementet, for å sikre nært samarbeid mellom teori og praksis.

b) Planlegging spiller en stor rolle i hele det sovjetiske samfunn, og helsevesenet arbeider etter 5-års planer, som er synkronisert med samfunnets øvrige planer. Utgangspunktet er at helsevesenet er én av mange sektorer som konkurrerer om offentlige midler, og det er nødvendig å skape enighet

om de avgjørende prioriteringer (2). Denne enhetlige planlegging tjener som en felles rettesnor for alt arbeid, en rettesnor som er fastlagt av det øverste sovjet og derfor må godtas på alle plan.

c) Forebyggende arbeid i sentrum. Etter at infeksjonssykdommene er drevet tilbake, er Vestens medisin konsentrert om kurativt eller reparativt arbeid, og vi har faktisk vanskelig for å finne fruktbare prosjekter både for praktisk og teoretisk forebyggende medisin. I Sovjet er dette annerledes. Her prioriterer en forebyggende arbeid foran det kurative. En satser på en grundig og løpende kontroll av barn og en rekke andre utvalgte grupper. Bedriftenes helsevesen er sterkt utbygget. Hovedprinsippene i dette arbeid er en fortløpende, aktiv observasjon, og det er målet å få hele befolkningen til regelmessig helsekontroll. Sporadiske masseundersøkelser har liten plass i deres system: Tvert imot er det forebyggende og kurative arbeid slått sammen på alle nivåer. Modellen for dette opplegget er en velprøvet og anerkjent ordning som utviklingen har tvunget oss til å forlate, nemlig løpende kontakt mellom "pasient" og lege.

d) Sérviceorientert. Det er et hovedprinsipp at helse-tjenesten skal nå frem til folk der de bor og arbeider. For å illustrere dette, nevner jeg at fiskerflåten i Murmansk med 50.000 mann har en fast stab på 1000 sykepleiere og leger, hvorav halvparten er stasjonert på fiskefartøylene.

e) Gratis. Alle helsetjeneste er gratis.

f) Organisert i distrikter. Grunnenheten i helsetjenesten er et distrikt med ca. 4000 mennesker, både i byene og på landet. Disse distriktene skal ha minst 6 leger (hvorav 2 indremedisinere og 1 barnelege). I hvert distrikt er kurativt og forebyggende arbeid knyttet sammen, og et antall distrikter har felles lokalt sykehus. Sykehussjefen er også sjef for helsetjenesten i distriktet, og personellet roterer mellom sykehus og distrikt.

g) Styring. Hovedlinjene er trukket opp sentralt, men lokalt styres helsetjenesten av de lokale sovjeteter.

Intet helsevesen er statisk, og en får inntrykk av at det sovjetiske helsevesen er inne i en utvikling som minner om vår. Etter hvert som økonomien tillater det, øker interessen for avansert, kurativ medisin, for spesialisering og for store sykehus: "... preference (is) given to larger (600 and more beds) hospitals ..." (1). Jeg har derfor en mistanke om at de vil ende opp med mange av spesialiseringens velsignelser og bekymringer. På den annen side er befolkningen nå vennet til et høyt forbruk av enkle tjenester (f.eks. gikk

hver russer til lege 10 ganger i 1967 (1), mens det tilsvarende tallet for Norge antakelig ligger i underkant av 2; Bentsen (9) fant 1,8). Det kan tenkes at dette vil bidra til å bevare det forebyggende arbeid.

Det er vanskelig å måle helsevesenets kvalitet og foreta sammenligninger mellom perioder innenfor samme land og mellom land. Russerne selv er meget opptatt av å dokumentere sine gode resultater, spesielt i forhold til Amerika, og jeg har forsøkt å stille opp en del sammenligninger mellom Sovjet og Norge.

Tab. 1 viser fødte og døde i 1913 og i 1970 i de to land. Det fremgår klart at forholdene i tsarens Russland var forferdelige, med en dødelighet på over det dobbelte av vår. I dag har Sovjet faktisk mindre dødelighet enn vi, noe som sikkert henger sammen med at vi har langt flere gamle. De sovjetiske fødselstall er ikke meget høyere enn våre, men på grunn av lavere dødelighet er befolkningsveksten raskere. I hele Sovjet øker befolkningen med godt over 2 millioner om året. Befolkningen nærmer seg nå 250 millioner, men landet er stort, og det er fremdeles tynnere befolket enn vårt (10,9 mot 12.1 pr. km<sup>2</sup>). Vekst i alle former synes å være bokstavelig talt den røde tråd i all sovjetisk filosofi, og den offisielle beskrivelse av Sovjet (7) bemerker: "Selv om fødselsoverskuddet allerede nu er tilfredsstillende, er samfundet og staten interessert i fortsatt stigning".

Tab. 2 viser spebarndødeligheten, som antakelig er det beste enkelt-mål på medisinske og sosiale forhold. Igjen fremgår det hvor ille forholdene var før revolusjonen i Sovjet. Fremgangen har vært betydelig, og det er vanskelig å pine tallene ned det siste stykket. Sovjet er i dag der Norge var i 1950 og der Finnmark var i 1965. Antakelig ligger Sovjet foran U.S.A.

Middellevetiden (Tab. 3) er litt lenger i Norge, men forskjellen er ikke stor. Sovjet og U.S.A. ligger likt.

Til sammen viser disse tall at russerne har gjort en imponerende innsats. Fra et fortvilet og håpløst utgangspunkt for revolusjonen har de bragt helsetilstanden opp på nivå med velferdsstatene.

## 7. Forebyggende arbeid. Poliklinikk for barn i Murmansk og profylaktorium i Nikel

---

Forebyggende medisin i Sovjet bygger ikke på nye oppdagelser eller prinsipper som er ukjente for oss. De viktigste

prinsipper er:

- regelmessig observasjon av utsatte grupper, spesielt barn og arbeidstakere
- forebyggende tiltak på arbeidsplassene, strenge hygieniske krav
- helsepropaganda
- kombinasjon av forebyggende arbeid og primær helse-tjeneste

Alt dette er enkle og sunne prinsipper, som vi kjenner og fremdeles bruker i distriktslegesystemet. Russerne har fortsatt stor tro på dette systemet og satser penger og personell. En stor del av arbeidet drives av folk med midlere medisinsk utdanning, men leger er heller ikke for fine til dette arbeid. Vi så to institusjoner i denne sektor.

a) Poliklinikk for barn i Murmansk. Denne poliklinikken hadde ansvaret for 18.000 barn i alderen 0 - 14 år. Bygningen var 3 år gammel, allerede nokså slitt. Laboratoriet var primitivt, det fantes ikke engangsutstyr, men det var rikelig med personell. Hvert barn hadde en tykk håndskreven journal, med regelmessige kontroll-notater. Poliklinikken foretok også hjemmebesøk, gjennomførte et stort vaksinasjonsprogram (kopper, kikhoste, difteri, meslinger, poliomyelit, tuberkulose), drev tannklinikk og ga fysioterapi til spesielle grupper (brønkkitt, astma, revmatisk sykdom), og ga råd og veiledning til foreldre og skoler.

Brystmelk var gjennomført: 72 % ga bare brystmelk, 22 % måtte gi tillegg, og 6 % måtte gi opp helt.

Det hersket en vennlig atmosfære over alt, og arbeidet virket systematisk og ordnet. Personalet besto - så vidt jeg kunne se - bare av kvinner: tykke, velkledde, snille kvinner. Vårt besøk ble avsluttet med et gigantisk måltid av smørbrød og kaker, konjakk og vodka, og overlegen fortalte at hun selv hadde bakt kakene. Hun utbragte en hilsen til de utenlandske gjester "from all our heart", og det var ingen tvil om at hun hadde plass i sitt hjerte til svært mange. Jeg gikk derfra grublende over spørsmålet: Kunne dette hjertelaget veie opp det primitive laboratoriet?

b) Profylaktoriet i Nikel. Nikel er et grubesamfunn med ca. 30.000 mennesker. Det gjorde inntrykk på meg midt under den engelske grubestreiken å få høre at grubearbeiderne har spesiell status, fordi deres arbeid anses helsefarlig:

- kortere arbeidstid (mindre enn 41 timer pr. uke, som er det vanlige)



- pensjon ved 40 år for kvinner og 45 år for menn (det er ikke kvinnelige grubearbeidere, men hjelpepersonell, f.eks. medisinsk)
- lengere ferier, ca. 60 arbeidsdager pr. år

Gruben er delt inn i seksjoner, hver med sitt helsepersonell. Alle arbeidere går til regelmessig helsekontroll.

Profylaktoret har 100 senger og kan lignedes med et kurbad. Oppholdet er vanligvis 24 dager, og arbeiderne henvises av bedriftslegen når det er spesielle behov for helsekontroll og hvile. Mange av "pasientene" går på arbeid under oppholdet, og noen har koner med seg. Behandlingen består i diet, vitaminer og fysioterapi. En del av fysioterapien var konvensjonell: gymnastikk, massasje, kortbølge, varme pakninger etc. En del virket også som "trolldomsmedisin": statisk dusj, for eksempel.

Hele dette regime må ha en betydelig effekt. Opplegget er satt i system, det virker umiddelbart rasjonelt for pasientene, og frem for alt gir <sup>det</sup> pasientene en klar forestilling om at bedriften interesserer seg for dem og føler ansvar for dem. En hardkokt medisiner vil smile av det hele, og ideen er kanskje helt enkelt den at en ønsket å gi arbeiderklassen det samme tilbud som den kontinentale overklasse hadde på "Kurort" i gamle dager. Institusjonen hadde ikke laboratorium, men jeg undres på om ikke dette enkle forebyggende arbeid gir mer enn våre forskjellige masseundersøkelser.

## 8. Sykehuset i Murmansk

Russerne bruker den samme 3-deling av sykehusvesenet som vi, men enhetene er mindre (1):

a) Lokalsykehuset ("divisional hospital") har vel 35 senger og minst 4-5 leger - indremedisiner, kirurg, kvinnelege, barnelege og tannlege. Personalet deltar også i den primære helsetjeneste og i det forebyggende arbeid.

b) Sentralsykehus ("district hospital") har vel 100 senger. Hospitalet skal ha en del småspesialiteter, f.eks. øre-nese-hals og nevrologi. Det skal drive poliklinikk, og overlegen er sjef for all medisinsk virksomhet i distriktet.

c) Regionsykehuset har 500 senger eller mer.

Tendensen går i retning av større spesialisering og større sykehus. Lokalsykehusene skal økes til ca. 100 senger og sentralsykehusene til 250-400 senger.

På grunnlag av de opplysninger jeg har, er det umulig å sammenligne sengetall i Sovjet og Norge, men det ser ut til at det totale sengetall er av samme størrelsesorden. Russerne ser ut til å ha flere senger for somatiske sykdommer og vi vesentlig flere for psykiatriske sykdommer (Tab. 4). Murmansk har flere sykehus, blant annet et eget sykehus for fiskere med 150 senger, et regionalt sykehus og et såkalt "ambulance hospital" for vanlige, akutte sykdommer i byen. Det var det siste vi så. Det var 10 år gammelt, men virket etter norske forhold primitivt og nedslitt. Det hadde 650 senger inndelt på følgende måte:

65	senger for generell kirurgi	}	350 senger for kirurgi
60	" " traumatologi		
130	" " gynekologi		
65	" " øyesykdommer		
30	" " øre-nese-hals sykdommer	}	300 " " medisin
120	" " "terapi" (= indremedisin)		
60	" " nevrologi		
120	" " barnesykdommer		

Til disse 650 senger hadde de en stab på 970, herav 205 leger og 100 ikke-medisinsk personell (vedlikehold, kjøkken, etc.). De resterende 665 lot til å være 1/3 sykepleiere og 2/3 "sweepers and cleaners". Om lønninger fikk vi vite:

Sweepers and cleaners	ca. 140 rubler pr. måned
Sykepleiere	170-180 " " "
Leger	280-300 " " "

(med alle tillegg kan en overlege komme opp i 700 rubler pr. måned).

Sengepostene virket trange. Laboratoriet var primitivt, men utførte analyserepertoar på 70 metoder og 160.000 analyser pr. år, inklusive bakteriologi. Regner en enkelt, blir det ca. 10 analyser pr. pasient (650 senger, 14 dager gjennomsnittlig liggetid). Operasjonsstuene var enkle med 2 operasjonsteam i sving samtidig på hver stue. Intensivavdelingen ("reanimation") hadde 10 senger og 12 leger; den virket svært enkel.

De hadde 120 infarktspasienter om året (250 i hele Murmansk, jfr. at det er så få eldre mennesker i byen), gjennomsnittlig liggetid 50 dager. De antikoagulerte infarktpasientene med en "koagulasjonsindeks" på 40-50 %.

Totalbudsjettet for sykehuset for 1973 var 2,7 millioner rubler. Det gir vel 11 rubler (= 90 kroner) pr. dag eller kanskje fjerdeparten av hva et tilsvarende norsk sykehus koster. Den offisielle redegjørelse (1) angir at liggeprisen for alle sykehus i Sovjet er gjennomsnittlig bare 5-6 rubler pr. dag.

Det er viktig å understreke at dette sykehuset er et "arbeidssykehus" for alminnelige sykdommer og skader. Regionsykehuset i Murmansk har avdelinger for mer avansert medisin (barnekirurgi, endokrinologi, hjertekirurgi, o.s.v.) Pasienter som har behov for enda mer avansert service sendes til Leningrad, for eksempel for transplantasjon.

Sammenlignet med norsk standard virket dette sykehuset meget primitivt, og dette inntrykket ble nesten brutalt understreket da vi neste dag så de deler av Kirkenes Sykehus som så vidt er ferdige. Kontrasten er overveldende: vi satser på den høyest mulige bygningsmessige og utstyrmessige standard ved sykehusene, russerne satser på rikeligere personell og på forebyggende arbeid.

## 9. Litt om personell i helsevesenet

I tab. 4 har jeg forsøkt å stille sammen en del tall for helsepersonell i Sovjet og Norge.

a) Leger. Det fremgår at Sovjet har omtrent dobbelt så mange leger som vi. De har følgende utdanning (1):

- 8 års grunnskole (skal i 1975 forlenges til 10 års obligatorisk skole - 7)
- 2 års videregående skole
- 7 års medisinsk skole. De første 5 år er en tradisjonell opplæring i prekliniske og kliniske fag, foruten samfunnslære. Det 6. og 7. året er spesialisttrening, for en stor del som turnuskandidat.

Det medisinske studium er samfunnsrettet, "... help(s) to instil in students the materialist world outlook and give them an understanding of the paramount importance of the social environment in health protection" (1).

Studentene har en kortere skoling enn våre (17 år i Sovjet mot 12 års skole + 6 års studium + 1½ års turnustjeneste i Norge), og fremfor alt får en inntrykk av at

spesialistutdannelsen begynner tidligere og er vesentlig kortere enn hos oss. Dette er noe av bakgrunnen for at ca. 12 % av alle leger er pediater (80 pediater i Murmansk) og at selv bitte små sykehus har så mange forskjellige spesialister. På den annen side drives det stadig videre- og etterutdannelse. For eksempel sendte sykehuset i Murmansk i 1973 34 av sine 205 leger på kurs av 2-6 måneders varighet, for det meste i Leningrad.

Legen har en vesentlig lavere økonomisk og sosial status enn i Norge og brukes til mange enkle oppgaver. På sykehuset i Murmansk var det for eksempel 12 leger på intensivavdelingen og 6 på laboratoriet, begge primitivt utstyrt. Legeres inntekt er nevnt ovenfor (NB! med "polartilleggene"). Som kontrast nevnes at en fisker eller bygningsarbeider i Murmansk tjener vesentlig mer, ca. 400 rubler i måneden.

Det bør også nevnes at 85 % av alle leger er kvinner.

Sovjet har 77 medisinske skoler direkte under sosialdepartementet + 11 medisinske fakulteter ved universitetene. Årlig utdannes ca. 27.000 leger (1). Dette ville svare til at Norge skulle utdanne ca. 430 (mot 165 + 120 + 40 = 325). I Leningrad blir ca. 1 av 5 søkere tatt opp, dels på grunnlag av eksamen og dels på grunnlag av tidligere skolerresultater.

b) Mellompersonell. Sovjet har ca. 2 millioner personer i denne gruppen. De har vanligvis 2 års utdannelse etter 8-10 års grunnskole. Gruppen omfatter blant annet sykepleiere (ca. 48 %), "assistenter" (ca. 27 %), jordmødre (ca. 10 %) og laboratorieteknikere (ca. 5 %). Dette personell har altså noe kortere utdannelse enn hos oss. Vi mangler også den store gruppen "assistenter" eller "feltskjær" som driver forholdsvis selvstendig virksomhet i bedriftene, i annet forebyggende arbeid og i enkel primær-helsetjeneste.

## 10. Litt om helseøkonomi

Det har stor interesse å sammenligne helseøkonomien i Sovjet og Norge, men slike sammenligninger er vanskelige og mine data er mangelfulle.

Jeg har forsøkt å få rede på "den totale helsekaken" (Tab. 5), og det ser ut til vi bruker vesentlig flere penger til helsestellet enn russerne gjør. Fylkeslege Nina Sviridova opplyste at hennes budsjett for alt medisinsk arbeid i Murmansk fylke med ca. 900.000 mennesker var på 67 millioner

rubler siste året eller ca. 7<sup>4</sup> millioner rubler (= 600 millioner kroner) for 1 million mennesker. Dette stemmer forbausende godt med Tab. 5.

Godtar en at vår "helsekake" er 2-3 ganger så stor, er neste spørsmål hvorledes vi fordeler den. Her har jeg ingen opplysninger, men jeg antar at våre meget avanserte sykehus og våre høye lønninger er vesentlige faktorer.

### 11. Daginstitution i Murmansk

Overlege Torp hadde bedt om å få se en daginstitution, og vi fikk se en av de beste i Murmansk.

Institusjonen hadde 286 barn i alderen  $\frac{1}{2}$ -7 år. De var der i tidsrommet 7-19 hver dag, men kunne hentes noe tidligere på lørdager. Barna fikk 4 måltider. Personellet var på 7<sup>4</sup> mennesker, inklusive en barnelege på heltid. Vi så bare kvinner, og lederen sa et bestemt Njet til vårt spørsmål om menn i barnehagen. Lederen var pedagog og tjente 300 rubler i måneden.

Barna var delt inn i grupper på 15-20 etter alder. De virket nesten amerikanske i sin velkledthet (silkekjoler og flettebånd). Alle gruppene hadde en sykepleier og en pedagog, og dagen gikk med vitenskapelig riktige leker, uteliv, gymnastikk, musikk, mat, hvile og litt undervisning. Det hele virket totalt uniformert, men allikevel meget vennlig. En gruppe på 10 1-åringer satt stillferdig rundt et bord og ble vist bilder. Ingen hadde bleier, og de ber om potte fra 15 måneder. En gruppe 4-åringer kommarsjerende inn og gjorde gymnastikk. En gruppe 6-åringer lærte seg å telle, sang for de fremmede og ga oss Lenin-merker. Lenin hang i alle rom, og målet var "a spirit of collectivism".

Personalet var tydelig glade i barna, og de straffet dem så lite som mulig. I høyden ble to kranglefanter satt på hver sin stol en liten stund.

Tilbudet om barnehage gis til alle, og 78 % av foreldrene tar imot det. De betaler bare 40 % av barnas mat. Ved institusjonen mente de at barna burde komme så tidlig som mulig. Vi spurte om de hadde sammenlignet institusjonsbarn og hjemmebarn, og de sa at psykologisk og helsemessig var det ingen forskjell, men institusjonsbarna hadde vesentlig bedre oppdragelse og var flinkere på skolen.

Institusjonen var meget enkel i bygning og utstyr,

til tross for at den bare var 6 år gammel og tydeligvis et mønsterbruk. Til gjengjeld var det rikelig med personell, og hele institusjonen var preget av trygg og glad forvissning om at dette er den ideelle måte å oppdra barn på. (Kanskje har de også rett, for hvor gode er egentlig gjennomsnitts-hjemmene for barna?)

Et slikt besök reiser utallige spørsmål, først og fremst spørsmålet om plassering på "frihetsskalaen":



I denne institusjonen er hånden meget fast, men også meget vennlig, faktisk kjærlig, og barna så ut til å ha det godt. "A well organized system of bringing up the kids will organize the kids themselves", sa lederen. Dette er sikkert riktig, men mennesket bör jo også være noe mer enn kollektivist.

Andre problemer er at faren og andre menn er eliminert fra barnas verden. Hvilken virkning har systemet på familien; har det noe av skylden for den høye skillsmisshfrekvensen - 28 % i Sovjet (7) mot 12 % i Norge?

## 12. Skole i Murmansk

Overlege Torp hadde også bedt om å få se en skole, og vi fikk se en 3 år gammel skole for 1200 barn fra 1. til 10. klasse.

Skolen var enkel, men meget pen. Klassene var overfylte, ca. 45 i hver (10 mer enn det skulle være). De hadde velutstyrte spesialrom, søm til piker og sløyd til gutter (det var underlig å se hvor godt kjønnsrollene er bevart - tross alt!). Barna fikk varm mat i kantinen, spiste uten en lyd, gikk stille bort og skyllet serviset, stilte opp i sine uniformer og marsjerte tilbake til klassene.

Det hersket orden<sup>og</sup> disiplin over alt. Kjevhendthet forekom ikke, for det ble tatt bort i daginstitusjonene.

Det var 57 lærere, de fleste kvinner (85 % av lærerne i Sovjet er kvinner - 7).

Helsekontrollen ble fortsatt fra daginstitusjonen, med undersøkelser hvert år. Problembarn ble vurdert av en "medisinsk-pedagogisk kommisjon", og foreldrene godtok regelmessig kommisjonens avgjørelser.

Fra 3. klasse deltar barna 100 % i den politiske barneorganisasjonen "Pionerene" og fra 7. klasse i ungdomsorganisasjonen "Komsomol". En blir tatt opp som medlem i den siste på grunnlag av skoleprestasjoner og "sosialt arbeid". Dette er derfor "an organization for the best, not for the chosen". Skolesystemet er i høy grad konkurransepreget, og den som vil frem, må begynne tidlig (jfr. at også gamle skole-resultater teller ved opptaket til medisinen).

Ca. 40 % av elevene går videre til midlere og høyere utdanning. 60 % går til yrkesutdanning etter 8 eller 10 års almen skole. Vanskelige elever slutter etter 8 år, men har fortsatt almenutdanning ved yrkesskolene.

Skolen ga samme inntrykk som barnehagen: en fast, men vennlig hånd som leder ungdommen frem mot kollektivism, og ungdommen synes ikke å ha noe imot dette. Ungdomsproblemer, protest og narkotica var angivelig helt ukjente problemer som bare fantes i det dekadente Vesten.

### 13. Referat fra det medisinske møtet

Det medisinske møtet varte en dag og hadde samlet vel 100 leger fra Murmansk og Arkangelsk (som har en medisinsk skole). De aller fleste deltakere var kvinner. Det hele var en høytidelig sak, med trykt program. Vi holdt våre foredrag på norsk, og de ble oversatt setning for setning til russisk. Russerne holdt sine foredrag på russisk, og de ble løpende oversatt til oss gjennom höretelefoner.

Kommunikasjon var praktisk talt umulig, dels fordi vi snakket forskjellig, men særlig fordi vi tenkte forskjellig. Vi la frem problemer - ofte troskyldig og naivt. Russerne la frem løsninger - med overbevisning og styrke. I det følgende gir jeg et kort referat i kronologisk rekkefølge:

a) En lege fra Arkangelsk (kvinne): Helsetjenesten nord for Polarsirkelen. Inntil revolusjonen ble minoritetene i nord misbrukt og utnyttet, men nå er alt dette endret. Befolkningen har 19,6 leger og 125 sykehussenger pr. 10.000. Det forebyggende arbeid er omfattende, og spesielt har minoritetene fått det bedre.

- b) K.H. Torp: Sosialpediatri i Nord-Norge.
- c) Assisterende fylkeslege i Murmansk (mann): Miljøvern på Kola. Refererte tiltak mot forurensninger av  $H_2S$ , svovelsyre, partikler (i gruvene), olje, søppel og radioaktivitet (kjernekraftverk). Hele denne kontrollen er tydeligvis streng og effektiv.
- d) Fiskerioverlegen i Murmansk (kvinne): Helsetjenesten for fiskeindustrien. Det er felles helsetjeneste for hele den mangfoldige virksomhet som knytter seg til fiskeriene. Det er 1000 leger og sykepleiere, hvorav halvparten ombord. Det forebyggende arbeid står sentralt. Alle undersøkes hvert halvår, og det forebyggende arbeid bygger på resultatene av disse undersøkelser, på sykelighet og på analyse av arbeidsplassene. Praktiske tiltak omfatter sanering av arbeidsplassene, opphold på profylaktorium etc. Utsatte grupper (svangre, tenåringer) får spesiell kontroll. Hele arbeidet synes å være meget godt.
- e) P.F. Hjort: Medisinsk service, undervisning og forskning i Norge.
- f) Pediatr fra det medisinske fakultet i Arkangelsk (kvinne): Helsetjeneste for barn i Arkangelsk. Det drives systematisk helsekontroll og service gjennom poliklinikker, sykehus, internater og sommerleire. Foredragsholderen arbeider med ortopedi og plastisk kirurgi og har organisert denne service med sikte på tidlig diagnose (ambulerende spesialister) og behandling. De oppnår 95 % gode resultater. Skoliose behandles i spesielle internatskoler. Foredraget var godt, opplegget virket gjennomtenkt og effektivt.
- g) T. Bruun-Hanssen: Pedagogisk-psykologisk rådgivning i Tromsø.
- h) Pediatr fra Murmansk (kvinne): Vekst og utvikling i nord. Hun har undersøkt barns vekst, utvikling og modning i Murmansk sammenlignet med Sovjet forøvrig. Det er ingen forskjell nå lenger, og hun konkluderer at gode leveforhold eliminerer klimatiske skadevirkninger.
- i) A. Nordöy: Hjerteinfarkt i Troms.
- j) Stomatolog fra Murmansk (kvinne): Fluorisering av drikkevann. Drikkevannet i Murmansk inneholder lite fluor. De har tilsatt fluor til halvdelen av byens drikkevann og



bruker den andre halvdel av befolkningen som kontroll. Karies er gått kraftig tilbake i den fluoriserte halvdel av byen. (De stilte seg komplett uforstående, da vi måtte fortelle at Stortinget ikke gikk med på fluorisering).

k) Professor i indremedisin fra Arkangelsk (kvinne): Medisinsk service, undervisning og forskning i Sovjet. Hun talte om sykdomspanoramaet, om helsetjenesten som må tilpasses til dette panoramaet, og om utdannelsen som må tilpasses til helsetjenesten. For mange sykdommer har vi heller ikke i Sovjet noen behandling, og vi må derfor satse på tidlig forebyggende arbeid. Hun understreket at forskningen i Sovjet er knyttet til praktiske problemer.

#### 14. Refleksjoner

Vi reiste fra Sovjet overveldet av gjestfrihet, mat, drikke, Lenin-merker, inntrykk og problemer. Det er fristende å verge seg mot forstyrrende inntrykk ved et aggressivt selvforsvar som forkaster alt fremmed og forsvarer alt eget. Det er mer fruktbart å gi seg inn på farlige overveielser om noe av det en har sett er brukbart hjemme. Mine refleksjoner er preget av begge disse følelser.

a) Systemet har uten tvil skapt langt bedre kår for befolkningen, og de vi kom i kontakt med var overbeviste tilhengere. Det forbauset meg at det var så store lønnsforskjeller og at det var flere klasser på toget. Det er tydeligvis ikke lett å unngå at noen blir mer like enn andre i et sosialistisk samfunn. Sovjet har åpenbart meget å være stolt av, men jeg synes det var skremmende å møte "produksjons-psykosen", det vil si en naiv tro på at en kan produsere seg ut av alle problemer. Russerne ønsker fortsatt akselererende vekst av befolkningen, og fremdeles får en kvinne tittelen "Heltemor" og "Maternal Glory Order" når hun har fått 10 barn (1).

b) Menneskene synes å ha det godt, virket meget snille og var rørende i sin gjestfrihet. Men de virket også skremmende i sin brennende tro på systemet, på at deres tanker var de rette, og på at fremtiden tilhørte dem. Jeg kunne ikke unngå å trekke sammenligninger med tyskerne i slutten av 30-årene.

c) Barn blir tatt hånd om på en måte som imponerer ved sin grundighet og omtanke, men skremmer ved sin ensretting. Kanskje er vi like langt fra målet begge to: satt på spissen, kan det tenkes at vi oppdrar egoistiske individualister og de

kollektivistiske roboter. Jeg fikk et klart inntrykk av at en kollektivist er et lykkeligere menneske enn en individualist, men jeg spurte meg også om dette samfunnet kan produsere en ny Lenin, og det er skremmende at det må forkaste Solsjenitsyn.

d) Nordkalotten utnyttet uendelig meget mer effektivt av russerne enn av oss, men på en måte er det ikke riktig at de sender alle pensjonistene sørover. Kanskje er det ikke riktig at en bare tar fra landet uten å gi noe igjen.

e) Helsetjenesten. Jeg har en sterk følelse av at deres helsefilosofi er riktigere enn vår. Deres vekt på forebyggende medisin og på å hjelpe menneskene til å leve livet synes riktigere enn vår innsats i aller siste fase av livet. Jeg tror også det er riktig å bruke mer personell enn vi gjør og betale mange grupper mindre enn vi gjør. Overført til vårt land, skulle dette bety at hele landet får distriktslege-tjeneste (for eksempel 1000 distrikter a 4000 mennesker), at bedriftshelsetjenesten bygges radikalt ut, at det forebyggende arbeid med barn og gamle styrkes, og at sykehusene bygges ut i langsommere tempo.

f) Medisinsk undervisning vet jeg for lite om. Det virket på meg som om den samfunnsmessige orientering er riktig. Spesialistutdannelsen synes for svak (mens vår er for lang).

g) Medisinsk forskning vet jeg også lite om, men den synes vesentlig svakere enn vår.

## REFERANSER

1. Lisitsin, Y.: Health protection in the USSR. Progress Publ., Moskva 1972, 126 sider.
2. Popov, G.A.: Principles of health planning in the USSR. World Health Organization, Publ. Health Papers No. 43, Geneva 1971, 172 sider.
3. N.O.S.: Statistisk Årbok 1973
4. N.O.S.: Historisk Statistikk 1968
5. N.O.S.: Statistisk Årbok 1972
6. St.meld.nr. 71, (1972-1973). Langtidsprogram 1974-1977.
7. Dunajev, V., Perbakov, I. & Sutjkov, J.: Unionen af socialistiske sovjet republikker. APN (Novosti), København 1973, 192 sider.
8. The Sovjet Murman. Murmansk Book Publ. 1970.
9. Berntzen, B.G.: Illness and general practice. Universitetsforlaget, Oslo 1970, 192 sider.

	Födte	Döde	Tilvekst
	pr. 1000 innbyggere		
<u>Sovjet (1)</u>			
1913	45.5	29.1	16.4
1970	17.4	8.2	9.2
<u>Norge (3,4)</u>			
1913	25.1	13.3	11.8
1970	16.6	10.0	6.6

Tab. 1. Födte og döde pr. 1000 innbyggere i Sovjet og Norge. (Antall döde påvirkes av befolkningens alderssammensetning, og Norge har flere gamle, relativt sett, enn Sovjet. De sovjetiske tallene for gamle har jeg ikke og kan derfor ikke dokumentere forskjellen).

	Spebarndödelighet	
	Sovjet (1)	Norge (3,4)
1913	269	65
1970	25	12.7

Tab. 2. Spebarndödelighet (antall döde innenfor første leveår blant 1000 levende fødte) i Sovjet og Norge.

	Middellevetid i år	
	Kvinner	Menn
<u>Sovjet</u> (1)		
1896-97		32
1970	74	66
<u>Norge</u> (3,4)		
1913-20	58.7	55.6
1966-70	76.8	71.1
<u>U.S.A.</u> (3)		
1968	74.0	66.6

Tab. 3. Middellevetid i år i Sovjet, Norge og U.S.A.

	Sovjet (1)	Norge
Leger pr. 10.000	27.4	14.5
"Junior" helsepersonell <sup>4)</sup>	78.6	ca. 37 <sup>1)</sup>
Totalt personell i helsevesenet	187	156 <sup>2)</sup>
Sykehussenger pr. 1000 innbyggere	10.92	12.5 <sup>3)</sup>
Herav "mental"	1.10	4.6 <sup>3)</sup>

- 1) Omfatter sykepleiere og jordmødre (3)
- 2) Langtidsprogrammet 1974-77
- 3) Statistisk Årbok 1972
- 4) Definisjonene er uklare, og sammenligningene er derfor usikre

Tab. 4. Helsepersonell og sykehussenger i Sovjet og Norge i 1970.

	Helseutgifter 1972	
	Sovjet	Norge
Totale helseutgifter pr. million mennesker (i million kroner)	520	1500

Tab. 5. Totale helseutgifter i Sovjet og Norge.  
Tallet for Norge bygger på en personlig meddelelse fra Helse-  
direktøren av 11/1-1973. Tallet for Sovjet er usikkert. Det  
baserer seg på opplysninger som ikke nødvendigvis er komplette  
(1), og anslaget kan derfor være for lavt. 1 rubel = 8 kroner.