

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR PRIMÆRHELSETJENESTEN

NUMMER 5

SEPT./OKT. 1981

ÅRGANG 10



AV INNHOLDET:

- MARTIN HOLTE:**
Skolehelsetjenesten 2
- PÅL A. SKAGSETH:**
Skolehelsetjenesten
i Norge 3
- ATLE WORM:**
Skolhølsotjånsten
i Sverige 6
- ERIK MAY:**
Skolelægeordningen i
i Danmark 8
- ALV KVEBERG:**
Helsefostring i skolen 11
- KARI BRØTMET,
TOVE BJØRNSON LAMPE
ANNE MARI MOHN:**
Holdningsproblemer hos
barn 13
- Utpostens almenmedisinske
problemserie
Kasus nr. 4 15



SKOLEHELSETJENESTEN

Redaktører:
Aage Bjertnæs
Martin Holte
Redaksjonssekretær:
Toril Jacobsen

Adresse:
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim
Tlf. (075) 66 861
Postgiro 3478237

Utkommer med 8 nr. pr. år

UTPOSTEN

STARTET 1972

Tegninger:
Knut Sveen
Abonnement:
Kr. 90,- pr. år
Studenter og pensjonister
kr. 25,- pr. år

Trykk:
ST-TRYKK A/S
7300 Orkanger

Skolehelsetjenesten — viktigere enn vi tror?

La oss se på det sykdomspanorama som dominerer helsetjenesten i dag - hjerte/karsykdommer, hypertensjon, belastningslidelser i muskel-skjelettapparatet og alkohol og stoffmisbruk og nervøse lidelser. Alle har de en fellesnevner - livsstilssykdommer.

Vår livsstil er preget av tidens kulturstrømninger - altså er kultur og sykdom nært beslektete begreper. Dette burde vi kanskje ta hensyn til når vi skal forsøke å definere innholdet i helsetjenesten?

Hittil har vi vært mest opp-tatt av den "reparative" (kurative) side av helsetjenesten. Nesten alle våre helseressurser har gått med til å reparere på en allerede beskadiget helse. Hvorfor?

Vi har da skolehelseloven av 1958 men allikevel så ser vi så lite eller kanskje manglende resultater - befolkningen blir jo ikke friskere!!

Ken det ha noe med "Statusmedisin" å gjøre? Hvor er våre professorer i forebyggende medisin?

Ken det ha noe med helsepolitikk og økonomi å gjøre?

Doktor betyr lærer. Er det ikke en tanke å legge forholdene til rette så vi kan lære befolkningen hvorledes man bør leve for å unngå helseskade i størst mulig utstrekning - istedet for å forsøke å gjøre befolkningen frisk etter at sykdom har inntrått?

I såfall så må skolehelsetjenesten få sterkere impulser - kulturelt, ressursmessig og statusmessig.

Martin Holte.



SKOLEHELSETJENESTEN I NORGE

Av skoleoverlege Pål A. Skagseth, Bergen

Kort historikk:

Arbeide for bedring av skolebarns helse startet her i landet i det små i midten av forrige århundre. Omkring 1880 fant de første systematiske legeundersøkelser av skolebarn sted i enkelte skoler i Oslo. De første faste skoleleger ble tilsatt omkring år 1900 både i Oslo og Bergen. Fra 1917 ble det innført systematiske legeundersøkelser av alle skolebarn hvert år i Oslo. Initiativet til dette ble tatt av Nationalforeningen mot tuberkulose, og arbeidet ble satt i system av prof. Schiøtz. Fra 1921 ble alle nybegynnere i skolene i Bergen undersøkt av skolelegen.

Litt etter litt ble det innført noe skolehelsetjeneste i endel kommuner, hovedsakelig i de større byer. Skolelovene av 1936 og 1939 ga forskrifter om en viss form for skolehelsetjeneste i folkeskolene i byene og i de videregående skoler, men ingen forskrifter for skolehelsetjeneste i skolene på landsbygda. Ved lov om tuberkulinprøving og BCG vaksinasjon av 1947 fikk helsesøstrene innpass i alle landets skoler, og dette ga begynnelsen til skolehelsetjenesten i de fleste landkommuner. Utviklingen gikk imidlertid fortsatt svært ujevnt og lite samordnet idet det ikke fantes noen felles lov eller forskrifter for helsetjenester i skoler.

Først ved "Lov om helsearbeidet i skoler og andre undervisningsinstitusjoner" av 28. juni 1957 og "Midlertidig instruks for skoleleger" av 21. mars 1958 fikk vi et felles lov- og regelverk for skolehelsetjenesten med angivelse av ansvarsforhold, organisering og finansiering av arbeidet samt angivelse av arbeidsoppgaver.

Det lå et meget grundig og omfattende arbeide bak utredningen og innstillingen til denne skolehelsetjenesten. Intensjonene og konklusjonene i innstillingen fra

1956 er fullt brukbare den dag idag. Dette arbeidet burde ha fortjent en bedre skjebne og det burde kunne ha gitt et bedre praktisk resultat enn hva vi har sett hittil. Det var en forutsetning at de sentrale helsemyndigheter skulle ha ansvar for et utstrakt faglig utviklingsarbeide, at de samme myndigheter skulle legge forholdene til rette for nødvendig videre- og etterutdannelse av skolehelsetjenesten og at loven skulle utfylles med forskrifter og faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten. Forutsetningen var at de sentrale helsemyndigheter skulle satse på denne sektoren som ble oppfattet som en meget viktig innfallspunkt til å bedre "den norske folkehelsen".

Det er fra mange hold, både i og utenfor skolen, kommet sterk kritikk, og sikkert ofte med rette, mot den eksisterende skolehelsetjeneste. Det kan være nok å nevne det odieuse uttrykket "kjøttkontroll", som har vært hyppig brukt som karakteristikum på vårt helsearbeide i skolene.

Høsten 1975 nedsatte Sosialdepartementet en arbeidsgruppe til å revurdere skolehelsetjenesten med henblikk på å gjøre den mere "tidsmessig" og å komme med forslag "om på hvilke måter skolehelsetjenesten bør legges om for at man med best mulig utnyttelse av de påregnelige ressurser skal kunne oppnå en bedring av helseforholdene for de årsklasser det gjelder".

Etter 4 års arbeide la arbeidsgruppen frem sin utredning høsten 1979 i NOU 1979: 53 "SKOLEHELSETJENESTEN". Utredningen har vært ute til høring med høringsfrist 1. juli 1980. Senere har ingen hørt noe til den, og jeg regner med at den ligger vel bevart i Helsedirektoratet.

Er det noe vesentlig nytt i denne utredningen, som

ikke var sagt i utredningen til Loven av 1957? For å si det ganske kort. Så og si intet nytt er kommet frem. Det eneste som vel ikke var nevnt i den forrige utredningen er tankene om fysioterapeuten som endel av skolehelseteamet.

De momenter som fremheves som vesentlige og viktige for en god skolehelsetjeneste i den foreliggende utredning, var like sterkt fremhevet i utredningen av 1956. Det gjelder helsesøsters viktige plass i skolehelsetjeneste, nødvendigheten av regelmessige, helst ukentlige, fremmøter av skolelege og helsesøster i skolen, nødvendigheten av utstrakt samarbeide med skole og hjem, nødvendigheten av faglig utviklingsarbeide, nødvendigheten av videre og etterutdannelse, ønsket om å delta i helseopplysning og helseundervisning, nødvendigheten av tilfredsstillende kontorlokaler og tilstrekkelig arbeidstid for skolehelsetjenesten etc..

Når arbeidsgruppen av 1975 lander omtrent på det samme som arbeidsgruppen av 1956, må en stille seg spørsmålet om hvorfor skolehelsetjenesten ikke er blitt det den var tenkt å skulle være. Hva er det som har sviktet? Uten at en har dette klart for seg, er det vanskelig å tro at den nye utredningen skal kunne gjøre noe fra eller til med skolehelsetjenesten.

En vesentlig faktor til den mangelfulle tjenesten har vært mannskapsmangel, d.v.s. mangel på leger som har hatt tid, anledning og råd til å gå inn i skolehelsetjenesten og en katastrofal mangel på helsesøstre. En vel så vesentlig årsak er imidlertid de sentrale helsemyndigheters nærmest totale neglisjering av denne del av helsetjenesten.

Det kan være nok å nevne at instruksene for skoleleger av 1959 har vært "midlertidig" i 22 år, og den er fortsatt like midlerti-

dig. Likeledes Helsedirektoratets skriv fra samme periode med overskrift "Kjære foreldre", til bruk ved skolestart, undertegnet av daværende helsedirektør. Skrivet er så fullstendig avleggs og foreldet at det nærmest er tragikomisk, men noen erstatning til skrivet synes enda ikke å være på trappene.

Helsedirektoratets rundskriv vedrørende "Normer for skolelegens årlige antall arbeidstimer" fra 1964 er også en vesentlig årsak til vår utilfredsstillende skolehelsetjeneste-. Med de tidsnormer som er nevnt i rundskrivet finnes det ikke mulighet til å oppfylle de minstekrav til skolehelsetjeneste som Lov og forskrifter av 1958/59 forutsetter-.

Dette rundskrivet, som bebuder nye og fyldige rundskriv vedr. skolehelsetjenesten, er så vidt meg bekjent et av de siste rundskriv fra Helsedirektoratet vedrørende skolehelsetjenesten.

De sentrale helsemyndigheter har gjort lite og ingenting for faglig utviklingsarbeide, og for oppbygging av skoleleger til tjenesten. Det settes ingen spesielle faglige krav til skolelegen og det er ingen etterutdannelsestilbud etc..

Uten at årsaksforholdene

til dagens nokså ujevne og utilfredsstillende skolehelsetjeneste erkjennes, vil heller ikke den nye utredningen, NOU 1979:53 bringe oss særlig videre fremover.

Siden skolehelsetjenesten har vært så lavt prioritert og lite estimert av de sentrale (og kanskje også av de mere perifere) helsemyndigheter, kan det være fristende å stille spørsmålet om vi egentlig har bruk for denne helsetjenesten. Kunne vi bruke ressurser og midler på en nyttigere måte?

Min mening er at ved et ordentlig engasjement i denne form for helsetjeneste, så kan det være mye å hente, som er vel verdtt ressurser og midler. Skolen er en unik innfallsport til så og si alle individer i landet mellom 7 og 16 år og til storparten av alle individer mellom 17 og 19 år, d.v.s. 12 årganger eller ca. 1/6 av landets befolkning. Hele gruppen kan observeres og overvåkes med henblikk på risikofaktorer og sykdom, og gruppen er i en pedagogisk situasjon slik at man med de rette midler og metoder burde kunne gi fruktbar opplæring og undervisning i emner som generelt vil kunne fremme folkehelsen.

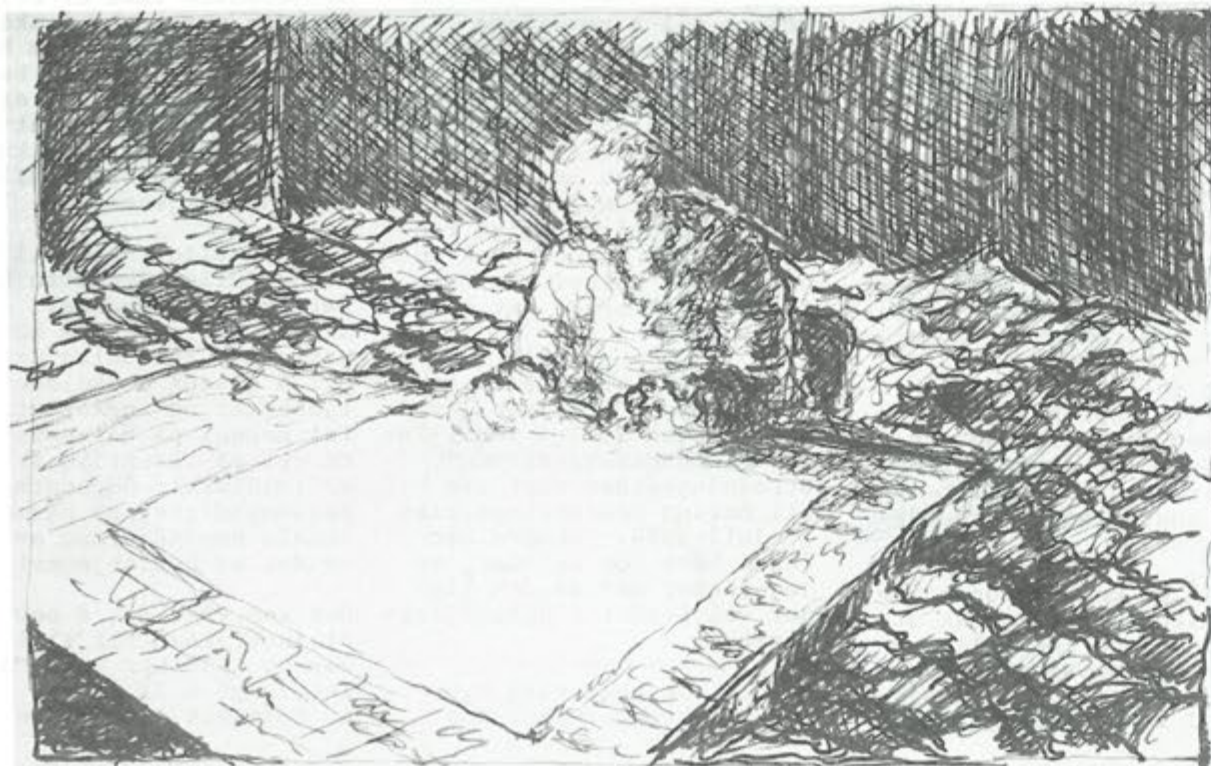
NOU 1979:53's forslag til

målsetting for den fremtidige skolehelsetjeneste er: "Skolehelsetjenesten skal drive aktivt arbeide for å fremme elevenes totale helse som omfatter fysiske, psykiske og sosiale forhold. Videre skal skolehelsetjenesten i samarbeide med hjem skole og de øvrige hjelpeapparater i samfunnet, arbeide for å identifisere og løse de helsemessige problemer som knytter seg spesielt til skoleelevers situasjon." - Etter min mening vil bare et helseapparat som er nært knyttet til skolen, ha mulighet til å oppfylle denne målsettingen.

Tradisjonelt har skolehelsetjenesten vært sterkt somatisk rettet, opprinnelig først og fremst mot infeksjoner og da spesielt tuberkulosen, mot under- og feilernæring samt urenslighets sykdommer. Disse problemer er stort sett under kontroll i samfunnet idag, og det gamle sykdomspanoramaet gir ikke berettigelse til å opprettholde et stort skolehelsetseapparat.

I løpet av de siste 20 årene er man imidlertid blitt tiltagende klar over at psykosomatiske og psykososiale problemer hos eleven kanskje er de vesentligste og viktigste utfordringer til skolehelsetjenesten.

Man er blitt mere og mere klar over at elevenes adferd og sosiale funksjon er ho-





**Et originalpreparat er ikke et
preparat som ikke lar seg etterligne,
men et preparat som ikke
etterligner andre.**

INDERAL
PROPRANOLOL

det originale propranolol

Med hensyn til indikasjoner, kontraindikasjoner, bivirkninger, forsiktighetsregler og interaksjoner se Felleskatalogen.

INDERAL

Nye legemidler utviklet av den farmasøytiske industri har vært en viktig faktor for de dramatiske endringer i sykdoms- og dødelighetsmønstret de siste 40-50 år. Den dramatiske utvikling til tross: Fortsatt står store sykdomsgrupper uten en tilfredsstillende behandling, og fortsatt vil det være behov for nye legemidler.

For å få frem nye legemidler kreves forskning. Innovativ forskning.

Det tar idag ca. 10 år å utvikle et nytt stoff til lansering som legemiddel. I tillegg går det ofte 2-3 år før legemidlet blir medisinsk akseptert og når et salgsnivå som gir avkastning.

Utviklingskostnadene for en ny substans var i 1978 ca. 200 mill. kr. og ventes i løpet av 1980-årene å øke til 500 mill. kr. Bygger man inn i regnestykket de fiaskoer et forskningsbasert selskap har, regnet man i 1975 med forsknings- og utviklingskostnader på ca. 1 milliard kr.

Er det realistisk å tro at en høy forskningsstandard kan opprettholdes hvis man globalt oppmuntrer til preferanse av billige synonymmer?

Er det så sikkert at den forskningsbaserte industri gjennom høyere priser på et preparat av egen forskning har en høyere fortjeneste enn et selskap som markedsfører samme substans til lavere pris? Eller kan det tenkes at omkostninger til forskning, utvikling og informasjon «spiser opp» merfortjenesten?

Ønsker man dagens medisin billigere, eller morgendagens tidligere?

 **ICI-Pharma**

Drammensveien 126, Postboks 173 Skøyen, Oslo 2

vedindikatorer på deres helsetilstand. Mange undersøkelser fra både inn- og utland bekrefter dette forhold. Dette tilsier at sosialmedisinsk og mentalhygienisk helsearbeid etter hvert bør bli de viktigste arbeidsoppgaver for skolehelsetjenesten. Dette vil kreve nye arbeidsmetoder og arbeidsrutiner. De konvensjonelle klasseundersøkelser, som de fleste steder har vært (og fortsatt er) den vesentligste delen av skolehelsearbeidet, er lite egnet til å avdekke psykosomatiske og psykososiale helseproblemer hos elevene. Mange undersøkelser har til gjentagelse vist at det ved de konvensjonelle klasseundersøkelser, selv om de gjøres både grundig og fagmessig, oppdages lite nytt når det gjelder behandlingstrenende somatisk sykdom. Når vi erkjenner at psykososiale helseproblemer er viktigste årsak til elevenes dysfunktion i skolen og samfunnet for øvrig, er det vesentlig å finne frem til arbeidsmetoder og rutiner som aktivt og systematisk kan gi informasjon om disse helseproblemer hos skolebarna.

En vesentlig betingelse for å kunne nærme seg disse problemer, er at skolehelsetjenesten arbeider på "innsiden av skolen", d.v.s. at den er en integrert del av skolens hverdag. Viktige faktorer for dette er tilfredsstillende arbeidsmuligheter for skolehelsepersonalet i skolen, regelmessige fremmøter i skolen ukentlig eller minst hver 2. uke både for skolelege og helsesøster, utbredt uformelt og strukturelt samarbeide med elever og foresatte, skolens pedagogiske personell, PP-tjenesten, sosialtjenesten og eventuelt andre faggrupper.

Det aller vesentligste er imidlertid skolehelsepersonell med spesiell interesse for barn og ungdoms fysiske, psykiske og sosiale helseproblemer.

Kort skissert bør skolehelsetjenestens arbeidsprogram kunne være som følger:

- 1 a) Grundig basisundersøkelse av alle elever ved skolestart, for å avdekke og registrere somatiske, psykiske og adferdsmessige avvik som har betydning for

elevenes helse, utvikling og skolegang.

- b) En liknende undersøkelse ved avslutning av grunnskolen (i 8. eller 9. klasse).
2. Regelmessig oppfølging av "risikobarn" etter behov.
3. Årlig innhenting av opplysninger fra foreldre/foresatte, og fra skolens pedagogiske personell (da spesielt fra klasselærer) for å finne frem til elever som har behov for intervensjon/hjelp.
4. Undersøkelse av syn og hørsel til bestemte intervaller.
5. Vaksinerings og tuberkulinundersøkelse etter gjeldende retningslinjer.
6. Undersøkelse og vurdering av elever som melder fra skole eller hjem for erkjente problemer som har betydning for skolegangen.
7. Strukturelt tverrfaglig samarbeide med alle impliserte i skolen og dens elever vedr. spesielle og generelle helseproblemer.
8. Bistå skolens pedagogiske personell med undervisning i helsespørsmål.
9. Ta seg av de "tradisjonelle skolehygieniske problemer".



Denne listen er sikkert ufullstendig og kan utfylles etter behov.

Hvem bør så utføre denne skolehelsetjenesten?

Tradisjonelt har skolehelsearbeidet vært utført av skolelege og helsesøster (skolesøster). I mange kommuner har i de senere år også fysioterapeut kommet inn som en fast medarbeider i "skolehelse-

teamet".

Helsesøsters plass i skolehelsetjenesten er udiskutabel, og denne yrkesgruppen har gjennom sin helsesøsterutdannelse spesiell opplæring i skolehelsearbeid. Etter min mening bør helsesøster være den daglig leder av arbeidet, og hun bør være det praktiske bindeleddet mellom helsetjenesten og skolen. Skolehelsearbeidet kan ikke tenkes å fungere tilfredsstillende uten godt kvalifiserte helsesøstre. Helsesøster bør ha rikelig tid til dette arbeidet, betydelig mere enn hva som er foreslått i NOU 1979:53. Har vi bruk for skolelegen, og hvem bør eventuelt være skolelege?

Når vi en gang i fremtiden får rikelig med velutdannede helsesøstre samtidig som primærlegetjenesten er fullt utbygd og funksjonerer etter de oppsatte idealer, er det mulig at vi kan ha en utmerket funksjonerende skolehelsetjeneste uten spesielt attraherte skoleleger. I påvente av idealtilstanden, mener jeg at vi ikke kan unnvære legen som fast deltager i "skolehelseteamet".

En primærlege som ikke er fast engasjert som skolelege, vil ikke ha mulighet til å komme "på skolens innside" og bli en integrert del av skolen, hvilket jeg mener er en nødvendighet for at mange av de skisserte arbeidsoppgaver skal kunne takles medisinsk forsvarlig.

Ideelt sett bør primærlegen være familielege, helsestasjonslege, bedriftslege og også skolelege i sitt lille distrikt. Dette har jo automatisk blitt mønsteret i de små landkommuner hvor distriktslegen er pott og panne i alt legevesen. I de større befolkningssentra ville det også være ønskelig med en slik modell, men i praksis har det ofte vist seg vanskelig å få den til å funksjonere.

Skolehelsetjenesten må selvsagt gå inn som en integrert del av distriktshelsetjenesten. Dette forhindrer etter min mening ikke at de store byer og landkommuner med mange store skoler og tusenvis av skolebarn må kunne opprette egen avdeling for

Skolhälso-tjänsten i Sverige med huvudvikt lagd på friskvårdstanken

Av Atle Worm, Göteborg

Skolhälsovårdens målsättning i Sverige är att "bevara och förbättra elevernas fysiska psykiska och sociala hälsa och att förebygga och uppspara sjukdom och handikapp". Till detta tilldelas en så blygsam del av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten som 0,4%.

I praktiken har skolläkaren 2-4 tim per vecka per skola. Denna tid användes till kontroller av första klasser, fjärdeklasser och åttondeklasser. Det är då endast fråga om hälsokontroller. Barn med sociala, psykiska eller psykosomatiska problem kan man ibland få kontakt med via skolsyster antingen efter diskussion i elevvårds-konferenser eller att de söker själva.

Skolsystemen kan även anlita skolpsykolog eller skolkurator till dessa barn. Skolläkarna är medvetna om att tiden är otillräcklig och många skulle vilja göra mera särskilt på det förebyggande planet. Skolläkarna deltar sällan eller aldrig i hälsoundervisning i skolklasserna. Skolan kom på en blygsam plats (1), när man frågade 200 pat som sökte Vårdscen-tralen, Anggården om varifrån de fått veta mest om sjukdomar och deras behandling. Överst på listan kom läkare. På andra plats radio och TV. Majoriteten av de tillfrågade patienterna var mellan 20-39 år.

Som allmänläkare på vårdcentral kommer man dagligen i kontakt med rökare med dåliga luftrör, hosta, kärlkramp och dålig cirkulation i benen. Det är nästan omöjligt att få dem att sluta.

Andra och ganska många söker för alkoholproblem eller alkoholskador och situationen är densamma här. Nästan en tredjedel av pat i öppenvården har psykosomatiska nervösa, depressiva symptom eller stressymtom av olika slag.

De flesta problem hade inte uppstått om folk inte hade börjat röka, inte använt för mycket alkohol eller

om de tidigare hade fått möjlighet att lära sig förebygga, minska eller bota fysiska eller psykiska problem. Det är här friskvården kommer in.

Min första kontakt med friskvården fick jag i hälsokampanjen "Operation friskvård i Västra Frölunda" för 6 år sedan, där 126 deltagare friskvårdades i fyra månader med hyggligt resultat. Denna kampanj blev en uppföljning till Ulf Carlströmmers riksbekanta Hede-projekt. Men när vi arbetade med friskvårdsprojektet, som omfattade medelålders och äldre kvinnor och män, kom tanken att detta möjligen var fel målgrupp. Den bästa målgruppen borde i stället vara skolan med tyngdepunkt på låg- och mellanstadie.

Därför vände vi oss till en skola, Noleredsskolan i Torslanda, Göteborg. Under 2 år gjorde vi där försök med schemalagd undervisning i friskvård. Vi arbetade efter fyra linjer: För det första ville vi ge ett rätt informationsprogram med insats från folk både inom och utanför skolan och som omfattade följande ämnen: Information om tobak, alkohol, sniffning, knark och läkemedelsmissbruk. Kost, sömn hygien, tandvård och rygggymnastik. Den egna kroppen. Egenvård. Idrott. Muskik, teater, konst och kultur. Etik, moral, mobbning, samlevnad och relationer. Kontakt mellan skolan och arbetslivet. Kontakt med u-länder, åldringar, handikappade och utvecklingsstörda. Invandrarkontakt. Kläder, mode, status, pengar och ekonomi. Miljövärd. Brottslighet och kriminalisering.

För det andra meddelades alla intresserade ideella föreningar runt skolan, att de var välkomna att komma och presentera sitt program. För det tredje försökte vi arbeta så mycket med hobbyverksamhet, att alla barn fick någon hobby eller aktivitet som

de behärskade. Slutligen inbjöds också den stora resursgruppen pensionärer att vara med. De kunde till exempel komma och berättat om någon intressant resa eller ge barnen goda råd och levnadsvisdom.

Pensionärerna fick också vara med i verksamheten som sekreterare eller dylikt. Det är viktigt med denna kontakt både för barn som behöver kontakt med äldre och för äldre som behöver kontakt med barn.

Halva tiden ville vi ägna åt fysisk träning under ledning av en fritidsledare. Föräldrar som var hemma på dagtid var då också mycket välkomna att delta i undervisningen, och föräldrar kunde även engagera sig i fritidsaktiviteterna på kvällen, om de så ville.

Projektet stöddes ekonomisk under 2 år av Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg och av Socialstyrelsen.

I januari 1978 (2) publicerades en ettårsutvärdering av psykologerna Göran Horneman och Bertil Svensson. De hade jämfört våra två förstaklasser, två andraklasser och två femteklasser med sex kontrollklasser, så lika dem vid Noleredsskolan som möjligt. De fann att när det gällde trivseln i skolan så trivdes både experimentgruppen och kontrollgruppen bra, särskilt i första och andra klass. I femte klass var det endast en elev i Noleredsskolan som inte trivdes, medan de övriga 55 trivdes gott. I kontrollgruppen uppgav 15 elever att de inte trivdes i skolan medan 40 trivdes. Ännu tydligare och bättre blev resultaten när man tog reda på om eleverna tyckte att det var roligt i skolan. Både ettorna och tvåorna hade roligt, tyckte de.

Men i de två femteklasserna i Noleredsskolan var det bara en elev som inte tyckte han hade roligt i skolan, medan det var 22 femteklassare i kontrollgruppen som inte hade roligt.

Många av eleverna anmälde sig till föreningar i sam-

band med undervisningen - detta trots att Torslandaområdet är ett mycket föreningsrikt område och de flesta av barnen redan var medlemmar i en eller två föreningar, innan försöken med friskvård började.

Tanken var att man skulle fortsätta satsningen och följa klasserna så långt som möjligt för att se effekten av friskvårdssatsningen. Här skulle vi bland annat följt nikotin- och alkoholkonsumtionen och mängden av psykosomatiska symtom och nervositet.



Vi skulle ha kontrollerat om den rytmiska ryggymnastiken givit dem bättre ryggar än kontrollgruppens. Barnens aktivitetsengagemang skulle registrerats.

Efter 2 år tyckte dock Sjukvårdsförvaltningen i Göteborg att skolförvaltningen fick ta över, något som medförde att anställning av fritidsledare blev starkt fördröjd. Pengar till sekreterare fanns inte och möjligheter för utvärdering var små. I detta läge slutade jag som skolläkare och projektledare.

Vad hände sedan?

Skolledningen i Torslanda anställde en fritidsledare som stod för informationsprogrammen, och det blev en timma friskvård i alla klasser. Men idén med öppen skola och pensionärs- och föräldraengagemang försvann. Under tiden hade vi dock informerat på flera håll i landet och haft rätt många studiebesök i Torslanda. I Kalmar och på Hovstaskolan i Örebro har man övertagit i princip hela idén med projektet. Både Kalmarskolan och Hovstaskolan i Örebro har givit ut mycket fina årsrapporter, där man utvärderar effekten av friskvården.

Man har till exempel kunnat avläsa en tydligt förbättrad relation mellan elever och lärare och även mellan föräldrar och skolan.

Både i Kalmar och Örebro är man nu i full gång med att införa friskvård på schemat i hela kommunen. Även Västerås och Gävle har börjat komma igång med regelbunden undervisning i friskvård.

Skolöverstyrelsen har lagt fram ett förslag till handlingsprogram när det gäller hälsofostran i skolan med utgångspunkt ett PM från skolöverläkare Annika Sedvall i Stockholm. Hon talar starkt för att utbildningen i skolan inom hälsoområdet skall samordnas.

Nu er den spridd på hemkunskap, barnkunskap, idrott, naturorienterande ämnen, samhällsorienterande ämnen etc.

Professor Leif Svanström (3) konkluderar i en medicinsk kommentar i Läkartidningen att det är viktigt att satsa på hälsofostran som en naturlig och integrerad del av skolans övriga arbete med elever, lärare, övrig skolpersonal, föräldrar och övriga samhällsinstitutioner i samarbete.

Både Annika Sedvall och Leif Svanström har rätt men hur ska problemet lösas? Mitt förslag är att schemalägga en skoltimme eller mer per vecka till detta arbete (4,5) och kalla det hälsofostran, friskvård, förebyggande hälsoarbete, förebyggande hälsovård eller egenvård, ja kanske vad man vill, men inför en dylik aktiv integrerad hälsotimme i veckan!

I den kan man arbeta för att barnen i framtiden skall låta bli rökning, använda lite alkohol, aktiv upplärning hur man skall minska och förebygga stress, använda riktig kost och riklig fysisk aktivitet, synpunkter på rimlig rekreation och sömn, kunskaper om god hygien, hjälp till hobbyverksamhet och rikligt med fritidsintressen, möjligheter



till riklig kamrat- och vuxenkontakt, kontakter med pensionärer och handikappade införing i arbetsmotivation inför yrkeslivet, upplärning i hur man disponerar sina krafter och resurser. Egenvård. Samlevnads- och äktenskapsproblematik. Moget uppförande.

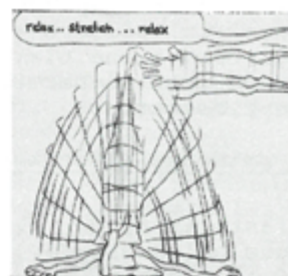
Ja allt vad barnen behöver för att må bra och klara sig i vårt samhälle nu och i framtiden.



Under denna timma får vi släppa till alla inom skolan som vill ställa upp, det gäller föreningar och kulturutbud i närheten av skolan, pensionärer och handikappade och föräldrar och intresserade som vill ge barnen något och själv vill uppleva gemenskapen med barn. Det är viktigt att denna timma används till att informera men framför allt till att barnen aktiveras samt att ge dem uppgifter utanför skola som syftar till att förbättra kontakten mellan barn och äldre.

Barnen behöver uppgifter och känslan av att behövas och att känna att deras plats i samhället är värdefull och kommer att bli ännu mer värdefull i framtiden.

Taga vara på den kontaktskapande möjlighet som finns inom denna friskvård både i skolan och utanför skoltiden!



Litteratur:

1. Dinger Sjögren T, Gruvberg E, Landgren C, Mellstrand T, Wohrm A: Egenvård och läkemedelkunskap - en enkätstudie. Läkartidningen 2776.77. Nr. 34. 1980. Forts. s. 14.

SKOLELÆGEORDNINGEN I DANMARK

Av Erik May, Hedenstad

Historie.

En skolelægeordning indførtes omkr. århundredskiftet ved de københavnske kommunskoler med det væsentligste formål at føre hygiejnisk tilsyn med skolerne for demmed at hindre smitsomme sygdommes opståen og udbredelse.

Først i 1946 blev der gennemført en lov om skolelægetilsyn ved alle skoler.

Efter denne lov skulle der foretages regelmæssige undersøgelser af skolebørn ved en skolelæge, der til lige skulle føre kontrol med sundhedstilstanden i skolen. Der blev foretaget årlige undersøgelser af alle skoleelever ligesom måling og vejning af eleverne skulle finde sted mindst een gang årligt.

Egentlig lægebehandling var efter loven skolelægen uvedkommende. Børn der trængte til lægebehandling, skulle således henvises til praktiserende læge.

Til bistand for skolelægen forudsattes ansat skolesundhedsplejersker.

Igennem 60 årne rejstes fra forskellig side kritik af denne ordning, som man fandt i alt for høj grad koncentreret sig om overflødige rutineundersøgelser og derfor fik mindre tid til at beskæftige sig med de særligt truede børn.

I 1972 blev så den nu gældende lov vedtaget, hvorefter man forlod de årlige rutineundersøgelser til fordel for mere behovsprægede undersøgelser, således at samtlige børn alene blev rutineundersøgt på nærmere angivne klassetrin.

Den nu gældende skolelægeordning.

Loven fastslår at der skal foretages helbredsundersøgelse af alle børn i den undervisningspligtige alder og børnehaveklasse og føres kontrol med sundhedstilstanden på skolerne.

Ordningen er obligatorisk, idet en elev alene kan fritages for en sådan helbredsundersøgelse, når det ved lægeattest godtgøres at barnet på anden måde er blevet undersøgt. (Undervisningspligten i Danmark ud-

løber ved udgangen af 9. skoleår).

Endv. slås det fast at skolelægeordningen skal omfatte sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger overfor børnene og deres miljø på skolen og tilsyn med det enkelte barns legemlige og psykiske helbredstilstand.

Endelig omfatter ordningen kontrol med sundhedstilstanden i enkelte skoler som tidl. samt foranstaltninger til bekæmpelse af smitsomme sygdomme. Den tidl. skolelægeordnings obligatoriske årlige rutineundersøgelser afløses nu af rutineundersøgelser i børnehaveklasse samt i 1. 2.5. og 9. klasse.

Endv. skal ethvert barn helbredsundersøges, når der er formodning om, at det pågældende barn har særlig behov for en sådan undersøgelse. Udviklen i retning af en mere behovspræget indsats skal ses på baggrund af erkendelsen af, at den fysiske sundhedstilstand blandt skolebørn generelt er blevet væsentligt forbedret siden ikrafttrædelsen af 1946 skoleloven, men at man på den anden side har konstateret et stigende antal skoleelever, der har vanskeligheder med trivsel

og tilpasning. Men også udviklingen indenfor andre socialområder, hvor man tilsigter at integrere handicapbørn fra særfor-sorgsområder ind i det normale skolemiljø, nødvendiggør en øget behovspræget individuel indsats. Imidlertid har den økonomiske ressourceramme, hvorefter skolelægearbejder efter 1972-loven skulle udføres, været så snæver, at intentionerne i loven ikke har kunnet føres ud i livet i et omfang, som kunne tilfredsstille brugerne (forældre, skole) og heller ikke givet skolelægerne tilstrækkeligt gode arbejdsforhold. Dette har medført en kritik af skolelægeordningen, som fra visse sider har medført politisk krav om afskaffelse af denne.

Hvilke vilkår har skolelægen da at arbejde under.

Betingelsen for at kunne fungere som skolelæge er, at man skal have autorisation til almen praksis eller for arbejdet som skolelæge hensigtsmæssig speciallægeuddannelse.

Man kan være heltidsansat skolelæge, og skal da have tilsyn med 5000 - 5500 elever eller være deltidsansat med tilsynspligt af skoleelever mellem 800 og 2.750.

Mens den heltidsansatte skolelæge har en fast årlig honorering er aflønningen for den deltidsansatte en pro-kapital honorering (1.10.80. ca. 41 kr.)

Der er i dag ansat ca. 70 fuldstidsskolelæger, mens ca. 330 er på deltid, heraf et antal med elevtal på under 800, som ellers er minimumsgrænsen. Den overvejende del af de deltidsansatte skolelæger er alment praktiserende læger.

Det samlede elevtal under tilsyn er ca. 810.000, men med kraftigt fald i antal indenfor de næste 10 år. Udgiften til skolelæger på landsplan anslås til ca. 40 mill.kr. årligt.

Til hjælp for skolelægen i det dgl. arbejde er endvidere ansat 260 sundhedsplejersker og 190 sygeplejersker samt et hjælpepersonale: sekretærer, audiogramører, fysioterapeuter, ca. 65 personer. Udgiften hertil er 61 mill. kr., således at den samlede skolesundhedstjeneste årligt koster samfundet 116 mill.kr.

Som ordningen fungerer i dag har skolelæger fortsat ingen egentlig behandlingsret udover akut forekommende skadetilfælde på skolerne.

Henvi-sning til videre behandling skal ske gennem familiens egen læge. Vilkårene for skolelægens arbejde er meget forskjelligt hvor i landet han er placeret.

Til illustration af dette

kan det oplyses at af landets ialt 275 kommuner har 47 kommuner under 1.000 børn i alderen 5-14 år og 124 kommuner har 1.000 - 2.000 børn og 70 kommuner 2.000 - 5.000 børn mens 34 kommuner, heraf halvdelen i hovedstadsområdet, har over 5.000 børn.

Det betyder at nogle skolelæger skal besøge op til mellem 20 og 30 skoler et sted i landet for at tilse et ret beskedent antal børn og trods landets lidenhed er der alligevel meget store kulturelle, sociale forskelle fra Vestjylland og til de stærkt urbaniserede områder med dertil hørende forskelle i opfattelsen af, hvorledes skolelægearbejdet skal udføres.

Disse forhold har skolelæge- loven af 1972 ikke rigtigt kunnet imødekomme og har som anført været medvirkende til at skolelægeordningen har været noget i mis-kredit.

Den fremtidige ordning.

Sundhedsstyrelsen nedsatte i foråret 1980 et udvalg, som i sit kommissorium havde til opgave at vurdere den gældende skolelægeordning og dens virkning i forhold til de ressourcer, der anvendtes på ordningen, og på baggrund af vurdering af skolebørnenes sundheds- tilstand at fremsætte forslag til mulige besparelser og effektivisering af ordningen under opretholdelse af en i sundhedsmæssig hen- seende betryggende skole- sundhedstjeneste.

Der har været et generelt ønske om en intensiveret sundhedsfremmende og forebyggende indsats samtidig med at den samfundsmæssige situation ikke tillod en udvidet ressourceramme for skolesundhedstjenesten.

Efter sit arbejde, peger udvalget på, at danske skolebørns sygdoms- og helbredsproblemer har ændret karakter i takt med samfundsudviklingen og udviklingen af en højere leve- standart i Danmark.

Generelt er sundhedstil- standen hvad angår fysiske sygdomsproblemer blevet gradvist forbedret, mens de psykiske og sociale pro- blemer fortsat er et stort og muligvis voksende pro- blem, som er et resultat at mange samvirkende fakto-



rer hos individet, familien og det fysiske og sociale miljø omkring os.

Børn fra de traditionelt belastede miljøer med dårlige materielle forhold er fortsat en vanskeligt stil- let gruppe med mange såvel fysiske som psykiske og sociale problemer, men kvantitativt udgør de væ- sentligste risikogrupper af mere materialt velstil- lede befolkningsgrupper, som imidlertid er præget af belastende livssitua- tioner og svage kontaktnet.

Med udgangspunkt i udvalg- ets arbejde er der opstil- let en bredere og overord- net målsætning for frem- tidens skolesundhedstje- neste, hvor ordningen først og fremmest betragtes som et bedriftsundhedstjeneste for skolebørn, som skal med- virke til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksertilværelse såvel gennem generelt sun- dedsfremmende og sygdoms- forebyggende aktivitet over- for skolebørnene og deres daglige miljø, som gennem en elevcentreret indsats, der tager udgang i det en- kelte barns helbredsmæssige situation.

Det nuværende stive, rutine- mæssige undersøgelsespro- gram er gennemgået og fore- slås neddæmpet og omlagt, således at det i højere grad imødekommer de aktuel- le behov.

Man har her især ønsket at koncentrere indsatsen om- kring indskoling- og udsko- lingsfasen, som på mange måder er sundhedsmæssigt betydningsfulde faser, som

kan have afgørende betyd- ning for barnets fremtidige sundhedsmæssige situation. Det betyder konkret, at læ- gens undersøgelser af samtlige børn på eet klassetrin begrænses til en enkelt un- dersøgelse i barnets 1. og 2. og 5. og 6. og 7. år og ændres samtidig til en mere funktionsorienteret undersøgelse, hvor barnets helbredstilstand vurderes i relation til dets fysiske, psykiske og sociale funk- tioner.

De tidligere rutineunder- søgelse i 2. og 5. klasse fortfalder, og for næsten alle børns vedkommende, ligeledes den i 1. klasse.

En del af sundhedsplejer- skens årlige rutineunder- søgelser foreslås ligele- des fjernet, og i stedet indføres en årlig sundheds- orienteret samtale, hvor forhold af betydning for det enkelte barns sundhed, kan tages op.

Den behovsprægede indsats for børn med særlige pro- blemer skal fastholdes. Det findes af afgørende be- tydning, at den sundheds- pædagogiske indsats blandt skolebørnene styrkes, og skolesundhedstjenesten har en vigtig opgave ved at medvirke til at integrere sundhedspædagogikken i sko- lens og elevens daglige liv.

Målet hermed er, at gøre det enkelte individ bevidst om de forhold, som påvirker sundhedstilstanden, for der- med at give en forståelse for samspillet mellem det enkelte menneskes ressour- cer og påvirkninger fra

bolig-, arbejds-, familie-, og nærmiljø. Det findes endvidere væsentligt at såvel læge som sundhedsplejerske i langt højere grad end tidligere bør indgå i det sundhedspædagogiske arbejde, dels gennem kontakt med det enkelte barn, og dels overfor grupper af børn først og fremmest som konsulent for børnenes lærere.

Det stilles forslag om oprettelse af et skolesundhedsudvalg, hvor den enkelte skolesundhedstjenestes funktion og sundhedsproblemer i relation til skolen kan drøftes. Det findes endvidere væsentligt, at der opnås en større fleksibilitet i skolesundhedstjenestens tilrettelæggelse, således at der skabes muligheder for at den enkelte kommune kan imødekomme lokale behov.

Man har derfor formuleret dels en række minimumskrav, som normalt bør opfyldes overalt, men herudover skulle der være mulighed for en række aktiviteter, som kan tillægges indenfor de forskellige funktionsområder, i det omfang den enkelte kommune finder det ønskeligt og nødvendigt.

Den nye struktur man tilsigter, vil samtidig medføre, at de enkelte grupper får deres eget ansvarsområde, således at skolelægen er ansvarlig for sit område og skolesundhedsplejersken er ansvarlig for sit fag- og funktionsområde. Men samarbejdet prioriteres højt, og skolelægen skal til stadighed stå til rådighed som konsulent for skolesundhedsplejersken og lærerne i det daglige arbejde.

I den fremtidige skolesundhedstjeneste vil man især fokusere på indskolingsfasen og på udskolingsfasen, men screeningsundersøgelser skoleforløbet igennem, nok skal udføres, men i langt mindre omfang end tidligere. Endvidere skal børn have behov for særlige sundhedsmæssige foranstaltninger støttes og undersøges i det fornødne omfang.

Begrebet sundhedspædagogik skal indføres i de sammenhænge, hvor det er muligt, såvel teoretisk som praktisk henseende, og det tværfaglige samarbejde mellem skolesundhedstjenestens en-

kelte faggrupper og lærerne på skolerne skal styrkes. Da det er den enkelte kommune, der selv skal betale omkostningerne med en skolesundhedstjeneste, anses det for væsentligt i et vist omfang, at give kommunerne lejlighed til selv at tilrettelægge deres skolesundhedstjeneste, og ikke skulle være henvist til blot at efterleve nogle direktiver centralt fra.

I en eftersætning kan man måske anføre et eksempel på hvor afgørende de økonomiske forhold kan være: Honorering af skolelæger er en ren kommunal udgift, mens skolesundhedsplejersker og skolesygeplejerskers honorering bliver refunderet med 50% fra statens side.

Det kan måske forklare, at nogle kommuner er tilfredse med blot at have skolesundhedsplejersker, og ikke synes de behøver skolelæger.

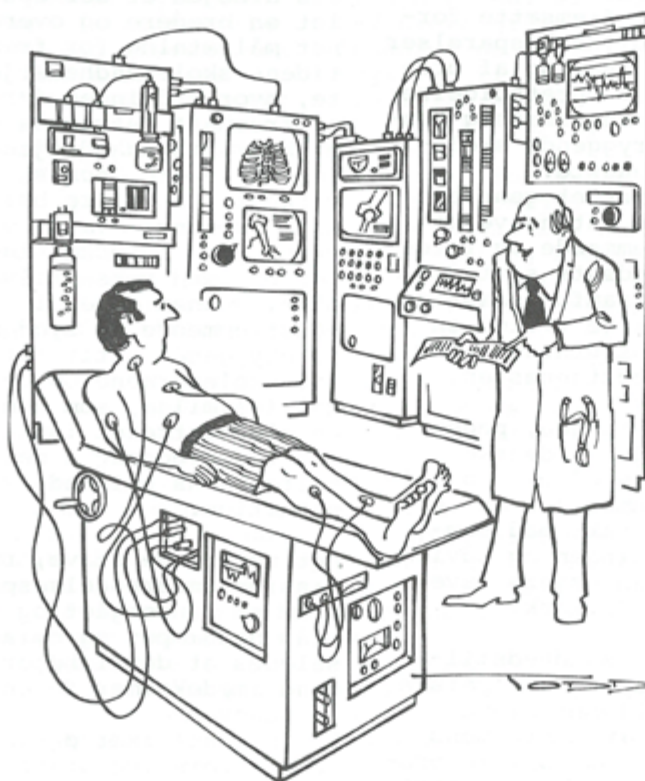
Som en model for hvorledes tiden tænkes anvendt, skal jeg nævne at til de fremtidige obligatoriske helbredsundersøgelser i indskolings- og udskolingsvæsen, menes at der skal anvendes 20% af skolelægens tid hertil.

Tidsforbruget til behovsundersøgelser formenes at være ca. 30%.

Det sundhedspædagogiske arbejde menes at andrage 10% af arbejdstiden. Det tværfaglige samarbejde og kontakten til forældrene tager 25% af tiden, og til skolehygiejnisk konsulentvirksomhed skal bruges 5%. Der skulle herefter blive ca. 10% af arbejdstiden til rådighed for opgaver efter lokale ønsker og behov.

Hvad skolesundhedsplejerskerne angår, mener man at ca. 40% skal gå til deltagelse i lægeundersøgelse og sundhedsorienteret samtale. 15% skal gå til direkte administration. 10% til daglig rådgivning, førstehjælp på skolerne, samt 25% af tiden til samarbejde indenfor skolen, og til forældrekontakt. De resterende 10% formenes brugt til sundhedsoplysning i den før nævnte sundhedspædagogiske indsats.

Om disse nye modeller og vurderinger af arbejdet i skolesundhedstjenesten og så vil eksistere i denne form, når de har været igenom en politisk vurdering, er ikke til at sige nu.



"Thanks to advanced technology we can start treating you immediately... for either one of five things!"

HELSEFOSTRING I SKOLEN

Av fysioterapeut/idrettskonsulent Alv Kveberg

Diskusjon om kroppsvingsfaget i skolen skulle være et prestasjonsfag eller et helsefag har pågått lenge i vårt land. Det har imidlertid manglet et fastere fundament for å kunne gjennomføre dette i den praktiske hverdag, dersom den samlede fysiske fostring skulle kunne gi et skikkelig bidrag til bedre helse blandt skolebarn.

STARTEN AV PROSJEKTET HELSEFOSTRING I SKOLEN.

Under et kurs for pedagogiske veiledere i kroppsving, holdt ved Sophies Minde i 1968, gikk skolepersonell og helsepersonell sammen om å forsøke å sette i gang et slik langsiktig arbeide.

Dette fikk litt senere navnet HELSEFOSTRING I SKOLEN. Tidligere Helsedirektør Evang, prof. Alvik og prof. Lange Andersen var med i denne prosjektgruppe. En tok sikte på å gi barn med fysiske mangler og avvik, hjelpetiltak som kunne bygge de opp fysisk, og en tok sikte på identifisere risikofaktorer og utbedre disse.

VITENSKAPELIG GRUNNLAG.

Etter påbud fra helsedirektør Evang og sterkt støttet av prof. Alvik tok prof. Lange Andersen på seg å sette i verk nødvendige vitenskapelige undersøkelser. Disse gikk ut på å skaffe kunnskap om de helsemessige grenseverdier for kondisjon, muskelstyrke, lungeventilasjon, fedme m.v.

Prof. Lange Andersen samlet rundt seg et internasjonalt forskerteam der den tyske prof. Rutenfrantz og den tjsekkiske prof. Seliger med sine hjelpere deltok. Samarbeidet med Verdens Helseorganisasjon gjennom dr. Masironi var av største betydning.

En tverrsnittsundersøkelse i Gjøvik og Lom kommuner ga verdifulle data, og en fulgte opp med en longitudinell undersøkelse i Lom der 2.klassingene i 1969 ble fulgt opp hvert år til de gikk ut av 9.klasse i 1976. De helsemessige grenseverdier for nevnte fysis-

ke kvaliteter ble fastsatt med velsignelse fra Verdens Helseorganisasjon. Samtidig ble det søkt utviklet enklest mulige målemetoder for disse kvaliteter som kunne nyttes i det praktiske forsøksarbeide. Dette med siktemål å nytte slike målemetoder i det almene Helsefostringsarbeide senere, event. i justert form.

PRAKTISK FORSØKSARBEIDE.

Samtidig med forskerteamets arbeid startet et praktisk forsøksarbeide ved to feltstasjoner. Daglige ledere av disse forsøksstasjonene i Lom og Gjøvik var utdannede lærere, kroppsvingslærere og fysioterapeuter. I samarbeide med skolemyndighetene og skolehelsetjenesten tok de fatt på å identifisere de elever som trengte hjelp i sin fysiske vekst og utvikling og bygge opp hjelpetiltak for disse. For å makte dette var det nødvendig med et strukturert samarbeide mellom skolen og skolehelsetjenesten. Dette tverrfaglige samarbeidet er lett å sette opp på papiret, men vanskeligere å få til å fungere i hverdagen.

Men dette tverrfaglige samarbeide er helt nødvendig skal en kunne utnytte den ekspertise som finnes lokalt, og for å kunne fordele arbeidet på en fornuftig måte. Vår erfaring er at pedagogene må trekkes med som helsemedarbeidere der de gjør sin daglige innsats i undervisningen. De kan dette med å formidle kunnskap, også om helse, men helsetjenesten må bidra med en stor del av denne fagkunnskap. Og læreren kan sammen med heimen være med å innøve gode helsevaner hos skolebarna. Helseopplysning alene, uten å søke å innøve gode helsevaner synes å ha svært begrenset verdi.

SITUASJONEN BLANDT SKOLEBARN.

I vårt forsøksarbeide var vi mest opptatt av å gi hjelp til den enkelte elev som trengte det, og mindre opptatt av å registrere

antallet. Men etter hvert som en arbeidet seg gjennom en viss elevmasse kunne en grovt reknet anta at ca. 20% av elevene trengte hjelpetiltak i en eller annen form. Ved siden av klare fysiske avvik og svakheter forsøkte vi å rette søkelyset mot risikofaktorer som vi mente var av betydning og som vi kunne rette opp.

Av slike risikofaktorer kan nevnes: nedsatt kondisjon, fysiske avvik i muskulatur og ledd (det vi benevner som bevegelsesapparatet). Barn med astma og allergi kom inn her, barn med fedme likeså. En dårlig tilpasset arbeidsplass sees på som en risikofaktor. I det hele ble det et bredere spekter av kasus enn det som mange hadde trodd.

Derfor trengte skolen til stadighet hjelp fra helseøster, fysioterapeut, lege, og i enkelte tilfeller måtte en gå videre til f.eks. ortopediske hospital, til cerebralparese-institusjoner m.v. Samtidig med at en her kunne nå frem til nødvendig medisinsk ekspertise på et tidlig tidspunkt, la vi vekt på å bygge opp elevens interesse for og lyst til å gjøre den nødvendige egeninnsats som må til i alt treningsarbeide. Fagkunnskap og motivasjon må "møtes" i eleven skal det lykkes å nå gode resultater.

ARBEIDSOMRÅDER.

I Helsefostringsopplegget var vi redd for å spre oss på for mange emneområder, og holdt på utgangspunktet (eller innfallsporten)

FYSISK TRENING.

Men linjene over til andre emneområder kom klart frem, noe som ga en helhet og et register å "spille på". Og i denne helheten kommer den psykiske siden og den sosiale siden inn i registret, noe som hele tiden ligger bakom vurderinger og handlinger. Denne skissen gir en oversikt over emneområder vi har arbeidet med i Helsefostringsopplegget.



OVERSIKT - VIKTIGE EMNEFELTER

Utgangspunktet i Helsefostringsopplegget var de store folkesykdommer som gir død, hjerte og karsykdommer, kreft, ulykker og de folkesykdommer som gir invaliditet og sykefravær som: Belastningslidelser, følger av hjerte og karridelser, følger av ulykker, astma og allergi, nervøse lidelser, og tok også med forkjølelsessykdommene.

Men angrepspunktene for oss ligger vesentlig innenfor de emneområder som skissen viser. Sammenhengen mellom emnene er slående. Her en kort innføring:

Er oppgaven å bygge opp kondisjon hos en klient er saken ende fram, motivere for kondisjonstrening og gi et opplegg i en form som høver for årstid og lokale forhold.

Er det fedme som er den primære risikofaktor som skal fjernes har en straks to emner å spille på, endret kosthold og øket forbruk gjennom fysisk trening. Da har skolen bruk for skolehelsesøster til kostholdsveiledning og en må ha tak i foreldrene.

Er det ergonomiske oppgaver for en funksjonshemmet, f. eks. svaksynt eller bevegelseshemmet, har skolen bruk for skolefysioterapeuten.

Er det avvik i muskel-skjelettsystemet, f.eks. en skoliose av en viss størrelse er skolelegen med sin medisinske ekspertise nødvendig, og medisinske institusjoner kan måtte kobles inn.

Røykevaner hos elever kan henge sammen med fedme og dårlig kondisjon, altså en

serie risikofaktorer. Løsningen kan finnes mange veier dersom en har helhetssynet klart.

Når det gjelder å hindre elevene i å begynne å røyke og begynne med rusmidler har vi et positivt utgangspunkt i lystbetont fysisk aktivitet gjennom friluftsliv og idrett. Forbudslinjen overfor tobakk og rusmidler i skolesammenheng har vi mindre tro på.

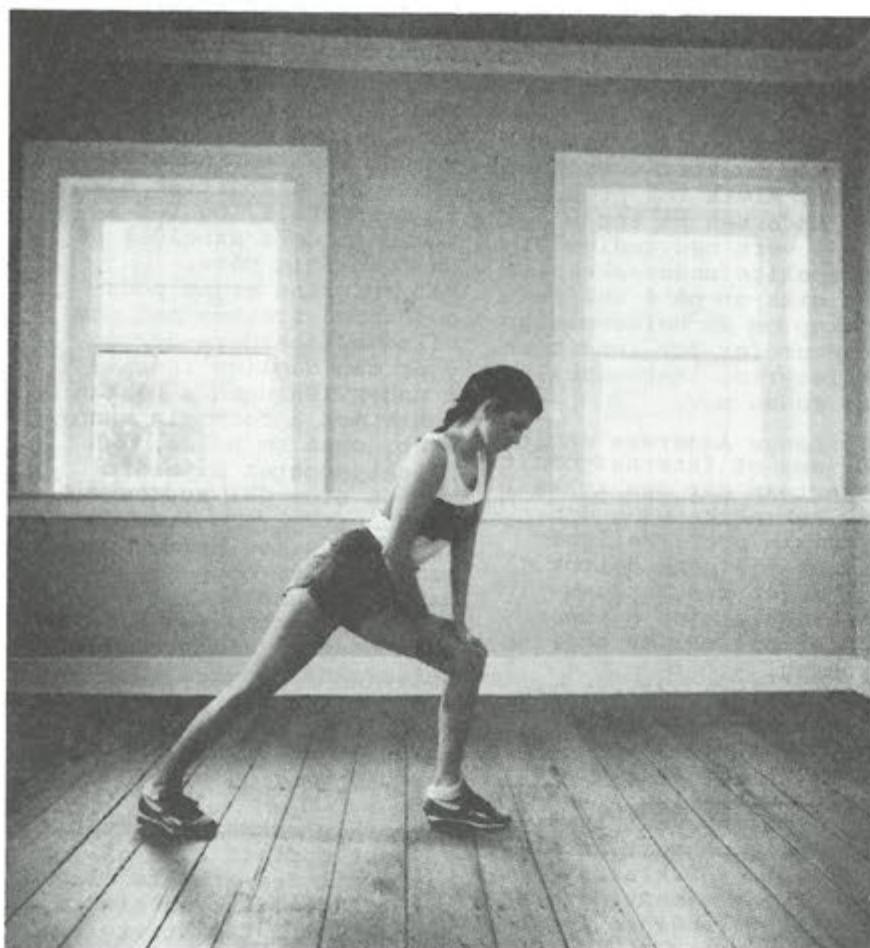
NOEN KONKLUSJONER.

Erfaringene har vist at det nytter å arbeide på denne måte med et tverrfaglig samarbeid og direkte på eleven eller små grupper av elever. En kan komme et stykke på vei med en bedre utnyttelse av ressursene i lokalsamfunnet.

Fremtidig utvikling av Helseostringsarbeidet vil nok i likhet med den øvrige primærhelsetjenesten ha behov for økede resurser. På personellsiden har vi det ønske at skolehelsetje-

nesten i tillegg til skolelege og skolehelsesøster får en skolefysioterapeut. Denne gjerne knyttet til helsestasjonene for å kunne tre inn i førskolealderen med sin ekspertise. På lesiden ønsker vi at det ved hver skole finnes en kroppsøvingslærer som har tilleggsutdanning som "helsestasjonspedagog". Noe spesielt utstyr til undersøkelse og evaluering i hver kommune må til, bl.a. for måle kondisjon, fedme, muskelstyrke, og kanskje lungeventilasjon.

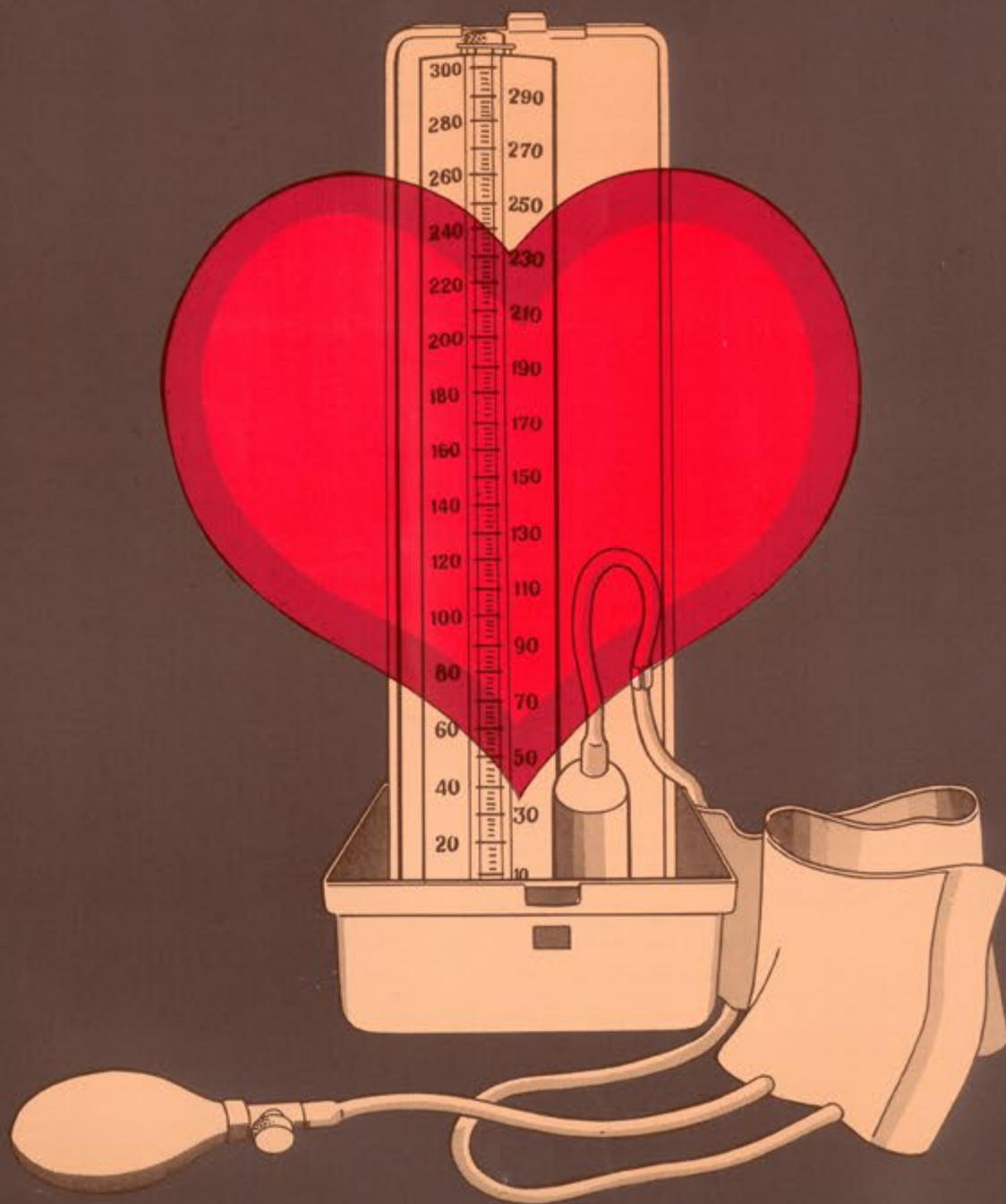
Men kanskje det viktigste på lengere sikt synes å være at elevene opplever disse tiltakene som en verdifull og lystbetont aktivitet slik at de selv vil være med. Det viser seg til og med at det blir mote "innsom det kalles". Da er vårt motto snart innen rekkevidde: MIN HELSE - MITT ANSVAR. Assistanse for å kunne mestre dette ansvar finner en i helsefostringsopplegget i den enkelte kommune.



Seloken[®] (metoprolol)

ved HYPERTENSJON

- Høy grad av β_1 -selektivitet
- Verdens mest benyttede selektive betablokker.



Enkel dosering: Kan doseres 1 gang pr. dag.*

* Dosering 1 gang pr. dogn vil, i likhet med andre β -blokkere medføre større svingninger i plasmakonsentrasjonen hvilket kan medføre forandringer i effekt og bivirkninger.



Hässle
hjerter kar

Seloken® (metoprolol)

Original substans fra Hässle

- Effektiv blodtrykkskontroll
- Ingen endring i doser eller doseintervaller ved nedsatt nyrefunksjon

I seg selv en forenkling for lege og pasient fordi:

Sitat:

»... selv aktuell serumkreatinin kan være misvisende og derved et ubrukelig grunnlag for doseberegning ved akutt nyresvikt, ved ustabil nyresvikt, ved hemodialyse og delvis hos eldre pasienter.»

P. K. M. Lunde
Medisinsk Årbok 1978.

Kontraindikasjoner: Absolutte. Ikke kompensert hjertesvikt. A.V.blokk grad II og III. Relative: Metabolsk acidose, hjertesvikt, bradykardi, arteriosclerosis obliterans. Raynauds syndrom. Graviditet (se forsiktighetsregler).

Bivirkninger: Lette tilfeller av gastro-intestinale besvær, tretthet, depresjon og søvnforstyrrelser kan opptre. Kalde hender og føtter kan forekomme. Nedsettelse av lungefunksjonen kan opptre. Allergiske hudreaksjoner er sett i sjeldne tilfeller.

Forsiktighetsregler: Seloken kan gis til pasienter med obstruktive lungesykdommer. Også β_1 -selektive substanser kan imidlertid gi en økning i luftveismotstanden hos enkelte pasienter, og slike bør ha β_2 -stimulerende medikamenter (f.eks. salbutamol, terbutalin, fenoterol) tilgjengelig og bør instrueres i bruken av dem hvis symptomer på bronkialobstruksjon skulle tilsette.

Adrenerg stimulering er av vital betydning for å opprettholde kretsløpsfunksjonen når hjertet svikter. Bruk av betablokkere innebærer alltid en fare for å nedsette hjertets kontraktile evne og utløse eller forverre hjertesvikt.

Pasienter som står på betablokkere – særlig eldre – bør derfor regelmessig undersøkelse med henblikk på utvikling av hjertesvikt. Betablokkere påvirker imidlertid ikke digitalis' positive inotrope effekt på hjerte-muskelen. Pasienter med hjertesvikt må derfor digitaliseres på forhånd og/eller behandles med saluretika. Betablokkere og digitalis virker additivt på nedsettelsen av AV-ledningen. Risikoen for bradykardi og forstyrrelser i den atrio-ventrikulære overledning økes når medikamentene gis sammen slik at pasientene da må følges nøye. Forsiktighet bør utvises ved ukontrollert eller vanskelig innstillbar insulinkrevende diabetes mellitus. Hypoglykemi antas å forekomme sjeldnere ved bruk av β_1 -selektive blokkere enn ved ikke selektive. Man bør imidlertid være oppmerksom på muligheter for hel eller delvis maskering av føling-symptomer. Seloken kan benyttes ved nedsatt nyrefunksjon uten endring av doser. Kan med fordel kombineres med hydralazin ved sterkt nedsatt nyrefunksjon. Dersom man ønsker å seponere preparatet for f.eks. kirurgisk inngrep, bør seponering skje gradvis i løpet av 7-10 dager.

Interaksjoner:

Betablokkere C01D

β -stimulerende adrenergika

antidiabetika

antihypertensiva/diuretika

digitalis

disulfiram

generelle anestetika
sekalealkaloider

kolinesterasehemmere

verapamil

blokkerer β -adreneffekt (VIb)
økt hypoglykemisk effekt (VIa)
økt BT-senkende effekt (VIa)
bradykardi. arytmi (VIa VII)
dempet disulfiram/etanol reaksjon (VII)
myokard-depresjon
økt risiko for perifer karspasm (VIa)
økt risiko for bradykardi (VIa)
økt risiko for myokarddepresjon (VIa)

Holdningsproblemer hos barn og ungdom, spesielt i skolesituasjonen

Ved mensendieck-sykegymnastene Kari Brøtmet, Tove Bjørnson Lampe og Anne-Mari Mohn

Helsetilstanden blant skolebarn har forandret seg slik som sykdomsbildet forøvrig i samfunnet. Skolehelsetjenesten har tatt konsekvensen av dette, og legger nå mer vekt på det forebyggende arbeid med vår tids folkesykdommer: hjerte/karsykdommer, sykdommer i skjelett/muskelsystemet og nervøse lidelser.

Endel uheldige forhold viser seg allerede i tidlig skolealder, som f.eks. dårlig kondisjon, overvekt, svak muskulatur, anspenthet og røkevaner. Hyppigheten av disse tilstander viser en økende tendens opp gjennom skolealderen og må derfor vies oppmerksomhet. Noen av disse lidelsene har sin årsak i livsstilen, og der hvor det lar seg gjøre, må en forsøke å påvirke denne i gunstigere retning. Her er skolen i en nøkkelposisjon med store muligheter for helseopplysning og påvirkning av daglige vaner.

Av sykdommer i skjelett/muskelsystemet er belastningslidelsene dominerende. Årsaksforholdene er ikke vitenskapelig klarlagt, men det er meget som taler for at belastningslidelsene kan forebygges gjennom tiltak i tidlig alder, f.eks. ved helseopplysning, teoretisk og praktisk. Det å oppleve på egen kropp er en pedagogikk vi har erfaring for fenger på alle alderstrinn.

Kroppsholdning er i den senere tid blitt et noe nedvurdert begrep, kanskje fordi det er vanskelig å definere presist og dermed også å forstå.

Kroppsholdning er resultatet av en rekke faktorer: arv, miljø og psyke, for å nevne noen. Holdning har med belastning

å gjøre, såvel mekanisk/fysisk som psykisk. Skal skolebarns holdning vurderes, må det observeres hvordan barnet belaster sin kropp i ro og ved bevegelse, i tillegg til at de ovennevnte forhold tas med i betraktning, slik at det blir en helhetsforståelse av eleven.

Mennesket må bære sin egen kroppsvekt, og det er ikke likegyldig hvordan vektfordelingen er for de vektberende flater. Det får konsekvenser for de strukturene som støtter leddene. Vi vet at kroppen vedlikeholdes ved funksjon. Når det gjelder muskler og ledd, må vi stille betingelser til funksjonen. Ved feilbelastninger eller overbelastning kan det føre til at muskulaturen enten blir for lite brukt (dårlig utvikling), eller at den overanstrenges, - i begge tilfeller vil resultatet bli en forstyrrelse av den naturlige balanse i styrkeforholdet musklene imellom, og føre til dysfunksjoner.

I praksis vil dette si at leddene bør belastes i midtstilling, det må være god leddkongruens med jevn trykkfordeling. Ved hensiktsmessig belastning på leddkapsler og bånd, vil kroppsstillingene kunne opprettholdes og varieres uten overbelastning.

Det er ikke sjelden at barn i skolealder angir difuse smerter i f.eks. rygg, nakke, skuldre eller knær.

Plagene kan være så sjenerende at de hemmer eleven i de daglige aktiviteter: de "orker" ikke gå på ski, sparke fotball eller hoppe tau o.s.v. I noen tilfeller kan det ved nærmere klargjøring av forholdene vise seg at

eleven driver for intens og ensidig treningsmønster, slik at visse muskelgrupper og senefester utsettes for for stor belastning. En omlegging av treningen er kanskje alt som skal til for å bedre forholdene.

I andre tilfeller kan det synes vanskeligere å finne en forklaring på plagene ved vanlige kliniske prøver og undersøkelser. Ved nærmere funksjonsundersøkelser hvor muskelfunksjon, styrke og bevegelighet utprøves, vil en kanskje likevel kunne avdekke muskelinsuffisienser og dysfunksjoner i ledd og muskler. Det er ikke urimelig at selv små funn kan være årsak til plager i et skjelett/muskelsystem som ennå ikke er ferdig utviklet, spesielt sårbart som det synes å være i vekstspurtperiodene hvor påkjenningen på senefestene øker, sannsynligvis p.g.a. den raske lengdetilveksten i knoklene.

Muskelsmerter forårsaket av psykososiale problemer kan ofte gi seg utslag i tilsynelatende uforklarlige muskelsmerter. Det ser ut til at skolealderen særlig er den tid da slike problemer fullt ut viser seg. Problemene bør søkes løst gjennom samarbeid mellom foreldre, skolens helsetjeneste, P.P. (pedagogisk/psykologisk)-tjeneste og lærere, idet både de psykososiale årsaksforhold og de somatiske symptomene må behandles parallelt.

Den naturlige løsning ellers ved funn av risikofaktorer og deres følgetilstander må være å forsøke å gjenopprette normal funksjon gjennom individuell rettleiding og systematisk trening. I skolen kan støtteundervisning i kroppøving ledet, eller under veiledning av fysioterapeut/mensendieck-sykegymnast bli nødvendig.

Et øvelsesskjema for egen trening kan være bra, men er dessverre lite inspirerende. Generell fysisk aktivitet er positivt, men kan ha den ulempe at en ikke

Pass alltid på holdningen. Her ser De 2 svært vanlige holdningsfeil og korrekt holdning.



treffer svakheten. Som regel oppnår en bedre resultat om denne trenes spesielt først. De individuelle tiltakene en råder til må følges opp av skolehelsetjenesten. Dette kan være tidkrevende, men er viktig og nødvendig.

Som primærforebyggende tiltak må det være viktig at ethvert barn får lære om sin egen kropp, dens muligheter og begrensninger, så det aksepterer sine sterke og svake sider.

En trening basert på bevisstgjøring om kroppens muskelapparat, forskjellen mellom spenning - avspenning, de mekaniske forhold ved bevegelser, samspillet mellom psyke og soma, burde være grunntrening for alle. Dessverre får mange ingen opplæring om disse forhold før belastningslidelsene er et faktum og reparasjonene må settes inn.

Målet må være at barnet blir glad i kroppen sin og dermed også interessert i å ta ansvar for egen helse i fremtiden. Her burde skolen, støttet av skolehelsetjenesten, kunne gjøre mye, bl.a. ved å koordinere undervisningen i kroppsøving og helselære slik at teori og praksis kan utfylle hverandre. I kroppsøvingsfagets målsetting heter det at faget

bl.a. skal:

- fremme harmonisk vekst og utvikling
- hjelpe eleven til å ta vare på kroppen og bruke den riktig.

Som en naturlig konsekvens av dette bør kroppsøvingfaget oppvurderes og få utvidet timeantall. Videre bør undervisningen i faget differensieres slik at den enkelte elev får utviklet sine muligheter. Dette gjelder ikke minst for funksjonshemmede elever som ifølge Grunnskoleloven av 1979 også har krav på tilpasset undervisning, men som ofte må oppleve at kroppsøvingstimene kuttes ut for deres vedkommende.

Skolen bør kunne legge forholdene til rette for at friminuttene kan brukes til aktiv lek og bevegelsesutfoldelse, og være med å stimulere barn til allsidighet i sine valg av aktiviteter. Aktiviteter som gir allsidig bruk av kroppen er f. eks. terrengløp, orientering, skigåing, svømming. Betingelsene må være at barnet har den fysiske styrke som skal til for å ha glede av disse aktivitetene, og er psykisk motivert for å delta i dem.

For helsepersonellet i skolen ligger det store og viktige oppgaver, ikke minst på det forebyggende feltet. Helseopplysning er kanskje en av de største. Videre tverrfaglig samarbeid med andre instanser i skolen, veiledning overfor lærere, foreldre og andre som har innflytelse på barns oppvekstmiljø.

Som helsepersonell i skolen har leger og helsesøstre en formell, lovbestemt plass, mens det samme ikke er tilfelle for fysioterapeuter/mensendieck-sykegymnaster. Imidlertid har mange kommuner opprettet stillinger for skolefysioterapeut, enten i tilknytning til skolehelsetjenesten eller som konsulent i skoleetaten.

I stillingen om Skolehelsetjenesten - NOU 53/79, argumenterer arbeidsgruppen for at fysioterapeut bør være en naturlig del av skolehelsetjenesten. De av oss som har arbeidet en tid i skolen har erfaring for at vårt arbeidsområde kan være en viktig ressurs i de forebyggende oppgaver innen skolehelsetjenesten.

Forts. fra side 7.

2.Horneman G, Svensson B. Utvärderingsrapport från friskvårdsprojektet i Torslanda, jan. 1978. Skolförvaltningen i Göteborg.

3.Svanström L. Skolan visar vägen in i samhällsmedicinen. Läkartidningen 2592. 28-29/81.

4.Wohrm A. Friskvård. Årsbok 1977 för Föreningen lärare i religionskunnskap.

5.Wohrm A. Friskvård på skolschemat. Barn. Hem/skola/samhälle nr.3 1981.



UTPOSTEN'S

ALMENMEDISINSKE PROBLEMSERIE



«en liten klikk»

Det var en utrivelig opplevelse å åpne forrige nummer av Utposten og konstatere at sidetallene var forskjøvet. Konsekvensen var at svarslippen ikke lot seg klippe av med returadressen i behold. "En liten klikk?" hadde en av svarerne lakonisk føyet til på sin fotostatkopierte svarslipp!

Vi kan bare beklage denne feilen, uten at vi har funnet det bryet verd å lete etter syndebukker. Desto mer gledelig er det at så mange som 59 kolleger har tatt seg bryet med å fotostatkopiere eller bruke konvolutt. Dermed slipper vi å krype til korset ved å presentere oppgaven en gang til.

Flere har denne gangen uttrykt sin åpenbare misnøye med en lite presis sykehistorie. Den kritikken skal ikke oppgavegiveren ha. Det er seriens redaktører som har kocht en detaljert sykehistorie ned til en travel førstegangskonsultasjon. Men vi innser poenget med at kasuistikken gjerne kan være så presise at de gir rom for mer "fintenkning". Egentlig er det en utfordring til våre lesende kolleger, som vi fortsatt oppfordrer til å sende inn forslag til problemoppgaver.

Forrige oppgave var innsendt av dr. Geir Jacobsen, Trondheim, som forøvrig står redaksjonen nokså nær. Han har også gitt sine kommentarer til oppgaven i dette nummer av Utposten. Det er opp til bladredaktørene å sende ham Utpostens fyllepenn! Vi takker for bidraget.

Westin/Østensen

Hvem svarte på oppgave nr. 3/1981

Til tross for de tekniske vanskelighetene kom det altså 59 svar på problemet "Borghild Hol" i forrige nummer av UTPOSTEN. Bare 5 av svarerne var kvinner, altså omtrent samme kjønnsfordeling som tidligere. Det var 47, 80% av svarerne, som hadde almenpraksis eller distriktslegearbeid som hovedstilling. Blant de øvrige var 7 sykehusleger, 2 bedriftsleger, 1 turnuskandidat, 1 medisinsk student og 1 i annen legestilling (administrasjon av almenlegetjeneste).

Svarerne viser fortsatt god geografisk spredning over hele landet. Denne gangen er det bare fra Aust-Agder fylke vi ikke har mottatt noen svar. Fire fylker topper tabellen med like mange svar hver: Akershus, Oppland, Telemark og Møre og Romsdal.

PROBLEMKASUS NR. 4/1981



BJØRG LIEN

Ved undersøkelsen kjenner du at huden hennes er myk og lett fuktig.

Pulsen er svært uregelmessig og på EKG finner du en atrieflimmer. Du synes pasienten er lett stirrende i blikket, men hun oppgir selv at hun har vært slik i flere år. Du får fram en gan-

ske fin tremor på hendene. De dype senerefleksene er lette å utløse, men uten at du med sikkerhet vil kalle dem patologiske. Fortil og nedad på halsen kjennes en jevn, symmetrisk og litt ømfintlig hevelse som glir opp og ned når hun svelger. SR = 72mm.



Bjørg Lien er den 51 år gamle ektefellen til en av de faste blodtrykks-pasientene du behandler i din almenpraksis.

Hun har tidligere vært frisk, bruker ingen medisiner fast og er vanligvis fysisk aktiv og i god form. Nokså nylig behandlet du henne for en akutt bronkitt.

De siste 1-2 måneder har hun svettet mer enn vanlig, om natten betydelig, og lufter i en slik grad at familien nå reagerer. Hun har kjent seg slapp, orket mindre enn vanlig og gått ned 4 kg i vekt. Matlysten er allikevel nesten bedre enn før. Hun har følt seg rastløs og hjertet har slått urolig i perioder. Avføringen har vært løs i blant. Videre mener hun at hun nok har hatt litt feber.

HVORDAN BESVARE OPPGAVEN

Les først sykehistorien. Ta deretter for deg den første diagnosen under avsnitt A, og angi med et tall fra 5 til 1, se nedenstående skala, hvor sannsynlig det er at du ville velge denne diagnosen. Fortsett så med hver diagnose og senere med hvert diagnostisk/terapeutisk tiltak under avsnittene B og C. Det skal stå ett tall i hver rute. Gjenta tallene i kolonnen til høyre som skal klippes fra og sendes inn.

Tallene betyr:

5. Helt enig: - over 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
4. Delvis enig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
3. Usikker: mellom 25% og 75% sikkerhet for at jeg ville velge dette alternativet.
2. Delvis uenig: mellom 75% og 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.
1. Helt uenig: over 95% sikkerhet for at jeg ikke ville velge dette alternativet.

Vi forutsetter at hvert svaralternativ blir vurdert for seg. Det er for eksempel intet i veien for at du kan velge å gi alle svaralternativene samme vekttall.

Frankeres
som brev

STIFT

Institutt for samfunnsmedisin
Blokk 38
Regionsykehuset i Trondheim
7000 TRONDHEIM

BRETT

UTPOSTENS
almenmedisinske problemserie
nr. 4/1981

STIFT



Klipp her



For å gi nye lesere anledning til å delta i gjennomgåelsen av svarene på oppgaven i forrige nummer av UTPOSTEN, gjengir vi nedenfor sykehistorien slik den ble presentert. Svarene følger på motstående side.

Problemkase nr.3/1981

BORGHILD HOL

Som almenpraktiker i en middelstor norsk by får du en dag på ditt kontor besøk av Borghild Hol. Hun er 48 år, gift, har voksne og nylig fraflyttede barn og arbeider deltid som sentralborddame. Du kjenner henne som pårørende i forbindelse med farens død av hjerteinfarkt knapt et år tidligere.

Hun forteller at hun det siste året har fått tiltagende plager med smerter i brystet, ofte som en sviende fornemmelse. Hun får det gjerne når hun har det travelt, gjør storrenngjøring eller går i trappe opp til leiligheten i 3. etasje. Iblant kommer smertene også når hun blir "alterert", ofte etter konfrontasjoner med svigermor i etasjen under som legger seg mye opp i familiens liv.

Tidligere har hun også hatt plager med anfall av tung pust, tror selv det er en slags allergi. Ihvertfall ble hun bedre etter at de avlivet hunden et par år tidligere. Overgangsalderen har heller ikke vært problemfri. Hun har periodevis vært nedfor og søvnløs og plaget av svetteøkter. Av en gynekolog i byen har hun fått østrogen-tabletter, som hun fortsatt bruker. Etter hvert er hun blitt engstelig for å ha hjertesykdom, slik faren var plaget med i mange år før han døde. Har "trøstespist" det siste året og gått opp 5-6 kg til 67 kg.

Ved vanlig klinisk undersøkelse påviser du et blodtrykk på 160/100, ellers intet særlig, høyde 160 cm.

BJØRG LIEN

Nedenfor gjengir vi en grafisk framstilling av hvordan problemet ble løst denne gang. De skraverte søylenes høyde viser hvor mange prosent av svarene som angir denne grad av enighet i det enkelte svaralternativ.

Til høyre presenteres en grafisk framstilling av svarenes gjennomsnittlige tallverdi.

Tallrekken lengst til venstre er oppgavegiverens egen vurdering av det aktuelle kase.

Oversikten skulle gi et godt inntrykk av hvordan

oppfatningene fordeler seg. Men vi understreker som før at flertallet ikke nødvendigvis har den beste løsning i medisins verden!

De som mot formodning ikke har klippet sitt forrige UTPOSTEN-nummer helt i stykker, kan nå få gleden av å sammenligne egne svar med 58 andre kollegers!

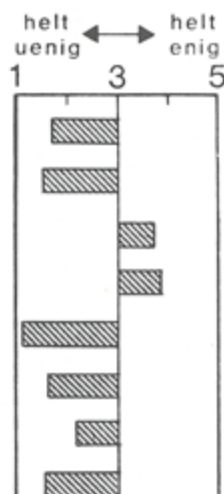
PROBLEMKASUS NR. 3/1981

Pasient: BORGHILD HOL

Antall svar n = 59

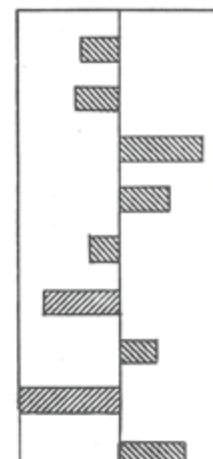
A: DIAGNOSEFORSLAG:

		Oppgavegiver svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart			
			1	2	3	4	5	
a	hyperventilasjonssyndrom	2						
b	asthma bronchiale	2						
c	angst/hjertenevrose	4						
d	angina pectoris	4						
e	polymyalgia rheumatica	1						
f	gastritt	1						
g	intercostalmyalgi	3						
h	annen diagnose							



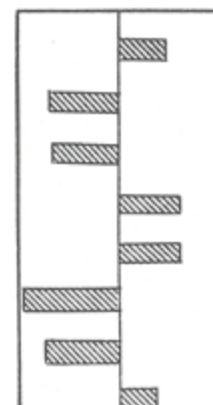
B: SUPPLERENDE U.S 1. GANG:

		Oppgavegiver svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart			
			1	2	3	4	5	
a	thyreoidea funksjonsprøver	3						
b	elektrolytter	1						
c	Hgb og SR	5						
d	urin stix og micro	5						
e	serumlipider	1						
f	hvite blodlegemer m/diff	1						
g	belastnings EKG	2						
h	coronar angiografi	1						
i	annen undersøkelse							



C: ØVRIGE TILTAK 1. GANG:

		Oppgavegiver svar	helt uenig	helt enig	Ubesvart			
			1	2	3	4	5	
a	oppfordring til slanking	1						
b	β-blokker	1						
c	diazepam	1						
d	nitroglycerin prøvebehandling	5						
e	flere konsultasjoner nødvendig	5						
f	henv. til psykiater	1						
g	henv. indremed./innl. sykehus	2						
h	annet tiltak							



Kommentar til svarene på oppgave 3/1981

BORGHILD HOL



De fleste har i sin besvarelse antydnet angst/hjerteneurose eller angina pectoris som den mest sannsynlige diagnose. Det siste forslaget har fått størst tilslutning. Sykehistorien etterlater fortsatt noe tvil hos såvel pasient som lege! Gjentatte EKG undersøkelser under belastning har heller ikke gitt sikre holdpunkter for ischemi. Cardiologen er således også i tvil om den endelige diagnose.

I virkeligheten kan det dreie seg om et, ikke enten eller, men et både og. Mitt inntrykk av pasienten etter 7 års bekjentskap som en åpen og utadvendt person gjør at jeg fester tillit til positive utsagn om hurtig og god effekt av Nitroglycerin. Når det i andre tilfelle kan ta 10-15 min. før Nitroglycerin virker, kan det være grunn til å mistenke at andre mekanismer er inne i bildet.

De øvrige diagnoseforslag inneholdt sykehistorien svært få holdpunkter for. Endel har i sine svar likevel foreslått intercostal myalgi. Igjen er det å bemerke at sykehistorien ikke utelukker tilleggsdiagnoser som enkelte av de nevnte.

Mistanke om angina pectoris hos en 48 år gammel kvinne krever en avklaring med henblikk på hypothyreose. Denne tilstand er ledsaget av såvel høyt kolesterol som vektøkning. Jeg er i tvil om jeg ville sende thyroidea funksjonsprøver første gang. Det er litt avhengig av når jeg ber pasienten komme tilbake. Full lipidstatus som det ville være rimelig å rekvirere samtidig, krever en fastende pasient. Jeg vil ikke kunne forvente at fru Hol er fastende første gang hun søker lege.

Det er stor enighet blant de fleste om å ta Hb/SR og urin: stix og mikro som ledd i en første konsultasjon. Foruten den gevinst disse prøvene har som ledd i en generell vurdering av en førstegangs pasient, kan nevnes at de også er første skritt i utredningen av en mulig hypertoni på basis av en kronisk pyelonefritt. Alle de tre nevnte prøvene er av verdi i en slik utredning.

Noen har i sine svar antydnet undersøkelse med henblikk på okkult blod i fæces. For de som har tenkt i retning av dyspepsi/gastritt må det ansees riktig med slike prøver. Sykehistorien peker egentlig lite i den retning.

Mange vil oppfordre pasienten til å slanke seg.

Jeg er uenig i at man bør gjøre dette allerede første gang man ser henne. Hvis jeg sier: "Fru Hol, De bør slutte med trøstespisingen Deres og gå ned i vekt", har jeg egentlig ikke fortalt pasienten annet enn det hun vet fra før.

Hvis jeg på den andre siden seriøst setter opp en diett- og kaloriliste for å få pasientens vekt ned, starter jeg for tidlig å behandle en tilstand hvis årsak jeg ennå ikke kjenner grundig nok.

Flere konsultasjoner er nødvendig. I noen av besvarelsene antydes det at anamnesen er for dårlig og kan gjøres bedre. Dette erkjennes, men er også litt av et poeng i seg selv. Den almenmedisinske hverdag med ca. 15 min. til rådighet for hver pasient, er en realitet vi fortsatt må leve med. Hvis vi er oss dette bevisst, kan vi trinnsvis gjennom flere konsultasjoner gjøre anamnesen bedre. Prøvebehandling med Nitroglycerin, som også mange har foreslått, vil dessuten hjelpe oss i retning av en mer presis diagnose.

Svarene går forøvrig fram av diagrammene. De taler for seg selv og trenger ingen nærmere kommentarer. Takk for interessen!

Geir Jacobsen

NYTT FRA ALMENMEDISINSK FORSKNINGSUTVALG

I forrige nummer av UTPOSTEN (nr. 4/1981 s. 14) ble det gitt en fortegnelse over hvilke forskningsprotokoller som hadde vært til vurdering i Almenmedisinsk forskningsutvalg i 1981.

Senere er følgende protokoller mottatt og vurdert:

- Utprøving av medikament mot svimmelhetsanfall, Scopolamin "Transdermal Therapeutic System". v/ CIBA/ GEIGY.
- Daktacort/ Kenacutan i behandling av hudmycoser med inflammatorisk innslag - multisenterstudie.
- Study on the antihypertensive efficacy of nifedipin in long-term treatment of essential hypertension. v/ Bayer Kjemi A/S.

Som tidligere kan interesserte kolleger be om kopi av utvalgets vurdering av tilsendte protokoller. Henvendelse til Almenmedisinsk forskningsutvalg v/ prof. Bent Guttorm Bentsen, Institutt for samfunnsmedisin, Blokk 38, Regionsykehuset, 7000 Trondheim. SW

KURS FOR SKOLE- LEGER



Forts. fra s. 5

skolehelsetjeneste, eventuelt med skoleoverlege som faglig og administrativ leder, og også om nødvendig med heltidsansatte skoleleger. Dette siste ser jeg som en nødvendighet for faglig utviklingsarbeide.

Dersom skolelegen ikke er distriktets primærlege, finner jeg det meget viktig at skolelege og primærlege har regelmessig kontakt.

9.-10. september 1982

Kurset er beregnet på almenpraktiserende leger og distriktsleger som arbeider på deltid i skolehelsetjenesten. Det er også åpent for studenter f.o.m. 9. termin/siste år i klinikken og eventuelt andre interesserte leger.

Kurssted: Ezzo Motor Hotel, 7000 Trondheim.

Kursleder: Geir Jacobsen, Institutt for samfunnsmedisin.
Arne-Ivar Østensen, Alm.pr. D.N.L.F.

Påmelding til:

Studiekonsulent Arild Hals, Avdeling for medisin,
Eirik Jarls gt. 10, 7000 Trondheim.

Påmeldingsfrist:

1. august 1982

Kursavgift: kr. 200,-

Torsdag 9. september

- 11.45 Registrering
- 12.00 NOU 1979:53. Skolehelsetjenesten
- 12.30 Skolelegens syn på de nye perspektiver
- 13.00 Gruppearbeider
- 14.00 Diskusjon i plenum
- 14.45 Kaffe
- 15.00 Skolebarns epidemiologi
- 16.00 Skolebarns adferd
- 17.00 Arbeidsteknikker i skolehelsetjenesten
Helseu.s. og helseopplysning: Individuelt og grupperettet.
- 18.00 Slutt.

Fredag 10. september

- I Somatiske problemer i skolealderen.
- 09.00 Sanser: Syn og hørsel
- 10.00 Veksteanomalier
- 10.45 Kaffe
- 11.00 Generelle medisinske problemer
- 12.00 Tilstander i bevegelsesapparatet
- 13.00 Lunch
- II Sosiale problemer i skolealderen
- 14.00 Avvikende adferd
- 15.00 Gruppearbeider
- 16.00 Diskusjon i plenum
- 16.45 Oppsummering. Evaluering
- 17.00 Slutt.



NOU 1979:53 slår fast at det er meget viktig at fysioterapeuten bør inngå som en fast deltager i "skolehelseteamet", og at fysioterapeuten i skolehelsetjenesten administrativt og faglig bør knyttes til primærhelsetjenesten. Jeg er prinsipielt enig i dette. Men samtidig som jeg mange steder ser behovet for endel heltidsansatte skoleleger, ser jeg også behovet for endel heltidsengasjerte skolefysioterapeuter, for å gjøre nødvendig faglig utviklingsarbeide og for på en medisinsk forsvarlig måte kunne dekke de spesielle behov hos elevgrupper i spesialskoler/spesialskoleavdelinger.

Kort summert mener jeg at vi har behov for en skolehelsetjeneste, og for at denne skal fungere tilfredsstillende er det nødvendig med:

- a) skolehelsepersonell (skoleleger, helsesøstre, fysioterapeuter) som er spesielt interessert i barn og ungdoms helseproblemer,
- b) faglig utviklingsarbeide og kontinuerlig evaluering for å komme frem til de beste arbeidsmetoder og rutiner,
- c) definerte, faglige krav til skolehelsepersonellet,
- d) regelmessig videre- og etterutdanningstilbud for personellet
- e) tilstrekkelig tid og arbeidsmuligheter for personellet til å gjøre en god jobb, og
- f) regelmessig strukturert og uformelt tverrfaglig samarbeide med alle faggrupper som arbeider med barn og ungdom.
- g) Sist men ikke minst, engasjerte sentrale helsemyndigheter, som ser skolehelsearbeidet som viktig, og derfor gjør noe for at dette helsearbeidet skal funksjonere tilfredsstillende.



Manifestasjoner ved vitamin B₁₂-mangel



såvel til profylakse som til behandling

Betolvex

(cyanocobalamin-tannin-kompleks)

Depotpreparat som sikrer organismens vitamin B₁₂-status.

For øvrige opplysninger, se Felleskatalogen.

DUMEX

**NYHET
FRA**



URI-MED A.S

1458 Fjellstrand

Tlf. (02) 91 80 13 – 91 81 29

EASTLEIGH MED BARE EN MATTE

Det velkjente Dri-Nite Eastleigh alarmsystem for sengevætere har etter mange år kommet med en ny modell! Til dette apparatet trengs kun en matte, laget i myk plast med trykte kretser. Dette gir en rekke brukerfordeler:

- behageligere å ligge på
- lettere renhold
- enklere instruksjon
- unngår «falsk alarm»
- raskere varsling

Selve apparatet er mindre og nettere i utførelsen enn den tidligere modellen, og drives av et lite 9 volts batteri. Lyden er en annen, og lampen blinker helt til apparatet blir slått av.

Prisen er den samme som før, dvs. kr. 500,- ekskl. mva. for et komplett anlegg.

TETRALYSAL® lymecyklin har i flere arbeider vist god effekt mot Chlamydia/NGU infeksjon (3,4). Tetralysal kjennetegnes ved kombinasjon av høy aktiv urinkonsentrasjon og god vevspenetrasjon (såkalt både/og-effekt). Det er vanskelig å utelukke at nettopp denne egenskapen kan ha betydning for det endelige behandlingsresultat (5).

Non gonoroisk uretritt: 300 mg × 2 i 7-10 dager.
Ved svært alvorlige infeksjoner forlenges behandlingen til 2-4 uker.
Pris pr. 1/1-81:
Dagsdosen (2 kapsler) vil variere mellom kr. 7,86 og kr. 4,53 alt etter hvilken pakningsstørrelse man velger. Spesielt sistnevnte døgndose må sies å være prisgunstig. Derfor: Hvorfor ikke prøve Tetralysal når et tetracyklin er indisert?

Tetralysal «Erba». Tetracyklin-preparat.

Kapsler. Hver kapsel inneholder Lymecyklin og/eller tetracyklin 0,15 g, resp. 0,3 g.
Egenskaper. Tetralysal er som andre tetracykliner et bredspektret antibiotikum med bakteriostatisk virkning.
Indikasjoner. Infeksjoner forårsaket av tetracyklinfølsomme Gram-positive og Gram-negative mikrober, spirocheter, rickettsier og visse virusarter, også mycoplasma.
Kontraindikasjoner. Overfølsomhet overfor tetracykliner. Nedsatt nyre- og leverfunksjon. Pyelonefritt. Graviditet. Barn under 12 år.
Bivirkninger. Gastrointestinale besvær, som kvalme og brekninger og diare. Overvekst av resistente mikroorganismer kan forekomme (monilla og stafylokokker) (vaginitt) kan forekomme.
Fotosensibilitet (og allergiske reaksjoner) kan forekomme. Glositt, stomatitt, proktitt.
Forsiktighetsregler. Ved nedsatt nyrefunksjon, særlig i forbindelse med svangerskap, kan tetracykliner ved akkumulasjon gi lever- og nyreskader. Hvis det er nødvendig å gi tetracykliner til slike pasienter, bør det foretas nyre- og leverfunksjonsprøver før og under behandlingen (evt. også bestemmelse av tetracyklinnivået i serum). Tetracyklin kan gi en forbigående hemming av benveksten og bør ikke brukes i vekstperioden. Under svangerskapet, særlig i 2. og 3. trimester, bør en ha for øyet muligheten for vanning og emaljehypoplasi av de permanente tenner ved behandling opp til 7-9 år. Tetracyklin bør i nevnte perioder bare brukes på klare indikasjoner, og når avveining mot alternative antibiotika er foretatt.
Interaksjoner. Divalente kationer (Fe⁺⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, Al⁺⁺⁺) danner chelatforbindelser med tetracykliner, slik at antibiotikumabsorpsjonen nedsettes. Tetracyklin bør derfor alltid tas utenom matidene, og spesielt ikke sammen med jern, antacida eller melk. Fenitoin, tenilyburazon, perorale antikoagulantia, sulfonyleurea.
Dosering. Voksne: 1 kapsel a 0,15 g 4 ganger daglig eller 1 kapsel a 0,3 g 2 ganger daglig. Denne dose kan økes hvis nødvendig. Barn: Vanlig dosering 8-10 mg pr. kg legemsvekt pr. dag.
Pakninger. 0,15 g - 25 stk., 100 stk., 0,3 g - 14 stk., 20 stk., 50 stk., 100 stk.

Referanser:

- Oriel 1978, Corn B Current therapy, Sanders, Philadelphia.
- The New England journal of medicine. I Schacter: Chlamydia infections. (second of three parts) Medical Progress. March 2nd, 1978.
- J. Wallin, Acta Universitatis Upsaliensis 212, 1974.
- K. R. Bremner, NZ med. J. No 84: 314-315, 1976.
- Fryjordet, Tidsskrift for Den norske lægeforsning nr. 29, 1979.



For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.

MONTEDISON GROUP
FARMITALIA CARLO ERBA

Samme adresse/telf. nr. som før:
Billingstadsletta 72, Boks 133, 1360 Nesbru
Telf. (02) 790760

BRATLIE ELI OG OLA
2250 ROVERUD

Returadresse:
UTPOSTEN
Risvollan Legesenter
Boks 3616
7001 Trondheim

SURMONTIL® 10 mg

trimipramin

Justeringsdose
med DELESTREK!

NYHET!

NYHET!



NYHET!

NYHET!

INDISERT
ved
ANGST og SØVNFORSTYRRELSER

Pakninger à 30 og 100 stk.
M.h.t. bivirkninger, kontraindikasjoner og
forsiktighetsregler: Se Felleskatalogen.

RHÔNE-POULENC MEDISINSK INFORMASJONSKONTOR

Skårerveien 150 . Postbox 20 . N-1473 Skårer . Tlf. (02) 70 55 20

