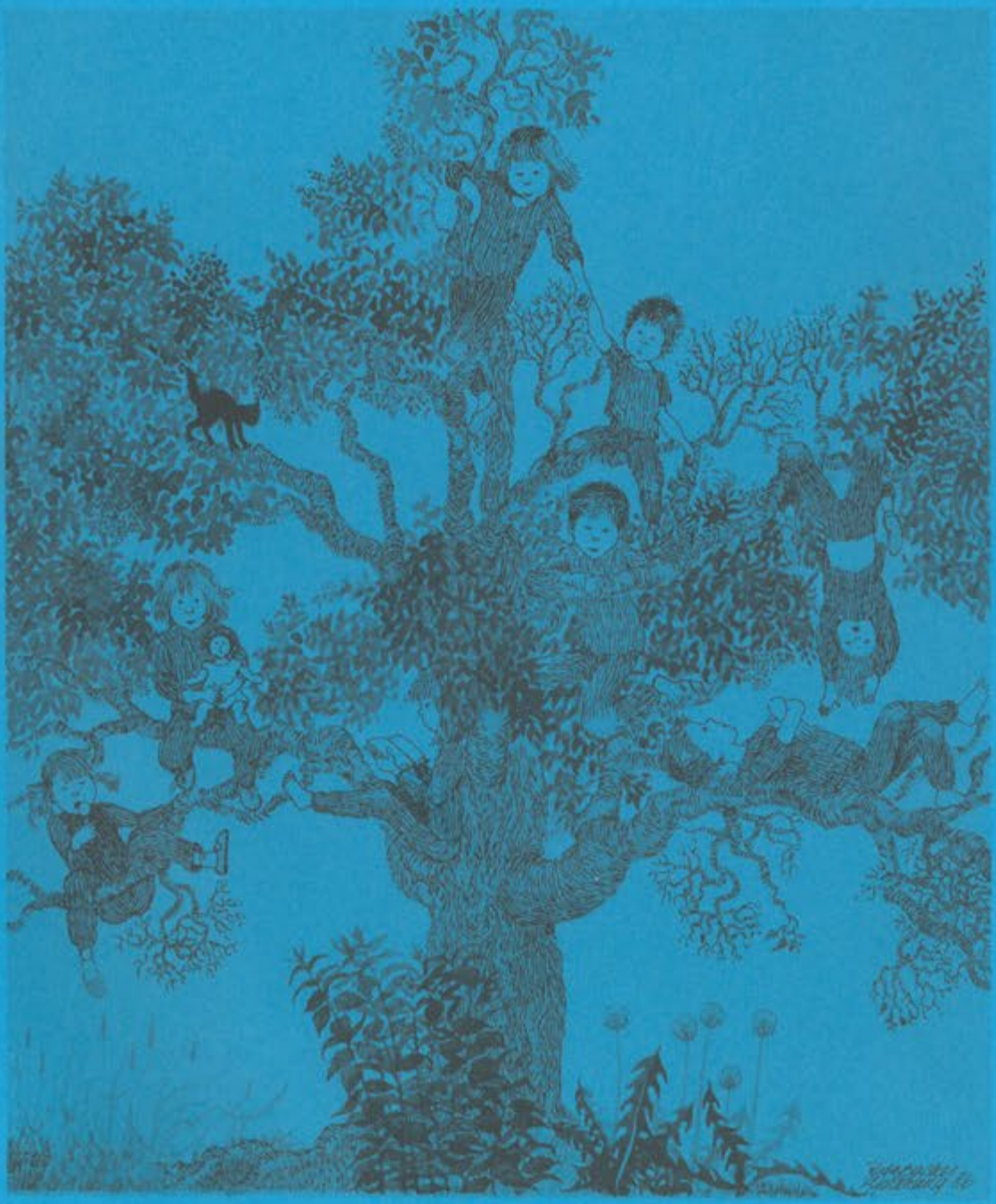
UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1 1987 ÅRGANG 16



Av innholdet:

Tema: Pediatri

Ellers: Om legefrakken — Oppgave i almenmedisin — Ultralydscreening — Kombinasjonsdoktoren m. m.

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret 6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S 9652.63.00111

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 65 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenna
Inst. for Almenmedisin
Fr. Stangsgt. 11/13
0264 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 56 92 10
Tlf. priv. 02. 87 11 93

Frode Heian
Tingvoll Helsesenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072. 55 036
Tlf. priv. 072. 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 361
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,-. Layout: Ulset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

Nr. 1, 1987

Velkommen i 1987!

Her kommer et bevis på at Utposten lever videre i sitt 16. år. Vi takker for all interesse og alle henvendelsene vi får til bladet. Vi har en følelse av Utposten har en spesiell plass i norsk almen- og samfunnsmedisin: et sted som kanskje ligger nærmere hjertet enn hjernen?? Av hensyn til dem av oss som har en svært konkret fantasi skal jeg ikke forfølge dette bildet: Jeg mener f.eks. ikke at de fleste har Utposten i vrangstrupen, hjertet i halsen, hjernen i magen, mot i brystet, vett i pannen etc. etc..

Vi venter å høre fra dere i 1987 også: noen store tanker og mange små. De som vil finpusse tanker og stil, kan bygge seg opp til essaykonkurransen slik at Jørgen Jørgensen må anstrenge seg til det ytterste dersom han planlegger å bli fast vinner. Alle andre kan sende sine bidrag, lange og korte, gjennom hele året. Det kan være både sorger og gleder fra hverdagen, resultater lokale undersøkelser og andre tiltak som kan være til lærdom og nytte for kolleger i land og by. Vi legger vekt på å bevare den litt uhøytidelige formen og stilen: andre får formidle det vitenskapelige gravalvor.

Velkommen i Utposten!

INNHOLD:

TEMA: PEDIATRI

Ole Sverre Haga:
Praktisk pediatri ..... s. 2

Ellen Rygh Myraker:
Incest og andre seksuelle overgrep på barn ..... s. 6

Berit Austveg:
Innvandrerbarn på helsestasjon ..... s. 12

Frode Heian:
Team som arbeidsform ..... s. 18

Eva Almhjell (intervju):
La barna gå oss til hodet! ..... s. 19

Pediatrisk bokliste ..... s. 26

Jon Hilmar Iversen (bokanm.):
Har du lyst, har du lov! ..... s. 30

Tor Anvik, Mari Kristin Johansen:
Legefrakken — anakronisme eller folkekrav? ..... s. 33

Gisle Roksund, Berit Lien:
Å smi mens jernet er varmt ..... s. 38

Steinar Westin:
Oppgave i almenmedisin ..... s. 39

Berit Tveit:
Nyttårsbrev ..... s. 41

Børje Wallheden:
Distriktsläkar'n ..... s. 42

Steinar Westin:
Nytt fra dansk almenpraksis ..... s. 43

Ola Lilleholt:
SIMG's høstkonferanse 1986 ..... s. 45

Anne Mathilde Hanstad:
Bruk av ultralydscreening i svangerskapet ..... s. 46

Uttalelse fra OLL's styre:
Kombinasjonsdoktoren ..... s. 48

Litt om alderspensjon og rettferdighet

Begrepet rettferdighet er mangfoldig. Lov om folketrygd, som i år er blitt 20 år gammel, bygger i stor utstrekning på det det som har vært kalt Matteusprinsippet: "For kvar den som hev, han skal få, so han hev nøgdi; men den som ikke hev, skal missa endå det som han hev." (Matt. 25,29, finnes også hos Lukas 19,26).

Hva kan motivene ha vært for å legge dette prinsippet til grunn for Lov om folketrygd? Dersom jeg ser bort fra virkelig usympatiske og usolidariske motiver, kan jeg gjette at de har sine røtter i forsikringstanken: nemlig at ytelsene skal variere med premiens størrelse. Kanskje var det også tenkt at det ville være lettere å betale folketrygdavgiftene dersom hver enkelt visste at dette ble premiert med "pensjonspoeng".

Som kommunelege er jeg sikkert ikke spesielt meningsberettiget i denne saka, men uttaler meg i alle fall som interessert legmann. Ganske særlig føler jeg en trang til å kritisere gjeldende lov i forhold til bestemmelsene om alderspensjon.

Det er individets alder og det faktum at en har vært i lønnsarbeide som er hovedkvalifikasjonene for å bli tilgodesett med alderspensjon. Vi vet at samfunnet aldri vil bli slik at alle vil ha mulighet for å samle seg pensjonspoeng gjennom lønnsarbeide. Vi vet også at mange utfører verdifullt og nødvendig arbeide gjennom hele livet uten at det godskrives med pensjonspoeng.

Vi er nå i ferd med å få flere klasser av alderspensjonister: svært mange med minstepensjoner og en mye mindre gruppe med tilleggspensjoner fra Folketrygda. De som har hatt lønnsarbeide, har hatt best anledning til å legge seg opp penger til alderdommen, de vil også ha hatt anledning til å ha skaffet seg den beste boligstandarden: På toppen blir de belønnet med en spesielt stor alderspensjon. Javel, så har de gjort seg fortjent til denne ekstra pensjonen for å opprettholde en levestandard og en livsstil: Et argument som forsikringsselskapene bruker for å lokke de samme lønnsarbeiderne til å sikre seg ytterligere standard i alderdommen.

Som leger har vi god anledning til å se oss om: Er det noen 75-, 80- eller 90-åringer som ut fra en objektive vurdering har større behov for trygd enn sine jevnaldede? Kunne vi oppnå større rettferdighet og økonomisk bevegelsesfrihet for alle gamle dersom alderspensjonen ble lik for alle slik den gamle alderstrygda var? Kanskje ville samfunnet nå lenger med en slik rettferdighet? De som har gode og stabile inntekter vil naturligvis fortsatt kunne dekke seg med private spare- og pensjonsordninger, men vi ville i alle fall slippe å se den absurde ulikheten vi har idag.

Hvordan ville vi oppfatte det om også barnetrygda var gradert etter Matteusprinsippet, f.eks. etter foreldrenes inntekt?

Jeg tør ikke gå inn på en diskusjon av dette prinsippet i forhold til uføre- og yrkesskadepensjonene: Kanskje er disse mer forsikringspreget og bli bevilget etter helt andre kriterier enn alderspensjonen.

Lov om sosial omsorg er under revisjon. Etter henholdsvis 20 og 23 år med Lov om folketrygd og Lov om sosial omsorg kan det nå være behov for en usentimental revisjon hele dette sosialpolitiske feltet.

Med dette kaster jeg en stein (eller er det en kinaputt?) mot en av pillarene: Matteusprinsippet. Blir noen fristet til å gjøre det samme?

TEMA Pe

Prak

Frode Heian

I dette nummeret har vi valgt å presentere noen smakebiter fra ulike sider ved et stort emne. Temaene er valgt ut blant relativt forsømte eller ukjente sider av pediatrien. Like mye som de står for seg og gir verdifull informasjon, understreker de bredden også i denne delen av vårt almenmedisinske fagområde.

Vi åpner med jordnært, praktisk rettet klinisk stoff ved en pediater med bakkekontakt. Slikt stoff er mangelvare i våre lærebøker, som fremdeles bærer sterkt preg av sykehuspediatrien.

Det kliniske arbeid er liksom grunnlaget for vår virksomhet. I det finner vi vår identitet og på det hviler vår troverdighet som fagpersoner.
Det samme burde vi kunne si om psykososial og samfunnsrettet pediatrisk virksomhet, men her er nok grunnlaget svakt. Emnene Incest og Innvandrerbarn burde minne om dette og vil forhåpentligvis inspirere til videre skolering. Her er problemene innfløkte og brer seg langt ut over vårt fagområde.

Det er derfor naturlig med en oppfordring til tverrfaglig samarbeid, som er en nødvendighet ettersom primærpediatrien dreier seg mer og mer om psykososiale problemstillinger.

Det er også viktig å se at andre instanser har mer å bidra med enn helsetjenesten, i hvert fall når det gjelder helsefremmende virksomhet. Men vi bør føle et medansvar for å bedre barns generelle oppvekstvilkår, vi har spesielle forutsetninger for å si noe både om hvor skoen trykker og hvor tiltak må settes inn.
Det er det også mange andre som har, og det siste innslaget er en oppfordring til samarbeid på tvers av etats- og profesjonsgrenser.
Det er her, i arbeidet for et mer barnevennlig samfunn, at vi kanskje kan utrette mest for barns helse i dag

Frode H.

Ole Sverre Haga

Ole Sverre Haga er Områdepediater/spesiallege i pediatri ved Nordfjord sjukehus, 6770 Nordfjordeid.

diatri

tisk pediatri

Mitt innlegg skal handle om vanlige pediatriske problemer som man støter på i almenpraksis. Det burde kanskje en almenpraktiker selv skrive om, men etter at jeg som pediater gjennom 9 år en dag pr. uke har arbeidet sammen med almenpraktikere i såkalt områdepediatrisk setting, har jeg en viss oversikt over hva man i det daglige arbeid klør seg i hodet over når det gjelder pediatri. Jeg tar gjerne imot tips fra leserne om andre emner som er dårlig omtalt i vanlige lærebøker.
Først en del generelle bemerkninger jeg mener er meget viktige:

Grunnleggende:

Barn har alltid foreldre, og disse er nesten aldri hysteriske. Ta foreldrenes bekymring på alvor, og regn med at de har rett inntil du vet hva som feiler barnet. Foreldre og lege er eksperter på området, foreldrene på sitt barn, legen er ekspert i sitt fag.

Foreldre tåler ikke beroligende bemerkninger av typen "Dette er ikke noe å bry seg om, ta det bare med ro". De fleste foreldre blir ikke beroliget av dette. De må i hvert fall også kort få forklart hvorfor de kan ta det med ro.

Hvis du er i tvil, så lat ikke som du er sikker. Foreldre får tillit til leger som innrømmer sin tvil, og gjør noe med det.

Vær på parti med foreldrene. Se ikke på dem som motstandere man snarest må bli ferdig med og få ut døren.

Så litt om selve konsultasjonen. Jeg håndhilser alltid først på barnet og på foreldrene. Så får barnet leke litt, mens legen tar opp anamnese og observerer hva barnet gjør. Observervasjonen av barnet er mer enn halve undersøkelsen, f. eks. på en 2- eller 4-årskontroll.

Når undersøkelsen begynner, sitter barnet på mors/fars fang. Ikke kle av barnet med en gang. Snakk hele tiden med barnet om hva du gjør, selv om barnet kanskje ikke skjønner alt. Ubehagelige undersøkelser til slutt.

Noen tips:

Assistert ekspirasjon.

Når jeg auskulterer lungene på et barn, -og voksne for den saks skyld, legger jeg stetoskopet i den ene hånden og klemmer thorax sammen i ekspiriet med den andre hånden. Jeg lager en krafig ekspirasjon på denne måten, og kan få adskillig tilleggsinformasjon som går på obstruksjon. Pipelyder og andre obstrukslyder kan være vanskelig å høre ved vanlig auskultasjon, men kommer fram ved denne teknikk hvis det overhodet er obstruksjon til stede. Før undersøkelsen varmer jeg eventuelt stetoskopet opp under varmtvannsspringen. Det hindrer skrik. Auskultasjonen begynner på knærne og ender på brystet.

Palpasjon med glatte hender. Med innsåpede- eller oljede hender kan man palpere mye bedre. Spesielt viktig er dette ved undersøkelse av om testiklene er i scrotum.

DET FEBRILE BARN

Noen ord om differensialdiagnostisk tenkning:

Hvis det febrile barn ikke har catarrhalia, tenker man på urinveisinfeksjon, exanthema subitum, tonsillit, i sjeldne tilfelle meningitt, artritter, benbeten-

nelse, leukemi.

Hos barn med catarrhalia som jo er hyppige assosierte er virusinfeksjon den vanligste årsak. Ofte finner vi rød hals, otitt, bronkitt, eller andre nedre luftveisinfeksjoner, av og til meningitt.

Ved en mulig meningitt hos spedbarn og småbarn med åpen fontanelle er det verdifullt å palpere denne når barnet sitter. Fontanellen skal være innsunken når barnet ikke skriker. Fontanellespenningen varierer med puls og respirasjon, men ved meningitt og øket cerebralt trykk er den hele tiden spent.

Det er sjelden grunn til å gi febersenkende medisin av terapeutiskeårsaker. Dog kan det av og til være nyttig for å se hvordan barnet reagerer. Med et visst forbehold viser erfaringen at barn som kvikner fint til ved febersenking, sjelden er alvorlig syke.
Febersenking til sengetid kan gi roligere netter for både barn og foreldre.

Katarrhalske barn får bedre netter når sengen er litt skråstilt, f.eks. 15-20 cm oppbygging under fotenden på en vanlig småbarnseng. Det minsker øreverk, nattehøste, og letter pusten ved tilstander med dyspnoe.

Barnets kontaktevne og våkenhet er viktig å vurdere ved feber. Barnets almentilstand sier naturligvis mer om alvorlighetsgrad av sykdommen enn graden av feber.

Det febrile barn vil jeg helst undersøke på kontoret hvis det er praktisk for familien. Under bilturen til kontoret kvikner ungen til, og vurderingen av det syke barn blir lettere og riktigere.

SYKE BARN OG SENGELEIE

Som en grov tommelfingerregel kan man si at barn som foretrekker å ligge i sengen får gjøre det, og de andre får være oppe.

SYKE BARN: INNENDØRS/ UTENDØRS ?

Barn med otitt, pharyngitt og andre banale infeksjoner behøver ikke være innendørs i for mange dager hvis de er i god almentilstand og ikke er høyfebrile. Jeg har av og til støtt på fortvilede foreldre som har fått beskjed av sin lege om å holde barnet innendørs til antibiotikakuren er slutt, og da kan barnet ha vært i god form og har mast på å komme ut i dagesvis.

TÅREFLOD OG PUSS I ØYET HOS SPEDBARN

Tårekanalene kan være trange eller tette. Massasje av tåresekken utført av foreldrene kan åpne kanalene. Spontan helbredelse i løpet av 1- 1 1/2 år er vanlig. Øyenlegene vil ikke ha henvist disse barna før rundt 1 1/2 års alder, og da er de fleste bra. Antibiotikadråper ved puss i øynene er ikke påkrevet med mindre øyet også er rødt.

INDIKASJONER FOR TONSILLECTOMI

Recidiverende pharyngitter utgjør ingen indikasjon. Skjematisk kan man si at 2-3 tonsillitter med belegg/propper i løpet av 1 år bør foranledige henvisning til øre-nese-hals lege som avgjør indikasjonsspørsmålet. De fleste øre-nese-hals leger ser ellers helst at barna bør være fylt 3 år, uten at det er absolutt. Gjennomgått peritonsillær abscess er indikasjon for tonsillectomi. Store tonsiller er derimot ingen indikasjon med mindre de er så store at de gir mekanisk hindring av respirasjon, f.eks. stadig oppvåkning p.g.a. hel eller delvis okklusjon i liggende stilling, altså apnoe-problemer. I ny litteratur er det angitt mulig sammenheng mellom svære tonsiller med apnoe-tendens og senere påvisbar hjerneskade.

INDIKASJON FOR ADENOTOMI

Henvisning til øre-nese-hals lege ved følgende tilstander:

1. Plagsomme og langvarige adenoide symptomer som består av nasal stenose som kommer til uttrykk gjennom snorking, munnpusting, hyppige neseforkjølelser.

2. Hyppige purulente otitter.

3. Kronisk kataralsk otitt. (retraherte trommehinner med nedsatt hørsel, nedsatt trommehinnebevegelighet, utfall ved stemmegaffelprøver).

OTITIS MEDIA

Meget hyppig helt fra spedbarnsalder. Meget forskjellig kliniske forløp. Derfor hører otoskopi med til generell status også ved tilstander der symp-

tomene ikke uten videre peker mot ørene, som f.eks. ved brekninger og løs mage.
Otitt kan være svært smertefullt, men også smertefritt.
Barna er oftest katarralske, men ikke alltid.
Ved undersøkelsen må barnet være godt fiksert på mors fang, bruk størst mulig øretuber, cerumen som stenger utsikten fjernes med f.eks. en Uckermans sonde uten bomull på. (tren på større barn og voksne først!).

Behandling: Etter mange års uenighet mellom fagfolk vet vi i dag at det er "flere veier til Rom" som kan velges alt etter barnets tilstand, legens temperament, geografiske forhold (lang vei til legekontroll), krav fra foreldre.

1. Smertestillende + antibiotika + nesedråper. Etterkontroll etter 4-6 uker ved ellers glatt forløp. Etterkontrollen har til hensikt å avsløre eventuelt katarralsk otitt. Kan nok av og til sløyfes hvis hørselsen uten tvil er god.

2. Smertestillende + nesedråper + kontroll etter en ukes tid for å se om otitten er i bedring, eller om antibiotika likevel gis.

3. Paracentese i bakre, nedre del av trommehinnen kan gjøres av de som kan det når det er meget store smerter eller generelle symptomer som spisevegring, brekninger etc.. Man kan da se dramatisk god effekt. Halvt sittende sengeleie er viktig både som smertelindring og for drenasje av mellomøret. Ved pussekresjon i mer enn en uke etter spontan perforasjon eller paracentese henvises til øre-nese-hals lege, Eventuelt øreskyllinger etter drøfting med spesialist.

Aktuelle antibiotika: Penicillin, erythromycin, trimetoprim-sulfa. Ampicillinpreparater nesten aldri nødvendig (bare i tidlig spedbarnsalder).

Smertebehandling ved otitt: Folk flest i Norge har acetylsalicylsyretabletter i huset. Bør vel etterhvert erstattes med paracetamol når det gjelder barn. Ved otitt med sterke smerter vil acetylsalicylsyre nesten alltid gi lindring i løpet av 20-30 minutter bare man gir store nok doser, hvilket for sjeldent blir gjort. Smertestillende dose: 50 mg pr. kg kroppsvekt og døgn. Ved akutte øresmerter gis halve døgndosen på en gang, og barnet trenger kanskje ikke flere doser i det hele tatt. Foreldrene må få vite at man ikke skal fortsette med de høye dosene.

KRUPP

Krupp forårsakes av virusinfeksjon. Akutt og skremmende klinikk. Foreldrene ringer i panikk og må beroliges. Sannsynlighetsdiagnosen kan stilles ved å høre stridor pr. telefon. Eventuelt undersøkes barnet samme kveld/natt på legens kontor (hvis praktisk mulig) for å utelukke epiglotitt, og for å berolige.
Erfaringsmessig er barna mye lettere i pusten ved ankomsten til legen. Frisk kjølig luft og oppreist leie er oftest nok for å dempe symptomene tilstrekkelig. På Vestlandet blir barnet straks mye bedre ved å bli tatt ut på gårdsplassen eller en veranda. Hvis ikke kan legen gi Vaponefrin (=rachemisk adrenalin) med sitt forstøverapparat, hvilket alle praktiserende leger bør disponere. Dosering: 0,1-0,15 ml pr. dose hos barn under 2 år, hos større barn 0,2-0,3 ml pr. dose. Virker i løpet av få minutter, og kan eventuelt gjentas i løpet av en times tid.

Ved uttalte symptomer tross denne behandling kan hydrocortison gis og barnet innlegges. Ved protraherte forløp over dager, bør man tenke på bakteriell sykdom og eventuelt gi antibiotika.

Akutt okklusjon er uvanlig ved falsk krupp. Fare for livet oppstår når barnet begynner å bli utslitt. Små og muskelsvake barn slites fortere ut enn store og kraftige. Alternativ til kjølig fuktig luft som behandling, er varm fuktig luft selv om mange fraråder dette. Jeg har dog ofte sett god effekt. Letteste måten å skaffe varm damp på er å sette på dusjen på badet og samtidig ha et vindu åpent.

AKUTT EPIGLOTTIT

Meget sjelden tilstand, heldigvis. I motsetning til falsk krupp er det alltid en livstruende tilstand. Årsak: Hemophilus influensae. Sykdomsbildet utvikler seg i løpet av få timer. Et friskt barn blir høyfebrilt, septisk slapt, og får en ujevn, grov stridor. Barnet sitter spontant oppreist eventuelt foroverlent, spyttet renner fra munnen på grunn av svelgvansker. Slapp, ikke kjempende unge (i motsetning til falsk krupp der barnet virkelig kjemper).

Barnet må innlegges på nærmeste sykehus straks. Legen må følge til sykehuset. Fare for plutselig respirasjonsstans. Dette kan bl.a. skje ved inspeksjon av fauces, hvilket derfor først bør skje på sykehuset under intubasjonsberedskap. Transporten til nærmeste sykehus med anestesiberedskap bør skje i sittende stilling eller i mageleie.

Legen som følger bør være mentalt forberedt på hva han skal gjøre ved respirasjonsstans:

Barnet holdes sittende, tungen trekkes kraftig ut, holdes med gas, lommetørkle e.l., om nødvendig holdes tungen med en stor sikkerhetsnål som stikkes gjennom tungespissen. Barnets lepper presses rundt tungen og lukker munnen, slik at neseventilasjonen blir effektiv. Hodet bøyes samtidig kraftig bakover. Tungen fram - hodet bakover - hermed løftes epiglottis opp. Får man ikke luft i barnet likevel, og barnet er døende, legges barnet på rygg og over legens kne med kraftig bakoverbøyd hode. Man gjør så tracheotomi med dertil egnet utstyr, det finnes forskjellig på markedet. En mulighet er tracheal trochar med kanyle som forhandles av firma Saba. Innstikket gjøres gjennom membrana crichothyreoidea (mellom skjoldbrusken og ringbrusken. Her kan man ev. også sette inn kateter av ett eller annet slag, og gjøre munn til tracheainspirasjon inntil barnet puster selv.

Obs! P.g.a. kombinasjonen av luftveisstenose og sepsis kan barnet slutte å puste når som helst, og må ikke slippes av syne av legen.

Det vil være meget få leger som blir utsatt for å måtte gripe til ovenstående radikale behandling, men det er greit å ha tenkt igjennom situasjonen på forhånd og ha med det utstyret som trengs.

MENINGITT HOS BARN

Klinikk og tiltak er leger så godt kjent med at jeg ikke vil gå i detalj, men bare nevne noen særtrekk hos spebarn. Barnet har ofte høy feber, men ikke alltid. De er ofte preget av mental sløvhet, gjør ikke forskjell på lege og foreldre. De er ofte bleke. Hos spedbarn med åpen fontanelle er denne bukende selv i sittende stilling og selv når barnet ikke skriker. Spise- og drikkevegring oftest til stede. Nakke/ryggstivhet mindre utpreget enn hos større barn og voksne. Jo kortere sykehistorien er, og jo fortere barnet er blitt generelt dårlig, jo mer haster det med å

få gitt en startdose penicillin eller et annet antibiotikum før avreise til sykehus. Det samme gjelder når petechiene spretter fram.

RECIDIVERENDE KATHARRALSKE INFEKSJONER

Bortsett fra RS-virussykdom og kikhoste, er spebarnet som oftest forskånet for luftevisinfeksjoner første halve leveåret.
Fra 1/2 års alder og fram til 2-3 års alder er det derimot en del barn som til stadighet har luftveisinfeksjoner, oftest med katarralske symptomer ved starten som snue, hoste, surklete respirasjon.
Hvis foreldrene sier at de både kan kjenne og høre at surklingen kommer fra lungene, er det overveiende sannsynlig at infeksjonen ikke sitter i lungene, men at det dreier seg om forplantet slimlyd fra de øvre luftveier.

Har barnet bronkitt er det ofte hvesende lyder i ekspiriet, noe som ofte er godt hørbart også uten stetoskop. Hvis et barn hoster, og man ved vanlig auskultasjon ikke finner forklaringen, bør man alltid utføre assistert ekspirasjon som jeg beskrev innledningsvis.

Det obstruktive barn med slimlyder har ofte god effekt av efedrin mikstur brukt i en periode på 4-5 dager i en dose på 1-2 mg pr. kg og døgn fordelt på 3 doser.

Det katarralske småbarnet har ofte både rød hals, otitis media og obstruksjonsfysikalia over lungene. Hvis det hos foreldrene eller søsken av disse barna har sikker atopisk sykdom i anamnesen, kan det være et forsøk verd at foreldrene har antihistaminer på lager som de gir straks ved begynnende katarralia. Stopper dette sykdomsutviklingen, taler det for at allergi er en viktig medvirkende årsak.

Hvis barna får obstruksjon uten å være surklete samtidig, vil jeg i stedet for Efedrin prøve en Beta-2 stimulator først.

Ved recidiverende katarralske infeksjoner uten mistanke om allergi, har jeg i noen tilfeller sett utmerket effekt av å gi Rhinexin ved begynnende forkjølelse og fortsette i 3-4 dager. Noen få barn blir dog oppspilte og får søvnproblemer, det kan også gjelde Efedrin.

Barn med katarralske infeksjoner sover bedre og har kanskje mindre øreverk og mindre natthoste når sengen står på skrå. Hodeenden heves ca. 20 cm på en vanlig kort barneseng. Dette er bedre enn å bruke puter. I moderne varme hus bør soverommet ikke blir for varmt, og vinduet bør stå på gløtt, eller man sørger for luftfukting på annen måte.

Jeg mener å ha holdepunkt for at ullundertøy er fordelaktig å bruke til barn som lett får luftveisinfeksjon.

Et katarralsk høyfebrilt barn som puster svært tungt vil jeg gi febersenkende medisin for å se om pusten går langsommere. I så fall taler det mot pneumoni. Knatrelyder ved auskultasjon er ikke bevis for pneumoni, idet vi hos disse barna ofte gjør helt negative røntgenfunn.

Barn som stadig får recidiverende obstruktive perioder, bør man ikke vente for lenge med å utrede allergologisk.

ASTHMA BRONCHIALE

Igjen et stort tema der jeg bare skal kommentere noen punkter.

Både førskole- og skolebarn kan ha betydelig asthmatiske problemer uten at omgivelsene skjønner dette, fordi det aldri blir skikkelig anfall, bare hoste og moderat tungpustenhet som gjør at barnet blir hengende etter jevnaldrende i kroppslig utfoldelse. Disse barna begynner ofte å hoste når de anstrenger seg. Ved vanlig lungeauskultasjon hører man ofte intet patologisk, heller ikke alltid noe å finne ved assistert ekspirasjon.
Ved å la barnet og foreldre ta seg en god løpetur utendørs vil man etterpå kunne høre obstruksjonsfysikalia. Ikke alltid med en gang, men 7-8 minutter etter avsluttet anstrengelse kan man høre pipelyder som da beviser at det dreier seg om en anstrengelsesutløst asthma.
Disse barna kan få et nytt liv ved å bruke Beta-2 stimulator forut for anstrengelse, kombinert med forsiktig oppvarming foran gymnastikktimer etc.. Beta-2 stimulator som mikstur er litt ugunstig. Bruk heller Rotahaler eller f.eks. Bricanyl spray applisert med nebulator. Dette klarer selv 3-åringer.

Ellers vil jeg nøye meg med å si at asthma bronchiale er en så individuelt forløpende sykdom med så mange forskjellige årsaksfaktorer at primærlegene bør være snare til å samarbeide med barnelegen.

OBSTIPASJON HOS SMÅBARN

Tidligere var overforbruk av kumelk vanligste årsak. Det dreide seg om barn som drakk 1 - 1 1/2 liter helmelk i døgnet. Av og til kan det nærmest tilfeldig nærmest bli fast mage som gir en sprekk i endetarmen, og dette kan starte en ond sirkel med at barnet ikke vil gjøre fra seg. Dermed er forstoppelsen blitt manifest, og det er lurt å gripe inn så forst som mulig. Det kan ellers ende opp med en rektal obstipasjon, med stadig siving av tynn avføring forbi fæcalmassene i rectum. Dette kaller mange en enkoprese, men har egentlig bare med forstoppelse å gjøre. Ved rektal eksplorasjon finner man alltid en svær deigaktig avføringsklump. Lukten av slik gammel avføring er helt spesiell og nærmest diagnostisk.

Ved Hirschsprungs sykdom er ampullen tom, og abdomen pleier å være oppblåst hvilket den vanligvis ikke er ved rektal obstipasjon.
Røntgenundersøkelse er derfor ikke nødvendig for differensialdiagnosens skyld.

Hvis den rektale obstipasjon først er blitt massiv, er det min erfaring at det er lurt å bruke f.eks. 50 ml rapsoljeklyster og bløtgjøre avføringen med før man gir tømmingsklyster dagen etter. Samtidig starte opp med skikkelige doser avføringsmiddel, samt regelmessig å gi en liten belønning for å sette seg på do, og nok en liten belønning for å gjøre fra seg. Barnet bør ha en stødig skammel å holde bena på når han sitter på toalettet, både for å sitte trygt og for å få bena krøkt oppunder seg. Det letter defæksjonen. Avføringsmiddelet trengs brukes i kanskje 3-4 måneder regelmessig for å øve inn nye vaner. Jeg bruker hos større barn over 4 år renset parafin i en engangsdose på 2-3 barneskjeer, og passer på å gi fettløselige vitaminer et halvt døgn senere. Hos mindre barn er Duphalac eller andre midler i bruk. Renset prafin er kommet i miskreditt p.g.a. årelange misbruk hos voksne.

Litt om ORTOPEDI

SUBLUKSASJON AV CAPITULUM RADII

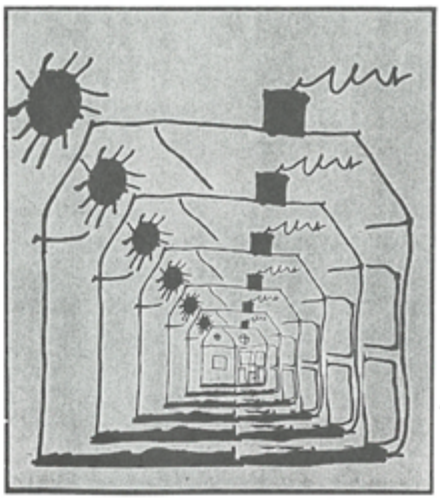
Oppstår lett f.eks. ved at voksne som leier et lite barn plutselig rykker barnet i armen. Det skrikes voldsomt, og barnet holder armen i ro i lett pronert stilling. Subluxasjonen reponeres lett ved at man med den ene hånden utøver et lite trykk mot capitulum, og med den andre hånden ekstenderer og supinerer raskt i albueleddet.

KNESMERTER

Hvis lokale årsaker (f.eks. Schlatter's sykdom i prepuberteten) kan utelukkes, bør man alltid tenke på en hoftelidelse og være rask til å rekvirere røntgenundersøkelse av hoftene.

BENLENGDEFORSKJELL

Benlengdeforskjell på under 10 mm krever ingen behandling. Stående røntenundersøkelse av bekkenet er



villedende og overflødig. Anerkjent metode er å bygge opp under det korteste benet til bekkenet står vannrett. En mulig feilkilde er kontraktur i hofteleddet som vil gi inntrykk av ekstremitetsforkortelse på den kontrakte siden. Epifysiodese bør vurderes hvis benlengeforskjellen øker til mer enn 2 cm.

PLATTFOT

Ved uttalt grad av valgusstilling i anklene eller nedsunken fotrot også i avlastet tilstand bør ortoped inn i bildet.
De øvrige mer moderate tilfellene er sjelden behandlingstrengende.

Hvis man har holdepunkter for at barnet får vondt i føttene eller blir fort sliten ved å bevege seg, selv ved lystbetont aktivitet, kan såle forsøkes for å se om barnet blir mere glad i å gå. Hvis barnet ikke har fordel av sålene vil det nekte å bruke dem, noe foreldre og lege da får rette seg etter.
Fotavtrykk kan da tas hos den praktiserende lege som behersker f.eks. stempelavtrykk, som sendes til et ortopedisk verksted.

"CHAPLINFØTTER"

I andre levehalvår, og en stund etter at barna lærer å gå, ser man ofte en ekstrem utadrotasjon i føttene.
Når dette er ensidig kan det se ut som om barnet drar benet etter seg. Jeg har sett tallrike av disse barna, men aldri sett behandlingstrengende patologi, og alle blir bra i løpet av andre leveår. For ordens skyld gjør jeg en hofteundersøkelse klinisk.

HOFTEKONTROLL I 1. LEVEÅR

Et barn kan ha medfødt hofteluxa-

sjon eller dysplasi selv om ortolanisk prøve er utført av erfaren lege med negativt resultat ved fødeavdelingen.
Ortolanisk prøve har ingen anvendelse etter 1. leveuke.

Helsestasjonslegen må kontrollere abduksjon i hoftene og henvise til røntgen hofter dersom det er asymmetrisk abduksjon, eller samlet hoftesprik under 120 grader.

Stilles diagnosen før 1/2 års alder, er behandlingen som regel fortsatt enkel med putebehandling.
Jo senere diagnose jo vanskeligere er behandlingen■

Incest og a overgrep.

Incest- er dette en aktuell problematikk for oss almenpraktikere, eller er det kun et motepreget fenomen vi møter i media?

Dersom de forekomsttallene vi etterhvert har fått dokumentert er riktige, må en ikke ubetydelig andel av våre pasienter være utsatt for slike overgrep. Med økt kunnskap om disse pasientene erkjenner mange av oss at vi nok har oversett denne problematikken hos mange av våre tidligere pasienter.

Jeg tror at mange har plager som gjør dem til storforbrukere av helsevesenet, også den primære helsetjeneste, og at mange av dem kan befinne seg blant våre "problempasienter". Ofte vil deres incestbakgrunn være så skambelagt eller fortrengt at de presenterer sine problemer kamuflert i annen symtomatologi, og dersom vi ikke erkjenner dette, risikerer vi å bidra med uhensiktsmessige og ofte tildels farlige undersøkelsesopplegg og behandlinger.

□Ellen Rygh Myraker□
Kommunelege 1 i Øyestad kommune i Aust-Agder.

Uteksaminert i Oslo i 1973. Har arbeidet tilsammen ca. 7 år ved Aust-Agder Sentralsjukehus i Arendal, ved gynekologisk-, kirurgisk- og røntgenavd.
Kommunelege fra 1984.
Har for tiden med almenpraktikerstipend, som tar for seg incestproblematikk i almenpraksis.

Felleskatalogtekst til annonse side 32.

Geangin®
verapamil
40% lavere pris enn Isoptin

KALSIUMANTAGONIST ATC-nr.: C08D B01

BLEKSJONSVEISKE: 2,5 mg/ml: 1 ml inneh.: Verapamil hydrochlorid 2,5 mg, natrii chlorid 8,5 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.
TABLETTER: Hver tablett inneh.: Verapamil hydrochlorid, 40 mg, resp. 80 mg og 120 mg, const. q.s.
EGENSKAPER: Klassifisering. Kalsiumantagonist. Arbeider hjertets arbeid og senker perifer motstand. Effekt på supraventrikulære arytmier. Virkningsmekanisme: Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatt muskulatur i blodkar, virker ikke på skjelettmuskulaturen. Totalt nedsettes hjertets arbeid og oksygenbehovet minsker. Vasodilatasjon med nedsatt/ikke av perifer karmotstand medfører nedsatt «afterload» og senkning av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert i in vitro- og in vivostudier i høye doser, derimot ikke i terapeutiske doser da en reflektorisk sympatikus stimulering synes å kompensere for dette (ggs. blodtrykksfallet). Perifer vasodilatasjon senker blodtrykket særlig hos pasienter med hypertensjon, mens det påvirkes lite hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vasodilaterende effekt på koronarkarlene medfører at oksygentilførselen til myokard ytterligere forbedres, og at evt. spasmer løses opp. Supraventrikulære arytmier: Kalsiumantagonistenen fører til forsinket impulsoverledning ved at den effektive refraktærperiode i AV-knuten forlenges. Ved paroksysmisk supraventrikulær takykardi gir intravenøs verapamilbehandling ved anfall som regel omslag til sinusrytme, og perorel verapamilbehandling er ofte effektiv som residiv-profylakse. Dette gjelder også pasienter med WPW-syndrom. (Dette gjelder dog ikke hvis WPW-syndromet er ledsaget av anfall med atrieflimmer. Geangin kan da – i likhet med digitalis – bidra til ukontrollerte ventrikulære takyarytmier). Kan gi rask reduksjon av ventrikkelfrekvensen ved atrieflimmer og -flutter, men gir sjelden omslag til sinusrytme. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom. Absorpsjon: Rask. Omfattende first pass metabolisme. Den biologiske tilgjengelighet er lav, varierende og øker ved gjentatt dosering. (Ca. 20% etter oral enkeltdose.) Tilgjengeligheten kan også øke ved hjerte- og leversykdom. Proteinbinding: Høy (ca. 90%). Halveringstid: Ca. 3 – 7 timer etter oral enkeltdose. Ved gjentatt dosering kan halveringstiden øke, muligens grunnet metning av enzymsystemet i leveren og/eller reduksjon i den initialt forhøyede blodgjennomstrømning. Halveringstiden kan også øke ved hjerte- og leversykdom. Metabolisme: Omfattende metabolisme i lever, bl.a. til norverapamil med noe farmakologisk aktivitet. Utskillelse: Verapamil og dets metabolitter utskilles hovedsakelig via urinen. 50% utskilles renalt i løpet av 1 døgn.
INDIKASJON: Angina pectoris. Variant-angina (Prinzmetals angina). Hypertensjon. Forsøkes ved hyperfenasive kriser. Paroksysmisk supraventrikulær takykardi (også WPW-syndrom). Atrieflimmer og -flutter hvor en rask reduksjon av ventrikkelfrekvensen er ønskelig.
KONTRAINDIKASJONER: Kardiogent sjokk. AV-blokk grad II og III, sinusknutedysfunksjon (sick sinus syndrome). Dårlig kompensert hjertesvikt.
BIVIRKNINGER: Som regel av mild og forbigående natur. Mest vanlig er moderat obstipasjon. Hodepine, kvalme, ansiktsrødme, hudreaksjoner og perifere ødemer er rapportert. Meget sjelden kan intravenøs injeksjon gi hjertesvikt, hypotensjon, hjerteblokk og asystole. Det er rapportert mulig sammenheng med reversibel leverskade.
FORSIKTIGHETSREGLER: Ved AV-blokk I, sinusbradykardi og hypotoni bør intravenøs bruk eller tilførsel av høye orale doser (>480 mg daglig) vurderes kritisk. Pasienter med hjertesvikt bør være digitalisert på forhånd. Bør ikke brukes ved WPW syndrom (se ovenfor) av atrieflimmer eller atrieflutter. Verapamil og beta-blokker har synergistisk virkning på AV-knuten. Preparatet bør derfor ikke gis til pasienter som står på behandling med beta-blokkere. Også i kombinasjon med øyedråper er muligheten for bradykardi til stede. Verapamil kan gi alvorlig bradykardi evt. hjertestans hos nyfødte og spebarn og må derfor bare brukes på strenge indikasjoner. Injiseres meget langsomt og under kontinuerlig overvåkning av hjertefrekvensen. Bør ikke gis til gravide, uten ved tvingende indikasjoner.
INTERAKSJONER: Ved samtidig tilførsel av verapamil og farmaka som virker kardiodepressivt og/eller hemmer AV-overledningen, bør man være oppmerksom på additive effekter. Ved pasienter som behandles med antihypertensive bør Geangins blodtrykksenkende effekt tas med i betraktning (i 57a verapamil).
DOSERING: Voksne: Tabletter: Individualiseres. 80 – 120 mg 3 - 4 ganger daglig, ved hypertensjon 120 – 240 mg 2 ganger daglig som vedlikeholdsdose. Ved langtidsbehandling bør man forsøke å unngå daglige doser >480 mg over lengre tid. Injeksjonsvæske: 1 ampulle (5 mg) monres langsomt intravenøst (i løpet av 2 - 3 min.). Barn: Tabletter: 1 - 2 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig. Injeksjonsvæske: Gis intravenøst.

Hyfasfe: 0,75 – 1 mg (= 0,3 – 0,4 ml)
Spebarn: 0,75 – 2 mg (= 0,3 – 0,8 ml) Se Forsiktighetsregler
Barn 1 – 5 år: 2 – 3 mg (= 0,8 – 1,2 ml)
Barn 6 – 14 år: 2,5 – 5 mg (= 1,0 – 2,0 ml)

Ofte kan effekten oppnås med lavere dose enn den som er angitt ovenfor. Injeksjonen gis kun til effekten inntrer. Intravenøs tilførsel bør skje under observasjon av pasienter med samtidig EKG-overvåkning. Ved behov kan dosen gjentas etter 5 – 10 min. infusjon. Geangin injeksjonsvæske kan blandes til i eks. isotont natriumkloridinfusjonsvæske eller isotont glucoseinfusjonsvæske i konsentrasjoner svarende til 0,01 – 0,1 mg verapamilklorid pr. ml (10 – 100 mg/liter infusjonsvæske). Ved infusjon gis initialt 0,05 – 0,1 mg/kg/time. Ved manglende effekt kan denne dosen økes fra 2 til flere ganger med intervaller på 30 – 60 min. Den gjennomsnittlige totaldosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/døgn.

PAKNINGER OG PRISER:
Injeksjonsvæske: 5 amp. à 2 ml kr 18,25

Tabletter:
40 mg: 100 stk. kr 41,75
80 mg: 100 stk. kr 82,10
250 stk. kr 171,50
120 mg: 100 stk. kr 123,85
5x2 ml inj. 2,5 mg kr 18,30

KabiVitrum
Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad, Tlf.: Oslo (02) 98 06 01

ndre seksuelle på barn:

Egen bakgrunn

Første gang jeg traff på en incestpasient, var jeg student i klinisk uketjeneste på en psykiatrisk klinikk. I forbindelse med journalopptak fortalte en ungjente at hun var blitt voldtatt av sin far. Dette ble selvfølgelig med studentens grundighet notert i journalen, men såvidt jeg husker fikk opplysningen liten eller ingen oppmerksomhet fra de behandlingsansvarlige på avdelingen.

Min interesse for incestproblemet fikk jeg vel egentlig i 1982 da jeg vikarierte noen måneder i en almenpraksis, og hvor jeg etterhvert nesten bare hadde kvinnelige pasienter. I løpet av kort tid hadde jeg påfallende mange pasienter som fortalte om incestopplevelser, og jeg tenkte at sannsynlig var terskelen for å fortelle dette til meg lav fordi jeg var kvinnelig lege med gynekologi som interesseområde.

På grunn av disse erfaringene har jeg søkt å skaffe meg mer kunnskaper om incest. Jeg deltok på det første Nordiske Seminaret om Barnemishandling i Helsingør i 1983, hvor incest hadde en bred dekning, og senere på det andre i Stockholm i 1985. Jeg har også fulgt etpar kurs med den danske psykologen Eva Hildebrand, som har erfaring fra klinisk arbeid med incestpasienter i USA og Danmark. (1). Jeg har arbeidet med almenpraktikeres erfaring med disse pasientene i forbindelse med almenpraktikerstipend, og vært tilknyttet et nettverk av forskere i vold mot kvinner ved Universitetet i Oslo. (2).

Definisjon

Hva er seksuell mishandling av barn, og hva innebærer dette?
En klinisk brukbar definisjon på seksuelt misbruk av barn er at en voksen, eller seksuelt mer moden bruker et barn til å tilfredsstille egne "seksualiserte" behov. Med "seksualisert" mener vi at den voksnes behov ikke nødvendigvis er et seksuelt behov i seg selv, men f.eks. et behov for aksept, for nærhet og kontakt, for makt etc., og at dette omsettes til og uttrykkes gjennom seksuelle handlinger.

Når slikt misbruk skjer innen familien, har det vært kalt for incest. Overgriperen er da en av barnets nærmeste omsorgspersoner, men behøver ikke nødvendigvis stå i et biologisk slektskapsforhold til barnet.

I langt de fleste tilfelle er krenkeren en mann, og ofte en som barnet kjenner og har grunn til å ha tillit til, f.eks. onkel, venn av familien, barnevakt, lærer, trener etc. Både gutter og jenter kan være utsatt for overgrep, nyere undersøkelser viser faktisk at gutter er betydelig mer utsatt enn man tidligere har regnet med.

Det er nokså alminnelig enighet om at slike overgrep kan representere en alvorlig trussel mot barnets helse og utviklingsmuligheter. Skadevirkningene er avhengig av flere ting, bl.a. om det har vært brukt vold eller trussel, hvor tidlig misbruket har startet og hvor lenge det pågår. Mer avgjørende enn selve "grovheten" i de seksuelle handlingene er graden av tillitsbrudd, dvs. hvor god og nær overgriperen har vært som omsorgsperson for barnet, og hvor avhengig det har vært av ham.
Selve det seksuelle overgrepet kan dreie seg om alt fra kyssing, blotting, beføling, masturbasjon, obskøne handlinger og språk til fullbyrdet vaginalt, oralt eller analt samleie. Klinisk erfaring tilsier at mishandlingen ofte påbegynnes når en pike er 6-8 år, og at den i gjennomsnitt varer i 3-5 år. Men dette er ingen regel, og vi bør være oppmerksomme på at mishandling kan finne sted helt ned i sped- og småbarnsalderen.

Barnet kan bli sterkt lenket til mishandleren ved bruk av trusler, bestikkelser, kontroll og bruk av makt og vold. Når barnet skjønner at misbruket ikke kan røpes til omverdenen, tar det på seg ansvaret for handlingene og blir bærer av en tung, ofte livslang bør av skyld, skam, sorg, selvanklagelser og følelse av å være annerledes enn andre barn.

Forekomst

Svenske kartlegginger utført i

1983 og 1985 viser at henholdsvis 6% og 4% av de spurte hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep før de var 18 år. (3). I tilsvarende britiske og amerikanske undersøkelser ligger tallene på mellom 10 og 15%. (4,5). En norsk kartlegging fra 1985 viser at hele 19% av kvinnene og 14% av mennene hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før de var 18 år. (6). Ikke alle overgrepene som her rapporteres dreier seg om incest. I den norske undersøkelsen var overgrep definert som: "kjønnslig bruk og misbruk som du mener voksne ikke burde gjøre mot barn og ungdom". I ca 20% av tilfellene dreide det seg om overgrep i enslags utvidet incestbetydning, dvs. overgrep fra fedre, stefedre, andre slektninger eller nærtstående omsorgspersoner.

I en spørreundersøkelse jeg selv foretok til de praktiserende legene i Aust-Agder fylke i 1985, svarte 37% at de hadde hatt en eller flere pasienter de siste 5 årene som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep før de var 16 år. (7).

Alt i alt dokumenterer disse tallene en problematikk som er ganske utbredt, og som derfor får konsekvenser også i vår klinisk hverdag.

Hvilke barn er utsatt ?

Det er vanskelig- og kanskje farlig- å blinke ut spesielle risikogrupper, da seksuelle overgrep forekommer i alle lag av befolkningen, høy utdanning og sosial status utelukker ikke dette.
Noe har likevel blitt fremhevet som spesielt for endel av disse familiene. De kan være preget av strenge grenser mot omverdenen, slik at de klarer seg selv og slipper vanskelig andre innenfor sine grenser. Innad kan imidlertid grensene være utflytende, f.eks. i rollefordelingen mellom barn og vosne. Faren kan være autoritær og patriakalsk, moren ofte umoden og selv et offer for mishandling i barndommen. Også faren kan ha vært mishandlet og utsatt for omsorgssvikt som barn. Datteren som blir seksuelt misbrukt, har også ofte andre "voksne" funksjoner innad i familien, hun må fylle de voksnes behov på flere plan.

Av en spesiell gruppe risikobarn må nevnes søsken til barn hvor det er påvist seksuelt misbruk, og også barn i nye forhold til en tidligere overgriper.

Klinikk

Det finnes ingen kardinalsymptom på incest. Hittil har de fleste arbeider konsentrert seg om de mer alvorlige sequelene ut fra symptomatologien fra kliniske pasientobservasjoner. Spesielt blant psykiatriske pasienter har det vært rapportert om høy forekomst av incestofre, hele 30% blant kvinnelige pasienter i et politisk materiale. Hos psykiatriske pasienter som hadde vært utsatt for incest, rapporteres om overhyppighet av depresjon, seksuelle dysfunksjoner og samlivsproblemer, angst og psykosomatiske plager.

Fra kliniske studier av incestofre beskrives betydelig skam- og skyldfølelse, lav selvfølelse og dårlig akseptering av egen kropp og dens kvinnelige funksjoner. Det ses overhyppighet av selvdestruktiv adferd, fra selvmutilering med brenning med sigaretter og skjæring med kniv, til mer overført selvbeskadigelse som anorexia nervosa, bulemi, prostitusjon og rusmiddelbruk. Det antas at det også er en høy selvmordsfrekvens blant disse ofrene. I almenpraksis må vi regne med at det er mer alminnelig at pasienten presenterer seg med mindre dramatiske symptomer, og at incestofrene derfor kan være vanskeligere å identifisere.

Barn som er utsatt for incest, vil ofte ha dårlige grenser, og kan være utsatte for gjentatte krenkelser senere. De er blitt opplært til å fylle andres behov, og kan fremstå som stille, pliktoppfyllende, tilbaketrukne barn, som gjør lite av seg. Andre kan fremstå påfallende forføreriske og seksuelt utagerende. Noen barn er påfallende redde for fysisk kontakt, noen ekstremt redde for legeundersøkelser, for avkledning i gymtimene, dusjing etc.

Noen av ofrene kan ha påfallende huller i hukommelsen når det gjelder egen barndom, og har sikkert fortrengt sine opplevelser. Til gjengjeld ses hyppig psykosomatiske symptomer med uforklarlige smerter og dysfunksjoner. Som eks. på dette kan jeg nevne den type pasienter som trygler og ber om å bli operert for å fjerne organer, uten at man kan finne noen medisinsk, patologisk indikasjon som kan forklare pasientens symptomer. I den tiden jeg arbeidet på gyn.- og kir. avd. var jeg med på å fjerne både genitalia int. og begge mammae på pasienter med kun den indikasjon at pasientene klaget over uutholdelige smerter. Uvanlig sterk raksjon på og red-

sel for underlivsundersøkelser kan også lede tanken hen på incest.

DIAGNOSE

Hvordan skal vi som helsepersonell få mistanke om at et barn blir utsatt for seksuelle overgrep?

Vi kan ta for oss endel symptomer og tegn, såkalte "ringeklokksymptomer", og dele disse inn i de medisinske tegn på den ene siden, og de psykosomatiske og adferdsmessige symptomer på den andre siden. Spesielt bør vi være på vakt dersom to eller flere av disse tegnene foreligger samtidig.

I. Medisinske tegn

- Genitale og anale traumer eller blødninger.
- Seksuelt overførte sykdommer (gonorrhoe, chlamydia, condylomer, etc.)
- Urethritt, vaginitt, fluor, irritasjon og hevelse i genitalia
- Utvidelse av introitus vag. til 4 mm eller mer i diameter. Obs. Dette må i beste fall være et tegn på at vaginalt samleie kan ha funnet sted, og bør ikke bruks som en screeningundersøkelse. Dersom dette tegn mangler, utelukker det ikke alle andre former for seksuelle overgrep.
- Tegn til selvpåførte kroppslige skader, f.eks. brenning, knivkutt etc.
- Selvmordsforsøk.
- Svangerskap.

II. Psykosomatiske og adferdsmessige symptomer

- Stadige, uforklarlige smerter i abdomen, genitália, thorax. Hodepine. (Ofte lokaliseres smerte til den kroppsdel som blir misbrukt).
- Spiseforstyrrelser/vektproblemer. Anorexi/bulemi. Enurese. Obstipasjon, encoprese, smertefulle avføringer.
- Angst, nattlige mareritt. Angst for spesielle situasjoner og mennesker. Uvanlig og sterk frykt for kroppslig berøring, f.eks. legeundersøkelser. Depresjon.
- Plutselig endring i skoleprestasjoner, skulking, rømming fra hjemmet.
- Hysteriske anfall, besvimelser.
- Tilbaketrekking fra kamerater, skampreget personlighet, føler seg annerledes. Nekter deltagelse i dusjing, gymming etc.
- Har lite venner, mange plikter hjemme, pliktoppfyllende, tjenende adferd, "den lille voksne".
- Tegn til bestikkelser, får ting som ikke stemmer med familiens økonomi, vaner etc.
- Påfallende og uvanlig viten om seksuelle handlinger og språk, forførerisk adferd.
- Alkohol- og rusmiddelproblemer.
- Graviditetsangst. Ønske om prevensjon hos helt unge.

Husk å ta med seksuelt misbruk som en mulig differensialdiagnose hos ethvert barn som har symptomer som man ikke finner noen naturlig forklaring på!

Hvordan skal vi gå fram hvis vi får mistanke?

- Spør barnet direkte. Møt det så fordomsfritt som mulig uten å vise forferdelse, sjokk etc. Snakk barnets språk, bruk ord og uttrykk som er tilpasset dets alder, og som det kan skjønne. Forklar alltid barnet på forhånd hva som vil skje, hva slags undersøkelser man vil gjøre.

- Overlat ikke barnet til sin egen skjebne dersom mistanke er blitt vakt, selv om bevis synes vanskelig å fremskaffe. Et evt. misbruk vil da kunne fortsette sin ødeleggende virkning gjennom år -og barnet har mistet troen på at det kan få hjelp.

- Frita barnet for ansvaret for de seksuelle handlingene det har vært med på, og legg det der hvor det hører hjemme, hos den voksne.

- Sørg for at misbruket opphører, helst ved å fjerne overgriperen fra barnet, ikke omvendt.

- Søk alltid tverrfaglig samarbeid i slike vanskelige saker. La hver fagperson utføre den del av jobben som vedkommende er kvalifisert for. Husk at vi som helsepersonell skal sørge først og fremst for at barnet får adekvat medisinsk behandling, overlat evt. andre oppgaver til f.eks. barnevern og politi.

- Forsøk hele tiden å vite hva du gjør og hvorfor, slik at en unngår feil pga. uoverveiede, forhastede eller paniske tiltak. En god leveregel kan være: "Tenk fort, men handle langsomt".

- Dersom vi blir anmodet om å foreta legeundersøkelse i en slik sak, er det nok viktig at den foretas av en lege med undersøkelser. Det er derfor sikkert mest aktuelt å henvise til en barnelege eller en gynekolog. Men i vårt vidstrakte land kan det være vanskelig å få gjort i praksis. Jeg vil anbefale Lisbeth Bang's utfyllende redegjørelse for slike undersøkelser i Tidsskriftet (8).

TANKER OM FOREBYGGELSE

Barneoppdragelse - opplysning

Det er utviklet forebyggende programmer som skal lære barn om disse farene. De læres retten til å bestemme over egen kropp, hvem de vil gi kyss og klem, og også retten til å bestemme over kroppen sin i ikke-seksualiserte sammenhenger. De lærer å differensiere mellom gode, akseptable berøringer fra voksne, og det som ikke er det, og til å avvise de siste bl.a. ved å ha et repertoar av voksne de kan søke hjelp hos. Slike program har vist seg effektive helt ned i førskolealder. (9).

Mannsrollen - farsrollen

Det er hevdet at grunnen til at kvinner så sjeldent forgriper seg på mindre barn, er at de følelsesmessig er nærmere barnets behov. Menn derimot, får gjennom sin sosialiseringsprosess lettere for å sette likhetstegn mellom følelser og sex, og står derfor i større fare for å seksualisere sin følelser overfor et barn.

Den amerikanske sosiologen David Finkelhor har hevdet at de menn som begår incest er i k k e de som har deltatt i stell av sine barn fra de var små. Fedre som er tilstede under fødselen, er i større grad med i omsorgsarbeidet senere, og tidlig omsorg gir menn et større følelsesregister å spille på overfor barnet. Jeg synes disse aspektene er viktige for de av oss som har ansvar for svangerskaps- og helsestasjonsarbeid. Kanskje dette arbeidet trenger en omstrukturering, kanskje prioriterer vi i for liten grad fedrenes behov?

Par-relasjonene

I moderne barneomsorg er nok for mye av fokuseringen på barna på bekostning av foreldrenes behov i parrelasjonen. De voksne må få bedre tid og anledning til å tilfredsstille hverandres behov. Kortere arbeidstid, bedre av-

lastningsordninger etc. for småbarnsforeldre kan være et virkemiddel, og vi kan som helsearbeidere bidra med å avlaste foreldre for skyldfølelse og oppmuntre dem til egen tid i parforholdet.

Samfunnet - politiske aspekter

Forholdene må altså legges bedre til rette for at menn kan delta i omsorgen for sine barn fra starten av. I Sverige var dette nettopp en av konklusjonene i en utredning om forebyggelse av barnemishandling og omsorgssvikt. Dette er et virkemiddel som også vil bidra til større grad av likestilling mellom kjønnene. Seksualisert vold mot barn - og mot kvinner - er et samfunnsproblem som er blitt avdekket i stort omfang de senere årene, og som tydeligvis også har med maktrelasjonene økonomisk, sosialt og politisk å gjøre, mellom kjønnene - og mellom generasjonene■

LITTERATUR

1. Backe, L m. fl. (red.) Incest. En bog om blodskam. Hans Reizel, Kobenhavn 1983.

2. Forskningsprogram om kvinnemishandling. Rådet for Samfunnsvitenskapelig Forskning, RSF. Oslo 1985. NAVF Munthesgt. 29 0260 Oslo 2.

3. Rønstrøm, A. Sexual Abuse of Children i Sweden-Perspectives ON Research, Intervention and Concequences. Barneombudsmannen. Radda Barnen. Box 27320, S-102 54 Stockholm.

4. Baker A.W, Duncan, S.P Child Sexual Abuse: A Study of Prevalence in Great Britain. Child Abuse & Neglect. 1985, vol.9, pp 457-467.

5. Finkelhor, D. Sexually Vicimized Children. The Free Press, N.Y. 1979.

6. Sætre, M. Holter, H. Jebsen, E. Tvang til seksualitet. J.W. Cappelens Forlag as. 1986.

7. Egen undersøkelse, som planlegges publisert.

8. Bang, L. Ofre for seksuelt overgrep. Medisinsk og retsmedisinsk undersøkelse. Tidsskr. Nor Lægeforen. nr. 11, 1986, 106: 942-6.

9. Conte, J.R. et al. An Evaluation of a Program to Prevent the sexual Vicimization of Young Children. Child Abuse & Neglect vo 19, pp 319-328. 1985.

□Berit Austveg□

Helsetjenesten for innvandrere, Oslo

Innvandrer-barn på helsestasjon

Hvem er innvandrerbarn ?

■

I prinsippet dreier det seg om alle barn av utenlandsk herkomst som bor i Norge over tid. Men i praksis brukes betegnelsen om barna til utlendinger fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Sør-Europa, dvs. de "synlige" utlendingene.
Felles for innvandrerbarna er at de har sine røtter i et annet land enn Norge. Denne negative definisjonen av å være "ikke-norsk" sier derimot ingenting om hvem de er eller hvilken bakgrunn de faktisk har. Vi har gjerne en tendens til å stereotypisere innvandrere. Det som imidlertid er situasjonen, er deres store variasjonsbredde hva gjelder livsvilkår. Både formelle rettigheter og aktuelle levekår her i Norge varierer sterkt, de land de kommer fra er meget forskjellige, og innen hvert av disse landene er det svære økonomiske, sosiale og kulturelle forskjeller. Vi pretenderer derfor ikke her å si noe om hvordan innvandrerbarn har det generelt, men nevne noen forhold vi bør ha in mente ved møte med innvandrerbarn på helsestasjonen.

Formell status:

Vi snakker gjerne om 3 kategorier innvandrere:

1. Arbeidsmigranter.
De ble tidligere kalt "fremmedarbeidere".
Man antok at deres opphold i Norge var midlertidig, men det skulle vise seg at det ble mer permanent.

2. Flyktninger
En del av disse har godkjent flyktningestatus før de kommer (kalles "kvoteflyktninger" fordi Norge har forpliktet seg til å ta imot et visst antall hvert år). Det er ordnet med mottak før de kommer, dvs. de får bolig, de får til livsopphold etter egne satser. En del praktiske forhold er lagt til rette, bl.a. gjennomgår de gratis helseundersøkelse ved ankomst til landet.

3. Asylsøkere.
Disse påberoper seg å være forfulgte i sitt hjemland. Deres situasjon er uavklaret inntil søknaden er ferdigbehandlet.
Denne tiden er gjerne en hard belastning for familien pga. usikkerhet og utrygghet.

En asylsøknad har tre utganger:
- det gis arbeids- og oppholdstillatelse på humanitært grunnlag, dvs. de får status og rettigheter lik arbeidsmigrantenes. De fleste asylsøknader har denne utgang.
- De gis full flyktningestatus (se under trygderettigheter hva dette bl.a. innebærer).
- Søknaden avslås, de asylsøkende må forlate landet. ▶

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg

(TRIMETOPRIM)

1 TABLETT OM KVELDEN VED AKUTT UVI

C Wellcoprim «Wellcome»

Antibiotikum

TABLETTER *300 mg: Hver tablett inneh.:* Trimetoprim 300 mg, constit. q.s.
Egenskaper: *Klassifisering:* Antibakterielt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av konsentrasjon og følsomhet. *Virkningsmekanisme:* Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. *Absorpsjon:* Hurtig og nesten fullstendig. *Proteinbinding:* Ca. 45%. *Fordeling:* Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kammervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. *Halveringstid:* Ca. 11 timer. *Utskillelse:* Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. *Overgang i placenta:* Passerer. *Overgang i morsmelk:* Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.
Indikasjoner: Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.
Kontraindikasjoner: Alvorlig lever- og nyresvikt. Folinsyremangel. Vitamin B_{12}-mangel.
Bivirkninger: *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).
Forsiktighetsregler: Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. *Graviditet:* Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.
Dosering: Akutt urinveisinfeksjon: Voksne: 300 mg (1 tablett) om kvelden. ***Barn 6-12 år:*** En halv tablett om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.
Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, brekninger. *Behandling:* Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseres ved hemodialyse.
Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk piktratreagens nyttes. (Trimetoprim senker fenylalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjonstester.)
Pakninger og priser: 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

The Wellcome Foundation Ltd
Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf. (02) 53 73 30

Wellcome

TAKTIKK REKLAMEBYRÅ

Det har en del praktiske konsekvenser hvilken kategori man tilhører. Flyktninger og asylsøkende vil ofte ha et midlertidig bosted i den første tiden, før det blir avgjort hvor de skal bo permanent. Det kan føre til at barna blir knyttet til mer enn helsestasjonen.
Økonomisk sett er det forskjeller: Arbeidsmigrantene som får sin familie hit, forutsettes å kunne forsørge dem og selv skaffe bolig. Asylsøkere får til sitt livsopphold på sosialkontor, og den satsen man benytter her er lavere enn satsene for flyktninger.

Innvandrerfamiliene

Migrasjon fører alltid med seg endring av forholdet melLom familiemedlemmer, og oftest av familiens sammensetning. Ved arbeidsmigrasjon har ofte far og evt. ett eller flere av barna vært her i noen år før resten av familien følger etter. Noen ekteskap inngås etter at mannen har bodd her en tid. Ved flukt er det også ofte mannlige familiemedlemmer som kommer først. Innvandringsreglene gir ofte dispensasjon fra den generelle innvandringsstoppen for ektefelle og barn under 20 år for person som har rett til å bo her. Det blir bare unntaksvis gitt oppholdstillatelse for andre, f.eks. en bestemor eller bestefar.
Migrasjon medfører ofte at barna atskilles fra en av foreldrene over tid, og de mister kontakten med andre familiemedlemmer. Det betyr at de mister personer de har knyttet seg til følelsesmessig, og med personer som har kunnskap om helse og sykdom. Familien kan også være under et generelt stress pga. de praktiske og følelsesmessige omveltningene som innvandringen mange ganger er.

Kontakten mellom helsestasjonen og innvandrere

Innvandrere og nordmenn har ofte liten sosial kontakt.
Helsestasjonen kan for begge parter være et av de få steder et slikt møte foregår. Det kan derfor være et møte som blir normgivende for gjensidige forestillinger om hverandre.
Stereotypoe forestillinger finnes ofte på begge sider, og på helsestasjoenen kan myter og stereotypier bekreftes eller avkreftes.
Innvandrere opplever seg ofte kontrollert og passet på av myndighetene og det er viktig at helsestasjonen ikke drives slik at den oppfattes som myndighetenes forlengede arm for å kontrollere folks livsførsel.
Erfaringene fra Norge og andre land viser at innvandrerbarna faller ut av rutinekontroller og vaksinasjonsprogrammer oftere enn vertslandets egne barn. Det kan ha følgende årsaker:

- Innvandrerne flytter oftere enn andre barn, og ved flytting er det generelt fare for å falle ut av kontrollen.
- Ved midlertidige opphold i opprinnelseslandet (feriereiser) for barn av arbeidsmigranter, er det noen som faller ut.
- helsestasjonspersonellet kan mangle entusiasme overfor innvandrerfamilier og er derfor ikke årvåkne nok.
- Det kan være et problem å finne barnas helsekort og plass i registre fordi innvandrernes navnesystemer er oss fremmede (f.eks. manglende skille mellom for- og etternavn) eller fødselsdatoen er usikker. Noen har funnet det mest hensiktsmessig med et eget arkiv for innvandrerbarna.

For at foreldrene skal følge opp, er det nødvendig at opplegget ikke virker truende eller undergravende i forhold til hva de mener tjener deres barns helse. Det som anses sunt, sammenfaller ofte med det som anses verdifullt og ettertraktelsesverdig, og vil være variabelt, særlig når forskjellige kulturer er representert. Foreldrenes virkelighet skal tas på alvor og respekteres, samtidig som vi skal utøve vår profesjon. Dette aktualiserer mye av det etiske grunnlaget for helsestasjonsarbeidet.

Komunikasjon

Språklige forskjeller står sentralt når vi skal få innvandrere i Det er viktig å ha språkkontakt med den av foreldrene som kjenner barnet best. Der språkkunnskaper ikke strekker til, bør profesjonell tolk benyttes. Ofte er tilfellet at vi har språkfellesskap med far, men ikke med mor. Selv da bør det tilkalles tolk. Erfaringen viser at nære familiemedlemmer fungerer dårlig som oversettere. Det kreves takt og årvåkenhet å få begge foreldrene i tale i slike situasjoner, og å unngå å såre eller provosere dem som vi lettest kan føre en samtale med.
Kommunen har ansvar for å skaffe tolk på de språk som er aktuelle. I de kommuner som har innvandrerkontor eller -konsulent kan man henvende seg dit. Ellers er sosialkontoret rette instans.

Å arbeide via tolk er uvant for

Norsk røyndom: Koran-undervisning i Oslo-slum. (Trygve Bølstad/Samfoto)

mange, og situasjonen kan virke uoversiktlig. Det er utarbeidet veiledninger i teknikk ved bruk av tolk. Målsettingen er å etablere god kontakt til tross for språkbarrieren. Noen tommelfingerregler er:

- definer tolkens rolle for pasienten. Presiser taushetsplikten (dette er særlig viktig der det er få innvandrere og miljøet er "trangt").
- se og henvend deg til din samtalepartner, ikke til tolken.
- bruk du-form, snakk i korte, enkle G setninger med klar, entydig mening
- gi tolken god tid til å oversette. Benytt tiden til å observere din samtalepartner.
- Hvis du er usikker på om du har forstått det som blir sagt: gjenta med egne ord og spør om det var ment slik.
- Ikke snakk med tolken om klienten, spør ikke om tolkens mening. Tolkens oppgave er kun å oversette. Dessuten bør ikke din samtalepartner oppleve å bli snakket om uten å forstå hva som blir sagt.

Trygderettigheter

Alle barn er automatisk medlem av Folketrygden hvis en av foreldrene har arbeids- og oppholdstillatelse i Norge og/eller skal være i landet i mer enn 1 år.
For de som skal være her mellom 3 mndr. og 1 år og som ikke er medlemmer, kan det søkes om frivillig medlemskap.

Rett til barnetrygd har man for barn som bor i Norge og skal være her i mer enn ett år. Barnetrygden løper da fra første dag. Ved midlertidig opphold i utlandet beholdes barnetrygden, men ikke ut over 1 år.

Hjelpe- og grunnstønad krever en viss botid i Norge (3 år).
Familier med flyktningestatus har imidlertid fulle rettigheter fra første dag.

Rutinekontroller ved ankomst til landet

Tbc- kontroll er eneste påbudte helsekontroll for utlendinger som kommer til landet. Barna som bir født her, vil naturlig komme inn i det ordinære undersøkelsesprogrammet. De barna som kommer til landet, bør gjennomgå en undersøkelse ved ankomst. Undersøkelsen bør tilpasses det enkelte barnet. Det skal her minnes om noen forhold som har aktualitet for noen grupper innvandrerbarn:

Anamnese

Foreldre i slekt? Arvelige lidelser? (Blant pakistanere er ekteskap mellom fetter og kusine meget vanlig.)

Hvordan har familien hatt det?

- langvarige adskillelser - tap av barnets følelsesmessige kontakter?
- spesielt traumatiske forhold (fengslede foreldre, farefull flukt)?
- Tidligere sykdommer: Spør spesielt etter infeksjonssykdommer. Det kan være hensiktsmessig at sykdomsforløpet beskrives før man konkluderer med sannsynlig sykdomsnavn (f.eks. ved barnesykdommer, malaria)
- utvikling/generell helsetilstand. Oppfatningen om hva som er et sunt barn er kulturavhengig. Den generelle regel om å høre på foreldrenes klager og ta deres oppfatning på alvor, får ny aktualitet.
- Kosthold: Spør spesielt etter melkemengde og spising mellom måltider.

Undersøkelse

Hud: Spesielt hos nyankomne bør man se etter lus og skabb.
Auskultasjon: Vær obs. på muligheten for klaffefeil. Hjerteklaffefeil pga. gjennomgått streptokokkangina er fremdeles et aktuelt sykdomsproblem i verden, og har kliniske konsekvenser.
Sanseundersøkelser og otoskopi: Spesielt hørseltap er vanlig hos visse innvandrergrupper.
Kliniske tegn på anemi: Blekt barn, bleke konjunkitvalslimhinner, slapphet.
Kliniske tegn på rakitt tyder på langtkommen sykdom.
Tannstatus: caries, gingivitt

Laboratorieprøver

Laboratoriemessig screening vil avhenge av hvor barnet kommer fra, og hvor lenge det har bodd i Norge.
Hgb. bør tas rutinemessig.
Blodutstryk er en god screeningprøve, og anbefales tatt av nyankomne.
Hvite og eosinofile kan tas som alternativ til blodutstryk.
Hepatitt B- undersøkelse gjøres på barn fra Sørøst-Asia.
Faeces-prøver til us. på patogene tarmbakterier (minst to pr.) og på parasitter tas av barn fra Asia, Afrika og Latin-Amerika
AIDS-testing av barn fra Asia vil antakelig bli aktuelt.

Annen screening

Rakitt bør mistenkes også når spesifikke kliniske funn mangler. Rtg. håndledd er en god og smertefri undersøkelse. Bør ikke utføres som screening, men gjøres på relativt vide indikasjoner, som v/anemi, "failure to thrive", ikke tilfredstillende tilvekst.

Vaksinering

Ved ankomst til landet bør vaksinasjonsstatus vurderes. Vanlige regler for innhenting av forsømt vaksinering følges, dvs.:

- alle utførte vaksiner skal telle med såsant det er satt tilstrekkelig dose og med tilstrekkelig intervall.
- vaksineringen skal være tilfredsstillende dokumentert.

Et visst skjønn må utøves, og vi

antyder at man bør være relativt liberal med å gi vaksiner. Mange av de sykdommene som inngår i det vanlige vaksinasjonsprogrammet har stor aktualitet i de land vi rekrutterer innvandrere fra. Svikt i immunstatus kan derfor føre til epidemiologiske "lommer" med mulighet for smittespredning i vårt land, eller fare for sykdom hos dem som reiser ut.
Når reise er forestående, bør barnet vare så fullvaksinert som mulig, simultanvaksinering kan være aktuelt.
BCG-vaksine er anbefalt, men ikke påbudt for nyfødte barn av foreldre fra Sør-Europa, Afrika, Asia og Latin- Amerika. Dette utføres mange steder rutinemessig på fødeavdelingen.

Veiledning

Når vi skal veilede fremmedkulturelle i helsespørsmål bør vi ha en kritisk holdning til oss selv og hva vi har å bibringe.
Vi må være oss vår egen kulturelle bakgrunn bevisst for å kunne skille mellom det vi som helsearbeidere kan og vet i kraft av vår profesjon, og hva vi tror, mener og liker i kraft av at vi er norske. En forslitt men aktuell frase er at veiledningen må ta utgangspunkt i klientens virkelighet, ta deres situasjon på alvor.

Kost

Endringer i familiens sammensetning, annen tilgang på råvarer og muligheter for matlaging fører til endring av kostholdet ved migrasjon. Følelser omkring mat og ernæring stikker dypt, og oppfatninger om kosthold er sentrale i oppfatninger om hvordan helse opprettholdes. I forskjellige kulturer har man helt forskjellige oppfatninger av sammenhengen mellom kosthold og helse.
Utgangspunktet i veiledningen kan være de endringer som har skjedd i forbindelse med migrasjonen. Det tenkes spesielt på melkeinntaket. Mange er ukjente med vår norske melkedrikkertradisjon, men forsøker å følge opp. Noen ganger fører det til at barnet får altfor mye melk, med anemi som resultat.

Spising mellom måltider er mange steder en del av kulturen, men det man småspiser endrer seg når man kommer hit, og blir ofte ernæringsmessig dårligere.
Det er imidlertid sjelden grunn til å be familien endre på sine ordinære måltider, selv om det skulle være noe for oss så fremmedartet som f. eks. å spise ris til frokost.

Påkledning

Det kan være vanskelig å finne fram til hensiktsmessig bekledning Mange er ukjente med at klær kan være brannfarlige, og at kvalitet er dyrt.

Ulykkesprofylakse

Endrede boforhold gjør at mange ikke kjenner til farepunktene. Faren for elektriske støt, fall, forbrenninger og trafikkulykkerer aktuelle temaer.

Hjemreise

Ved feriereise til tropiske land bør det informeres om:
- Malariaprofylakse ved skjerming mot myggstikk og kjemoprofylakse
- Diareprofylakse og råd om behandlig av milde diaretilstander, skjerming mot overoppheting.
- Anbefale amming så lenge som mulig.
- Slutte med fluortabletter hvis fluorinnholdet i vannet er høyt nok.

Barnet bør være så fullvaksinert som mulig, evt. kan flere vaksiner gis samtidig.
Familien bør informeres om å melde fra til helsestasjonen ved hjemkomst.

Omskjæring

Rituell omskjæring av guttebarn praktiseres av muslimer og jøder. I forskjellige grupper vil man gjøre dette på forskjellige alderstrinn. De som ønsker å få utført dette ved fødselen, kan vanligvis få gjort det på fødeavdelingen. Senere kan det være vanskelig å få dette gjort. Til tross for at inngrepet er godkjent som refusjonsgrunn fra folketrygden, har en del kirurger nektet å utføre det.
Omskjæring av piker er aktuelt i en del land vi rekrutterer innvandrere fra. Helsedirektoratet har erklært inngrepet som uetisk og foretas ikke av helsepersonell.

Mishandling/omsorgsvikt

Dette er generelt meget vanskelige problemstillinger, og ser ut til å gi spesielt vanskelige vurderinger hos innvandrere. Emnet trenger videre diskusjon, men det skal her nevnes to grøfter det er lett å gå i: Enten at vi karakteriserer de oppdragelsesformer som avviker fra fåre egne som "mishandling", eller at vi overser klart skadelige mønstre fordi det er en del av "kulturen" og dermed hinsides vurdering.

De blå merkene man kan se hos mørkhudede barn spesielt over skuldre og sete ("asiatiske flekker") har noen ganger urettmessig blitt oppfattet som tegn på mishandling.
Likeså hematomer hos vietnamesiske barn, gjerne over øvre del av truncus og i nakken, etter "myntgniing" eller kraftig massasje, som er en del av et tradisjonelt vietnamesisk helbredelsesrituale■

Gastrobitan®
(cimetidin)

Enklere dosering ved ulcus duodeni en tablett 800 mg til natten.

GASTROBITAN ATC nr. A 02 B A 01
Histaminerg H2 — reseptorantagonist.
INJEKSJONSVISKE: 100 mg/ml: 1 ml inneh.: Cimetidin. 100 mg, acidumhydrochloricum 33 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.
TABLETTER: Hvar tablett inneh.: Cimetidin. 200 mg, 400 mg resp. 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioksyd.
EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Representerer således de histaminerge H2-reseptorantagonister. Histamin H2reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne.
Absorpsjon: God etter oral administrering.
Proteinbinding: Ca. 20 %.
Halveringstid: Ca. 2 timer.
Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75 % gjenfinnes vanligvis i urinen etter oral dose, og 85 % etter en parenteral dose hovedsakelig uforandret.
Halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Hovedmetabolitten er sulfoksyd, dette utskilles også via urinen. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance.
Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placentabarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fullstendig ved hemodialyse.
INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår, Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår hvor operativ behandling ikke er gjennomførbar. Forsøksvis ved reflux esofagitt. Profylaktisk mot blødninger på grunn av stressulcus hos kritisk syke.
KONTRAINDIKASJONER: Relative: Graviditet og diegivning.
BIVIRKNINGER: Diaré, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1 % av pasientene. Tilfeller av reversible forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminaseøstigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt, samtlige er reversible. Reversible blodbildetforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.
FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosene skal verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Reflux esofagitt skal påvises endoskopisk og/eller ved biopsi. Instituering av langtidsbehandling må skje av spesialister eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyre[illegible]sjon må få redusert dose (se tabell under Dosering). Da cimetidin kan gi symptomatisk b[illegible] pasienter med ventrikkel-cancer, er det meget viktig at en malign lidelse utelukkes. Behandling [illegible] bør vurderes av spesialist.
INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. (I : S1 a).
DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** er 800 mg til natten eller 400 mg om morgenen og til natten. Ved **Ventrikkelsår** anbefales 400 mg om morgenen og til natten. Behandlingen bør vare minst 4—8 uker ved ventrikkelsår selv om pasienten blir symptomfri tidligere. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3—4. Ved **profylaktisk** langtidsbehandling av **duodenalsår** gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld. Ved **reflux esofagitt** anvendes 400 mg 2—4 ganger daglig i 4—12 uker. Ved **Zollinger-Ellisons** syndrom kan dosen økes til 2 g pr døgn ved behov. Til personer med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance. Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatinclearance (ml/min.	Serumkreatinin umol/l	Dosering
< 15	400—900	200 mg x 2
15—30	200—400	200 mg x 3
30—50	100—200	200 mg x 4

Intravenes injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes i 20 ml sterilt vann eller natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Ferdigslagel løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon 3—5 min. med 4—6 timers intervaller, maksimalt 2 gidagn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon.
Intravenes infusjon: Kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusjonsoppløsning. Dosene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt gis 2 gidagn.
Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter sepone-ring. Cimetidin har symptomlindrende effekt ved refluxøsofagit, mens erfaringer om effekt ved langtidsbehandling foreløpig er begrensede. Bør ikke brukes til barn pga. manglende erfaring.
OVERDOSERING/FORGIFTNING: Meget lav akutt toksisitet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsøk viser så høy LD50 at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER OG PRISER:
Injectabile: 10 amp. à 2 ml kr. 58,25
Tabletter 200 mg: 50 stk. kr. 122,65
200 stk. kr. 456,85
Tabletter 400 mg: 28 stk. kr. 137,00
56 stk. kr. 270,50
84 stk. kr. 384,60
100 stk. kr. 445,25
Tabletter 800 mg: 30 stk. kr. 259,25
60 stk. kr. 511,50
100 stk. kr. 800,15

KabiVitrum
Adresse: Postboks 22
Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 54 29 50

Gastrobitan® 800mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

H_2 - blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	**30 stk.**	**1 tabl. × 1**	**8,70**
Antacid mikst.	500 ml	10—15 ml × 8	5,50— 8,30
Antacid tabl.	100 stk.	4—6 tabl. × 8	8,00—12,00
Balancid mikst.	1000 ml	10—15 ml × 8	5,40— 8,00
Link tabl.	10 × 60 stk.	2—3 tabl. × 4	5,50— 8,20
Link plastp.	96 × 10 ml	1 plastp. × 4	6,70
Novaluzid mikst.	500 ml	5—10 ml × 4	2,40— 4,80
Novaluzid plastp.	50 × 10 ml	1 plastp. × 4	7,10
Titralac tabl.	1000 stk.	2 tabl. × 8	2,50
Titralac tabl.	250 stk.	2 tabl. × 8	3,00

Gastrobitan refunderes etter § 9.37 ved bl.a. ulcus ventriculi og ulcus duodeni

KabiVitrum
Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

THNJ-PRA 20

Frode Heian

Team som arbeidsform

De siste par tiår er oppgavene innen barnehelsetjenesten endret i retning av psykososialt arbeid og sammensatte problemstillinger i forbindelse med funksjonshemning/kronisk sykdom.
Familier med slike problem får ofte mange fagpersoner å forholde seg til og det vil lett oppstå forvirring og misforståelser.

To viktige prinsipper har pekt seg ut i det samordningsarbeidet som her er nødvendig:

- En person må være familiens primærkontakt.
  Det kan godt være en fagperson utenfor helsevesenet, men helsestasjonen har det naturlige ansvar for at primærkontakten finnes, og at samordningen fungerer.
- De fagfolk som har med en familie å gjøre må komme sammen med jevne mellomrom, evaluere effekten av de tiltak som er i gang og diskutere nye. I en slik gruppe kan mange fruktbare tanker gro frem, og unødige misforståelser ryddes av veien.

LOKALT HABILITERINGSTEAM

Det naturlige utgangspunkt for slike grupper er det lokale habiliteringsteam. Det vil i de fleste kommuner i praksis bestå av:

- helsesøster
- lege
- sosionom
- fysioterapeut, (evt. ergoterapeut hvis tilgjengelig)
- områdepediater (hvis tilgjengelig)

· Representant fra:
- PPT (psykolog, spesialpedagog)
- trygdekontor
- barnehage

Basisgruppe

Kjernen i et habiliteringsteam bør være liten og vil i praksis ofte bestå av helsesøster, lege, sosionom og en representant for PP-kontoret.

Hele teamet

bør møtes med visse mellomrom for å diskutere generelle spørsmål i det samordnende og forebyggende arbeidet.

Deler av teamet

De fagfolk som er involvert i den enkelte familie møtes i det klientrettede forebyggende arbeidet.
Gruppen omkring hver familie skal ha faglig bredde, men være så liten at den fungerer effektivt. I denne gruppen er foreldrene naturlige deltagere.

Samarbeidet

Samarbeid som dette går ikke alltid knirkefritt. Reell faglig uenighet, personlig betingede- og profesjonsmotsetninger kan gjøre samarbeidet vanskelig.
Vi må ha øynene åpne for slike problemer og være villige til å løse dem. Stadig å revurdere hvordan et team fungerer som arbeidsredskap er nesten like viktig som det klientrettede arbeidet.
Men konflikter kan også gi fruktbare resultater. Gevinsten ved samarbeid oppveier som regel eventuelle problemer med god margin.

HELSEFREMMENDE VIRKSOMHET

Habiliteringsteamets sammensetning gir også et godt utgangspunkt for generelt helsefremmende virksomhet.
Dette er en oppgave som er behørig nevnt i Lov om kommunehelsetjenesten, men som relativt få innen helsetjenesten har noe konkret forhold til. Det kan skyldes dels mangel på, dels uenighet om mål og midler. Mange opplever det henimot politiske engasjement dette arbeidet nødvendigvis må innebære, som vanskelig.

Helsefremmende arbeid i vid forstand innebærer å gjøre samfunnet mer barnevennlig. Vi må ikke glemme at andre virksomheter i samfunnet har vel så stor innflytelse på psykisk og fysisk helse som helse- og sosialsektoren. Det innebærer ikke at vi skal føle oss forpliktet til å engasjere oss direkte i kultur-, veibyggings- og annen virksomhet. Men det innebærer kontakt og samarbeid med sektorer utenfor tradisjonelle rammer. Det innebærer også et aktivt forhold til kommunens planlegningsvirksomhet.

Med dette som utgangspunkt kan gruppen ovenfor fungere som noe mer enn et habiliteringsteam. Som pådriver i utformingen av barns oppvekstvilkår er kontakt også til andre etater en nødvendig forutsetning. Først da kan vi snakke om virkelig helsefremmende virksomhet, -og stikkordet er: SAMARBEID■

La barna gå oss til hodet!

Intervju med sosiolog Eva Almhjell

Illustrasjoner ved Iben Sandemose

Eva Almhjell, Fylkesmannen i Vestfold

◆

Eva Almhjell. Du er sosiolog, og har arbeidet barneplaner i mange år. Kan du ikke fortelle litt mer om deg selv og din bakgrunn?

Jo. Jeg har spesialiseringsområder innenfor familiesosiologi og sosialiseringsteori og skrev hovedoppgaven om barns oppvekstkår i et bygdesamfunn før og nå.
Under og etter studiet jobbet jeg i alt ca. 10 år i NRK med generelt samfunnsstoff, og så i Sosialdepartementet med stoff om barn og funksjonshemninger.
Sammen med en landskapsarkitekt laget jeg i -79 en barnemelding for en kommune i Vestfold som sammen med barneåret avfødte den stillingen jeg nå har som prosjektleder for barneplanarbeid hos fylkesmannen i Vestfold.
Arbeidet består først og fremst i å hjelpe kommuner i gang med utvikling av barne- og ungdomsplaner, og gi praktisk hjelp og veiledning underveis.

◆

Har du hatt mye samarbeid med helsepersonell?

Jeg må innrømme at helt i begynnelsen var jeg ikke så oppmerksom på helsepersonellet. Men det gikk ikke så lang tid før vi ble oppmerksom på helsesøsters betydning både når det gjaldt kunnskap, informasjon og medvirkning, særlig når det gjaldt de små barnas oppvekstvilkår. De sitter også i en helt annen utgangsposisjon enn andre instanser. I enkelte kommuner har vi gått ut og bedt om at de ved sammensetningen av plankomiteen er spesielt oppmerksom på helsesøstrenes posisjon.
Basis i arbeidet har ellers vært å få med alle sektorene, både på den politiske og den administrative siden, dessuten ville vi ha med ungene i planprosessen, som medarbeidere og informanter.

Det vi har kunnet bidra med har vært faglig veiledning, og penger.
Staten disponerer midler til lokale tiltak for barn og unge, for tiden 20 mill. kr. på landsbasis. Disse midlene er garantert fram til 1989.
Det nye inntektsystemet (fra 1.1.86) og ny plan- og bygningslov (fra 1.7.86) er viktige begivenheter, men det er for tidlig å si noe om hvilke effekter disse vil ha i forhold til barne- og ungdomsarbeidet. Vi kan med god grunn være engstelige for at barna blir salderingsposter igjen, fordi de er svake talspersoner i fora der beslutninger blir fattet.
Jeg vet at enkelte kommuner har en egen budsjettpost knyttet til barne- og ungdomsplanutvalget, og noen steder er det bevilget midler over sektorbudsjettene til tiltak som har vært foreslått under barne- og ungdomsplan.

◆

Har det å lage planer noe for seg? Blir de ikke bare liggende og støve ned?

Den tradisjonelle modellen for planlegging gikk ut på at ett menneske ble satt til nærmest alene å lage en plan som etter en kort vurdering i et planutvalg eller formannskapet ble sendt ut til høring.
Jeg synes historien viser at det

Nyhet ved angina pektoris

Nytt, effektivt nitropreparat med langtids-virkning og dosering 2 ganger daglig

1. Enkel dosering:
   Normalt 20 mg 2 ganger daglig.
   12 timers virketid
   – en fordel også ved nattangina[6, 12]
2. Eneste perorale langtidsvirkende nitrat med 100% biotilgjengelighet. Dette betyr enkel innstilling av pasienter.[3]
3. Ingen toleranseutvikling påvist ved anbefalt dosering.[8, 12]
4. Dosering uavhengig av lever-/nyrefunksjonen.[9, 10, 11]
5. Lav bivirkningsfrekvens[4]

ISMO kombinerer god effekt med enkel dosering – en forutsetning for god "patient compliance."

isosorbid-5-mononitrat

Organon

ORGANON A.S
Boks 325, 1371 Asker,
Tlf. (02) 78 43 65

ISMO «Boehringer Mannheim»

T Nitropreparat Indeks: C01DA14

TABLETTER 20 mg: Hver tablett inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg const.q.s.

EGENSKAPER: Langtidsvirkende (ca. 12 timer) nitropreparat med virkning på brystsmerter forårsaket av koronar hjertesykdom. Antatt virkemekanisme: Tonusnedsettende effekt hovedsakelig i venøse kapasitanskar. Dette fører til redusert venøs tilbakestrømning og derved nedsatt fyllningstrykk (preload) i hjertet. Hjertets arbeid minskes, dermed bedres eksisterende misforhold mellom hjertets oksygenbehov og -tilførsel, og anginøse smerter reduseres eller forsvinner. Absorpsjon: Tilnærmet fullstendig, maks. plasmakonsentrasjon etter ca. 1 time. Biotilgjengelighet: 100%. Halveringstid: 4–5 timer. Metabolisme: I lever ved denitrering og glukuronidering. Utskillelse: Hovedsakelig i urin som metabolitter.

INDIKASJONER: Profylaktisk mot angina pectoris.

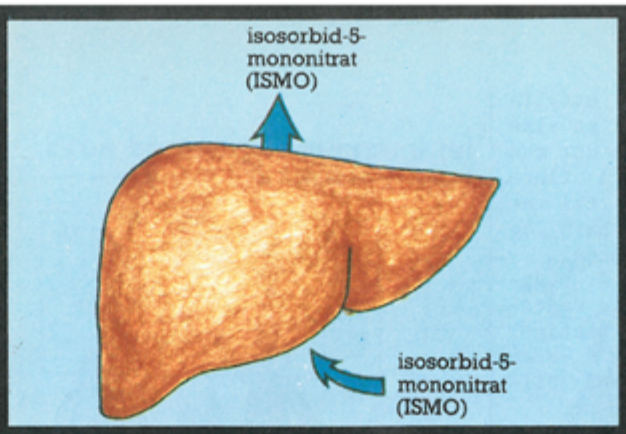
KONTRAINDIKASJONER: Nitratintoleranse. Alvorlig hypotensjon, sjokk, økt intrakranielt trykk.

BIVIRKNINGER: Forbigående hodepine, "flushing," hypotensjon, svimmelhet, takykardi og brekninger.

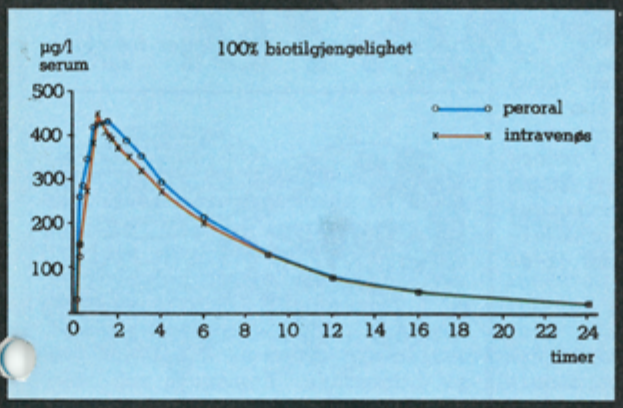
FORSIKTIGHETSREGLER: Ved akutt hjerteinfarkt bør ISMO kun brukes under streng medisinsk kontroll. Forsiktighet utvises hos pasienter med aorta klaffefeil, hypotensjon, akutt koronar okklusjon eller akutt koronar insuffisiens med blodtrykksfall. En mulig effekt på intraokulært trykk tilsier forsiktighet ved trangvinklet glaukom. Kan potensiere effekten av antihypertensiva og gi utilsiktet hypotensjon ved kombinasjon med alkohol. Seponering av høye doser bør skje langsomt. Mulighet for toleranseutvikling.

INTERAKSJONER: Alkohols effekt på reaksjonstiden kan potensieres. Se Interaksjonstabellen i Felleskatalog 1986. (I: 65e)

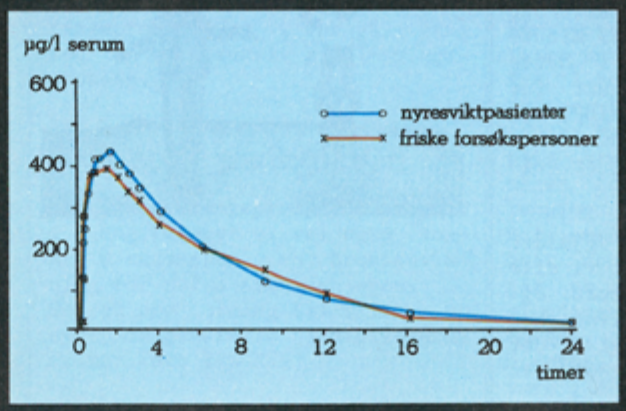
OVERDOSERING/FORGIFTNING: Ved overproduksjon av methemoglobin som følge av overdosering: Intravenøs tilførsel av ascorbinsyre eller metylenblåttoppløsning. Oksygentil-



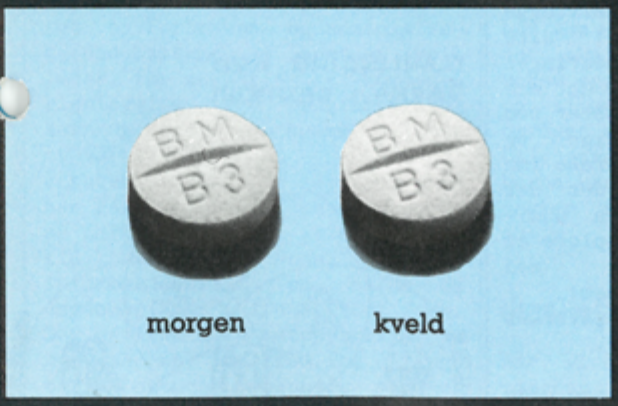
Ingen "first pass"-effekt og lang halveringstid gir enkel dosering [3]



Eneste langtidsvirkende nitrat med 100% biotilgjengelighet. Dette betyr enkel innstilling av pasienter [3].



ISMO – Normaldosering også ved nyresvikt [9,10] *og nedsatt leverfunksjon* [11].



Enkel dosering – Normalt 20 mg (1 tablett) 2 ganger daglig [6,12].

førsel. Forøvrig vanlig generell behandling. Se kapitlet om Behandling av akutte forgiftninger i Felleskatalog 1986. (F: 73)

DOSERING: Individuell. Vanligvis 1–2 tabletter 2 ganger daglig. Ved oppstart av behandling anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: Initialt ½ tablett 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men ikke knuses. Ved akutte anfall kan et sublingualt preparat benyttes.

PAKNINGER OG PRISER: Tabletter 100 stk. enpac kr. 223,40 T:12

Referanser:

3. Abshagen U et al. Eur J Clin Pharmacol 1981; 20: 269–75
4. Überbacher HJ et al. Pharmacotherapeutica 1983;3: 331–41
6. Akhras F et al. Z Kardiol 1985; 74, Suppl. 4: 16–20
8. Jansen W et al. Med Welt 1982; 33: 1756–62
9. Kösters W et al. Med Welt 1981; 32: 521–23
10. Raue F et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 78–85. Springer-Verlag, Berlin
11. Akpan W et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 86–91. Springer-Verlag, Berlin
12. Rennhak U et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 147–53. Springer-Verlag, Berlin

01.10.86

er svært liten nytteverdi i planer som er laget etter denne såkalte "elfenbenstårnmodellen".

Vi vil at det skal være mange med i planprosessen, og at det ikke er det skillet mellom plan og handling som du finner i de tradisjonelle planene. Det skal settes i gang tiltak underveis i den grad det går an å få finansiert det, og brukerne, dvs. de som konsekvensene av planene angår, skal være med i planprosessen.

Det blir hevdet at den første modellen er så mye mer effektiv. De som sier det ser da bare på en ting: at dette ikke tar så lang tid. Men det viser seg at det å få gjennomført tiltak under en slik elfenbenstårnplan kanskje tar enda lengre tid, og da må en spørre seg hva som egentlig er mest effektivt: Å ta med seg en del folk og få avklart en del problemer underveis i prosessen, eller å ta alt sammen på slutten og så bli sittende fast fordi folk er veldig uenige.

Det å få gjennomført tiltak har nemlig med en modningsprosess å gjøre. Mye av planleggingen skjer jo slett ikke med hodet, men er knytta til irrasjonelle følelser i oss, og irrasjonelle følelser må bearbeides ved at en får tid til å tenke gjennom og være med å utvikle både seg sjøl og planen. Vi må forsøke å få til et vekselspill mellom handling og holdning underveis i prosessen.
Slik ønsker jeg at planprosessen skal skje i praksis.

Modningsprosess og holdningsendringer - du legger opp til at planlegging er en langvarig affære.

Det er klart at i den kommunale hverdag er ikke dette gjort på en-to-tre. I den grad vi prøver å få til et samarbeid på tvers av sektor-, fag- og profesjonsgrenser på både fylkesnivå og i departementene er det om mulig et enda lengre lerret å bleke.

Hindringer

Barrierene vi har å stri med er
- et formelt lovverk som er innrettet på sektorer (Barnevernsloven, Lov om helsetjenester, -tannhelsetjeneste, Lov om sosiale tjenester osv.)
- måten kommunene er organisert på politisk, administrativt og økonomisk, som alt er innrettet på sektorvirksomhet.
- det lokale partisystemet, der sneversynte politiske interesser og ikke minst prestisjehensyn er unødvendige og fru-

strerende hindringer.
Når et parti foreslår et godt tiltak, så kan ikke et annet parti "kjøpe" den ideen. For en ting er ikke å få gjennomført sitt eget, men da skal man i hvert fall ha gleden av å hindre at andre gjennomført gode ideer.

Du skal altså på en måte jobbe på tvers av en masse som er veldig fasttømret i den kommunale forvaltning, i det politiske systemet og i det formelle lovverket.

Tverrsektorielt samarbeid

Men så har vi den nye plan- og bygningsloven som legger opp til sektorsamarbeid og et likeverdig forhold mellom sektorene i planprosessen. Loven pålegger ikke noe samarbeid, men intensjonene i planloven er at sektorene skal være likeverdige. Stikkordene er SEKTOR- OG NIVÅ-OVERGRIPENDE PLANPROSESS.

Foruten planloven finnes to hefter som miljøverndepartementet har laget i samarbeid med NKS som er informasjonshefter knyttet til planloven.

FASER I PLANLEGNINGEN:

Vi har delt arbeidet inn i tre faser:

FASE I

Registrere det som allerede finnes av tiltak og opplegg for barn og unge i kommunen. Dvs. gjennomgå statistiske opplysninger, sektorplaner som allerede er tilstede, aksjonsplaner (f.eks. aksjon skoleveg fra -79, og andre ulykkesforebyggende aksjoner).

Dessuten ta med det som ikke står der. Det er særlig viktig når det gjelder barn og unge, for der er det så mye som ikke er gjort.

Denne fasen tar utgangspunkt i den sektordelte virkeligheten som finnes i kommunen.

FASE II

Slipp fantasien løs

I den andre fasen kan en slippe seg løs, tenke på tvers av sektorene. Her er målgruppen barn og unge, og så får de ulike sektorene vurdere hva de kan gjøre for denne gruppen hver for seg og i samarbeid. Vi må komme bort fra den tradisjonelle situasjonen at vi opptrer konkurrerende, og heller se virksomhetene i sammenheng og tenke hvordan vi kan utfylle hverandre. Dette har til en viss grad skjedd mange steder der man har tatt kunnskapen fra flere sektorer og satt sammen til et mer helhetlig bilde av barn og unges oppvekstkår i kommunen.
Så kan vi kanskje prøve å supplere med enkelte spesielle undersøkelser som vi mener er viktige, og som vi kan ha nytte av i alle sektorene når det gjelder tiltakssida.
I denne fasen er det vi går ut til barn og unge: i skolesammenheng, i velforenings-sammenheng i nærmiljøkonferanser. Her er det en rekke metoder kan brukes for å opprette et samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner, skoler o.l. på det "underkommunale nivå" for å komme direkte i kontakt med brukerne. Det er naturlig at de forskjellige etatene samarbeider om disse metodene.

Ta barn på alvor

En metode er å ta barn på alvor, lytte til det de har å si. Jeg har lyst til å nevne en 17 minutters liten video som Guri Mette Vestby ved Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har laget, er ferdig nettopp nå. Den heter "Lytt til barn" og er veldig god.

Noe av problemet når det gjelder barn og unge er nemlig at vi alle mener vi har grèie på temaet og tror at vi tar barn på alvor. Men når det kommer til stykket er det veldig mange som ikke gjør det likevel.
Jeg kan nevne ett eksempel:
Barn som blir bedt om å kartlegge ulykkesfarlige plasser i sitt nærmiljø og foreslå utbedringer på lekeplasser o.l., gjør det med veldig stort alvor, de jobber som bare det og er grundige og ærlige. Når vi så får svarene inn igjen til planutvalget der det sitter politikere/folk fra administrasjonen, kan vi oppleve at forslagene avfeies med irrasjonelle argumenter som:
"Disse ungene er jo bare påvirket av foreldrene sine" --osv.

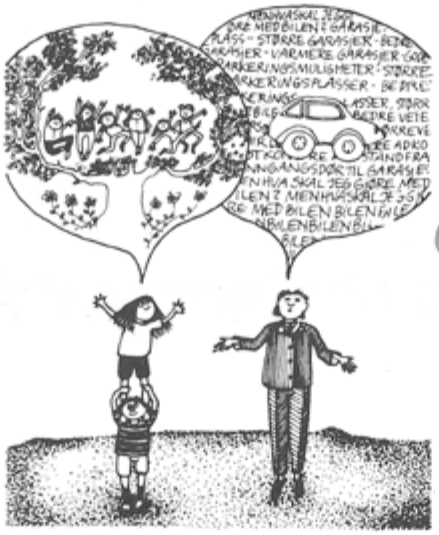
På den annen side er det mye gode krefter i kommunene også.

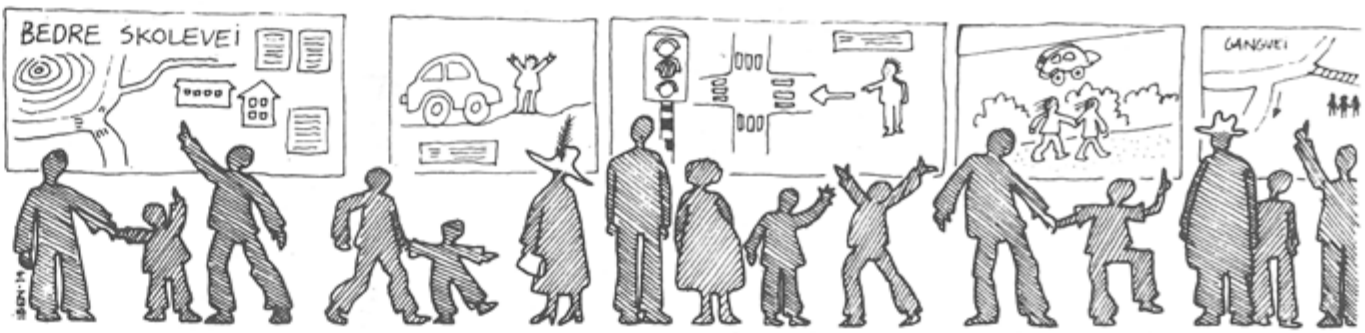
Gå varsomt fram

For å få mobilisert disse gode kreftene er det kanskje et poeng å sette i gang da, og gjøre det mulig for disse gode kreftene å få utløsning for sine ideer og sin virketrang?

Ja, men det er en ting som er viktig før vi går i gang. Vi må

Bruk kunnskap og erfaringer fra alle sektorer





være veldig forsiktige så vi ikke trer ting ned over hodet på folk. Det må jeg vel innrømme at vi tildels har gjort. Vi har hatt pengene, og det har vært folk som har vært veldig interessert i å få ting igjennom. Andre, som også er viktige å få med, har sittet mer som propper i systemet, og særlig overfor disse må vi gjennom en ofte langvarig motiveringsprosess før vi kan gå i gang med en konstruktiv planleggingsprosess.

Redskaper i planlegningen

Når motiveringsprosessen er godt i gang trenger vi vel også konkrete redskaper, en bruksanvisning for selve planlegningen.
Har du noe forslag til slikt, ut over de generelle planveilederne vi har fått fra NKS?

Nå blir det i samarbeid mellom Kultur- og vitenskapsdepartementet og Forbruker- og administrasjonsdepartementet laget en veileder for utvikling av kommuneplanlegging for programområdet barn og unge, som kommer i løpet av våren -87.
Foruten videoen jeg nevnte i sted har FAD laget en video som kommer på markedet i løpet av en måneds tid. Den heter "Scoop" og er en informasjonsfilm om barne- og ungdomsplaner i dramatisert form. Den er ikke noen matoppskrift på hvordan en går fram for å lage barne- og ungdomsplaner, men mer en motivasjon for hvor viktig det er at barn og unge får delta, at de lærer seg til å bry seg med samfunnet omkring seg, lærer seg til å bli deltakere i steden for tilskuere, til det som foregår i organisasjonsliv og forvaltning. Dette er de i stand til å sette seg inn i.
Men jeg må samtidig si at det er meningsløst å ta med barn i en plankomite. Jeg tror mer på det at vi går ut til barn i ulike aldersgrupper, enn at vi trekker dem med i utvalg på kommunenivå.

Barn som dimensjonerende faktor

Selv om barna i det daglige er innvevd i de voksnes liv har du rett og plikt i et slikt planutvalg å se tilværelsen fra barnas synsvinkel, "bruke barn som dimensjonerende faktor", uten at vi dermed skal være blinde for sammenhenger.
Når veier blir planlagt brukes bilen som dimensjonerende enhet, for å beregne bredden på veien, veiens bæreevne osv. På samme måten kan en tenke seg at barn blir brukt som dimensjonerende enhet for utvikling og planlegging av f. eks. hvordan et boligområde skal se ut. Det er en helt annen tilnærming enn om vi går ut fra f. eks. den private eiendomsretten innenfor et boligområde.
Hvorfor i all verden skal det være gjerde av stikkbusker mellom hver boligtomt på 700 kvm.?
Hvorfor kan en ikke forme et bomiljø ut fra forståelsen av at det skal være godt for barn å vokse opp i? -Rive ned gjerdene og si at primært er dette boligområdet offentlig. Det skal være tilgjengelig for alle, slik at barna kan ake fra Olsen øverst i bakken til Andersen nederst i dumpa.

Straks-tiltak underveis

Når vi under denne "fase to" får respons fra barna, i form av spørreskjema, stiler, forslag på tegninger og kart, må vi forsøke å plukke ut forslag som kanskje ikke koster så mye, og som kan gjennomføres her og nå. Det er viktig at vi ikke bare tar for oss forslag som det tar to år å gjennomføre. Ved å gjennomføre det jeg kaller "straks-tiltak underveis" blir det ikke det skillet som vi vanligvis har mellom plan og handling. Det skal være en vekselvirkning mellom tiltak og planlegning. Det er en del av prosessen å gjennomføre tiltak underveis.

Ta med ikke-kostnadkrevende tiltak også

Husk at det ikke alltid er pengene det står på heller. Det behøver f. eks. ikke koste penger å ha en fagperson i bygningsrådet til å sørge for at alminnelige barnesikringstiltak kommer med på et tidlig tidspunkt ved nyetableringer av ulike slag. Men det skal noe til for en slik person å se hva det er som skjer, og ikke la seg fange i det mønsteret som liggèr der.
Her gjelder det for helsepersonell å stole på at det dere har å bidra med i slik generalplansammenheng er like viktig som de tekniske sidene som ofte er enerådende i slike sammenhenger.
Dere må delta mer enn dere gjør og gi forståelse av hvor viktig det er med forebyggende tiltak.

Helsepersonell må klargjøre sin rolle

Men det er lett å falle i motsatt grøft. Ofte markedsfører helsepersonell sin forståelse som den eneste forståelsen som var gyldig. De opererer med et utvidet helsebegrep og er veldig uklare på hva som egentlig ligger i det. Men som kan føre til en slik konklusjon som f.eks. at "helsetjenesten har et totalansvar for barns oppvekstkår". De tror de har en ny forståelse av hva helse er for noe mens de dokumenterer gjennom språkbruk og tilnærmingsmåte at de ikke har den forståelsen man burde forvente ut fra et utvidet helsebegrep. De sitter fast i den gamle forståelsen av hva helse er for noe og så tror de at det er det nye helsebegrepet de opererer med, -altså en mangel på selvinnsikt.

Så du mener helsepersonell har en "imperialistisk" holdning til

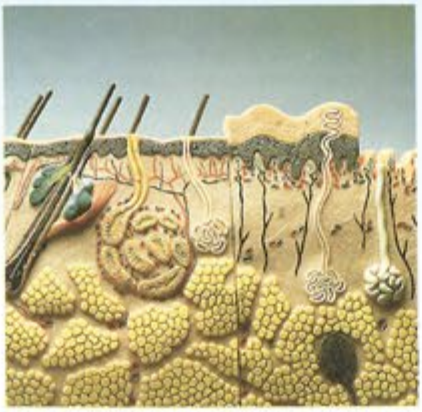
Marvelon® med desogestrel

DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

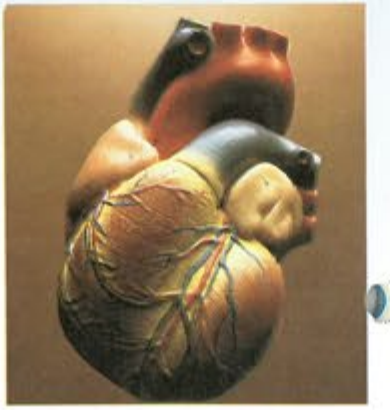
– det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro

Monofasisk, enkel for pasienten og utmerket sikkerhet.

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4).[13]



Ingen androgen effekt forventes[19, 20, 21, 22] og bedring av eksisterende androgene symptomer er rapportert[21, 21a, 21b]



Gunstig lipidprofil med positiv virkning på HDL.[39, 40, 41]

Marvelon «Organon»

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg., etinylestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogenigestagen kombinasjon med god cyklyskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Normalt liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. *Absorbsjon:* Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. *Halveringstid:* Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 16–21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. *Metabolisme:* Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. *Utskillelse:* Via urin og fæces. *Overgang i morsmelk:* Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin–Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. Relative: Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboemboller (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger er blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arterielt hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal noduler hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som skuttie buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling instilueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cykluslengde, kroppsvekt, blodtrykk, brystog bekkenorganer, ben og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år. Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte-/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økat hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboemboller under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboserisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykoseteleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har gjemt å ta. Erbortfallsblødning uteblir i 2 påhverandre følgende cykler, skal graviditetstesti alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diarré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 58,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1985

genet gesteron

Normalt liten eller ingen vektforandring[13]

God cykluskontroll

88,1 % i tredje og 90,9 % i sjette cyklus hadde ingen uregelmessige blødninger.[13]

REFERANSER

13. Weijers M. J. Clinical Therapeutics 1982, 4 No 5, 359–368.
19. Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1982, 111, 47–54
20. Hammond, G. L. et al. Fertility and Sterility 1984, 42, 44–51
21. Palatsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517–523
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 22, 29–36
21. b) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195–202
22. Cullberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229–243
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477–485
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61–72
41. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487–504

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65

Organon

barns oppvekstvilkår?

Alle har det. Alle forfekter at det er innenfor "min" sektor det er viktig å jobbe for å tilrettelegge barns oppvekstkår. Sosial- kultur- undervisnings- og helsesektoren tror alle de sitter med nøkkelen til løsningen. Teknisk sektor er kanskje dem som minst har forfektet sin hovedrolle i dette spørsmålet, men det er nok feil også. Poenget er at de ulike sektorene sammen har hovedansvaret og nøkkelen til løsninger, som sagt tidligere.

FASE III

Handlingsprogram

Når vi har boltret oss i tanker og ideer må vi over på tiltaks-siden. Her er helsepersonellet sitt medansvar å sørge for at helsefremmende tiltak for barn kommer på programmet innenfor de ulike sektorene. Selv om helse-sektoren ikke selv har midler til dette må dere sørge for å "plante" tiltakene der de natur-lig hører hjemme og være med å kjempe dem gjennom der.

Oppfølging

◆

Barne- og ungdomsplan for kom-munen er basert på frivillighet i kommunene. Dette er jo en svak-het. Når planen er ferdig, -blir den ikke da bare plassert i en skuff?

Det er bestandig en fare for at planer blir liggende i en skuff, og om planer blir realisert er i stor grad avhengig av viljen til å bruke planene.
I de seks kommunen i Vestfold som har hatt første generasjons barne- og ungdomsplan til poli-tisk behandling i formannskap og kommunestyre, har ansvaret for å følge opp planen blitt plassert både i administrasjonen og i et politisk organ. Det er i alle fall helt nødvendige forutsetnin-ger for at den ikke skal havne i en skuff. Men det er ikke noen garanti. Den beste garanti er en innarbeidelse i det formelle plansystemet, altså kommuneplan, ved at barne- og ungdomsplanen blir betraktet som kommunedel-plan. Det andre er at det er ryddet tid og kapasitet i den kommunale forvaltning. Foreløpig er det bare en kommune som har gjort det. I de andre kommunene har oppfølgingen kommet på toppen av en allerede fullt besatt arbeidsdag.

◆

Hva med evaluering av de tiltak

som blir satt i verk?
Ved at tiltak blir beskrevet og kritisk vurdert kan ulike ideer bli lettere tilgjengelige for andre også.

Vi må selvsagt drive evalueringsarbeid. Dels for å vise nytten av tiltakene, dels som korrektiv til det videre arbeidet.
Når det gjelder spredning av ideer må vi huske at det ikke finnes noe fasttømret opplegg for hvordan en kommuneplan skal være. Den må utformes ut fra forutsetningene i hver enkelt kommune, og de er forskjellige. Dette er forskjeller som går helt ned på individnivå.
Det er heller ikke slik at tiltak som gir gode erfaringer ett sted uten videre kan overføres til andre kommuner. Her må vi i stor grad stole på egne krefter. På den annen side kan det være nyttig å vise til at dette har vært prøvd andre steder, med slik og slik effekt. Her vil jeg vise til rapportene fra NIBR, som har vært til inspirasjon og hjelp for meg i mitt arbeid.

Det er en ting som gjør at det er viktig å ta vare på barna og de unges oppvekstvilkår i framtida. Inntil de er 18 år står de i det jeg kaller en aldersbetinget tilskuerposisjon i forhold til vårt parlamentariske demokrati. De kan ikke delta.

Skolering nødvendig

Det er altfor få innen helsesektoren som har noen skolering i planarbeid. En annen ting er at sentralforvaltningen også ofte har liten forståelse for denne type arbeid. De vil ha "en liten og oversiktlig" plan, gjerne laget på kort tid. Bare ganske få forstår hvor lang tid en planprosess tar.

Til sist vil jeg si:

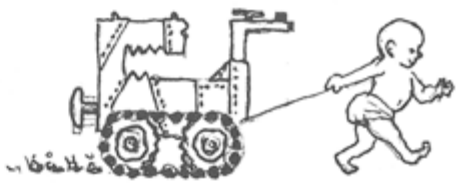
Barne- og ungdomsplaner er ikke den eneste måten å sikre barns oppvekstvilkår, det er bare en av flere metoder. Aksjonspreget arbeid for å forhindre barneulykker er en annen metode og det finnes flere andre.
Jeg sier heller ikke at det er den viktigste, men planarbeid er nødvendig, bl.a. fordi det har betydning for politiske prioriteringer, særlig nå etter det nye inntektsystemet ■

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Pediatrisk bokliste for helsepersonell

Frode Heian

■ Nedenfor er kort omtalt et utvalg sentrale bøker innen pediatrien. Har man mye med barn å gjøre er det mye av nedenstående litteratur man ikke burde gå glipp av. Men som i andre av livets forhold må man plukke etter behov og overskudd. Lista gjør ikke krav på å være komplett, og den tar ikke i det hele tatt for seg bøker om barns kognitive utvikling, mer inngående omtale av spesielle problemer som allergi, syn- og hørselsvekkelse, psykisk utviklingshemning osv. Den nevner heller ikke det vell av informasjonsmateriell for foreldre (som også helsepersonell ville ha utmerket nytte av å lese).



PEDIATRI

Friis-Hansen B. Nordisk lærebok i pediatri 9. utgave
619 s. København: Munksgaard 1985
Pris: Kr. 545,-
Boka er bygget over samme lest som tidligere utgaver og med stort sett de samme forfattere, nokså jevnt fordelt over de nordiske land. Den har økt i omfang siden forrige utgave, vesentlig pga. mer stoff i hvert kapitel. To kapitler er kommet til: Øyensykdommer og om innvandrerbarn og internasjonal adopsjon.
Boka er ikke spesielt rettet mot almenpraksis, men inneholder rikelig relevant stoff innimellom det mer sykehusrettede.
Dette er vel den mest aktuelle oppslagsboka for norske almenpraktikere.

Hull D, Johnston D Essential Paediatrics. 305 s. London:

Churchill- Livingstone 1985. Pris: Kr. 181,-
Dette er en liten oversiktlig pediatribok som i likhet med ovenstående er rettet mot pediatrisk grunnutdanning og altså ikke spesielt almenpraktikerorientert. Den er mer pedagogisk lagt opp (bl.a. med god bruk av stiliserte illustrasjoner) -enn Nordisk lærebok og selv om den ikke inneholder så mange detaljer er den fullt dekkende som pediatribok for almenpraktiserende leger.

Modell M, Boyd R. Paediatric Problems in General Practice. 227 s. Oxford: Oxford University press 1984. Pris: Kr. 159,-
Denne boka er rettet mot almenpraktikere, men er ingen selstendig pediatrisk lærebok. Den tar for seg pediatriske problemer fra almenpraktikerens synspunkt, som f. eks. bruk av antibakterielle midler i almenpraksis, pediatri innenfor rammen av almenpraktikerens travle hverdag osv.

Diagnostiske og terapeutiske prosedyrer i disse to engelske bøkene avviker noe-, men ikke mye fra nordiske forhold.

Illingworth RS, The Normal Child. 374 s. London: Churchill Livingstone 1985
Pris: Kr. 173,-
Dette er en klassiker, utkom første gang i -53. Den formidler inngående kunnskap om det normale barn med vide variasjoner i vekst, utvikling og tilstander som karakteriseres som normale men som alle primærleger blir konfrontert med (fedme, søvnproblemer, sfingterkontroll, adferdsproblemer osv.)
Gir en helhetlig forståelse av barnet og anbefales for alt helsepersonell som har med barn å gjøre.

SOSIALPEDIATRI

Køhler L, Merrik J. Socialpediatrik, Social Halsa och Valfard. 473 s. Lund: Studentlitt. 1985. pris: kr. 255.-
En omfattende bok skrevet av forskjellige skandinaviske, flest svenske forfattere. Belyser forskjellige sider ved barns oppvekstvilkår og familiens stilling i samfunnet. Tar spesielt opp tema som: Langvarig syke og funksjonshemmede barn, barn på sykehus og samfunnsbetingede forhold med betydning for barns helse, Barnemishandling, Ulykker, mis-

brukskonsekvenser.
Meget grundig bok som burde leses fra perm til perm av helsepersonell med interesse for barn.

Polnay L, Hull D. Community Paediatrics. 353 s. London: Churchill Livingstone London 1985.
Pris: Kr. 263,-
Er rettet mot primærhelsetjenesten med spesiell vekt på fore-

byggende pediatri og skolehelsetjeneste. Tar forøvrig opp samme tema som Køhlers bok, men dekkes nok godt og vel av denne.
Anbefales for de spesielt interesserte, som vil finne at disse bøkene supplerer hverandre.

For dem med spesiell interesse for epidemiologi anbefales heftet Barns Halsotillstånd i Norden som Køhler L, Jacobsson G. Liber Studentlitteratur Rapport NHV 1984/3

Nilsson D. (red) Barn og unge med spesielle behov 1 og 2
211/244 s. Oslo: Univertsitetsforlaget 1985. Pris: kr. 165 x 2
Bøkene er ment som et hjelpemiddel for fagfolk med ansvar for omsorg og tiltak for funksjonshemmede barn.
Del 1 belyser forskjellige sider ved det å være funksjonshemmet som barn og som familie. Dessuten omtales instanser med spesielt ansvar og kompetanse på forskjellige fagområder samt aktuelt lovverk.
Del 2 omtaler de vanligste funksjonshemninger og kroniske sykdommer hos barn med spesiell vekt på psykososiale og tiltaksrettede aspekter.

Dette er typiske bruksbøker, lette å finne fram i og et vell av relevante opplysninger. Etter min mening obligatorisk for almenpraktikere som har med syke barn å gjøre, og enhver helsestasjon.

Ingstad B, Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Tanum-Norli Oslo 1984. 260 s., pris: Kr. 163,-
Boka omtaler en undersøkelse av familier med funksjonshemmede småbarn. Den beskriver familienes situasjon og deres mestringsstrategier og den gir en oversikt over forhold med betydning for mestringen. Den er ingen oppslagsbok som de to ovennevnte, men supplerer disse ved å gå mer i dybden og er grunnleggende lesning for fagfolk med ansvar for funksjonshemmede barn.

BØKER FOR HELSESTASJON

For dem som arbeider ved eller har mye samarbeid med helsestasjon er det to bøker man ikke kommer utenom:

Hauge IM. m.fl. Helsestasjonen og familien med det nyfødte barnet. 170 s. Oslo: Universitetsforlaget 1982 Pris: (Utsolgt fra forlaget.)
Boka viser hvordan mentalhygieniske synspunkter kan trekkes inn i rutinekontrollene av barn i de første leveår. Den ser helsestasjonen i familieperspektiv, tar utgangspunkt i det konkrete helsestasjonsarbeidet og gir eksempler på den praktiske gjennomføringen av konsultasjonene på de ulike alderstrinn.

Bogen B. m. fl. Helsestasjonen, en forpost i kampen for gode liv. 120 s. Oslo: Universitetsforlaget 1982. Pris: (Utsolgt fra forlaget)
omtaler:
- Helsestasjonen i sosialpolitisk perspektiv
- Forutsetninger for psykisk forebyggende arbeid ved helsestasjonene
- Prøveordninger og prosjekter der erfaringene med forsøk i helsestasjonsvirksomheten er kort beskrevet. (Interesserte lesere kan med fordel studere bøkene Helsestasjonen i støpe-

SORBANGIL®

ISOSORBIDDINITRAT

Ny indikasjon

HJERTESVIKT

Dosering:

20–40 mg × 3–4

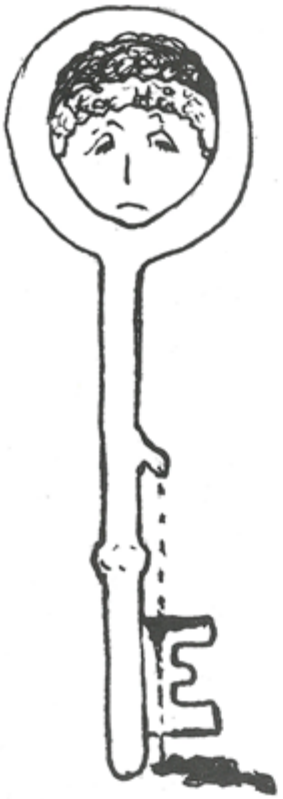
Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket effekt.

For ytterligere opplysninger se felleskatalogen

KabiVitrum

skjeen (Enebakkprosjektet), Helsestasjonen alltid i støpeskjeen (Enebakkprosjektet), Familien med det funksjonshemmede barnet (Frambu-prosjektet) og Helsestasjonen og familien med det nyfødte barnet (Nærby-prosjektet).

- Nye arbeidsmetoder ved helsestasjonen: samtalegrupper, rådgivning, nabolagsarbeid.



BARNS MENTALE UTVIKLING

Fossen A. Mentale kriser i barnealderen. 155 s. Oslo: Aschehougs fagbøker 1978. Pris: Kr.99,-
Innføring i utviklingsteoretiske modeller, og utviklingsforstyrrelser i barnealderen. Sammenfatter på en lett tilgjengelig måte den viten som foreligger og er fremdeles den beste norske enkle presentasjon av emnet.

Erikson E H. Barndommen og samfunnet.
Oslo: Gyldendals kjempefakler. 1981
376 s. Pris Kr. 76,-
Er karakterisert som grunnboka om barns personlighetsutvikling. Fremstillingen er populærvitenskapelig og så lettfattelig som man kan forvente av emnet.

En av disse to bøkene burde være obligatorisk for fagfolk med ansvar for barn.

Her må vi også ta med:
Skard, Åse G. Hva kan vi vente av barn på ulike alderstrinn. 143 s. Oslo: Sosialdepartementets småskrifter nr. 1. Pris: (Utsolgt fra f.)
- som skisserer store trekk i utviklingen og som ikke minst gir eksempler på hvordan formidle stoffet til småbarnforeldre.

UTVIKLINGSVURDERING

Sletten T. Tidlig hjelp til små barn. 151 s. Oslo: Universitetsforlaget,
Pris: Kr. 200,-
Vakker og pedagogisk bok som beskriver barnets ferdigheter og anbefaler enkelt testmateriell på ulike alderstrinn.

Mossige H, Seland E.
Fra menneskekryp til gående barn.
Oslo: Universitetsforlaget 1986
Pris: Kr. 198,-
Gir en grundigere forståelse av dynamikken i barnets motoriske utvikling.

Die Wunderkinder

Illingworth D S. The Development of the Infant and young Child, normal and abnormal. 374 s. London: Churchill Livingstone 1983
Pris: Kr. 194,-
Denne boka går inn i detaljene i spedbarnets utvikling, diagnostikk av mental retardasjon og CP m.m.

ANDRE SÆRLIG AKTUELLE BØKER NÅ:

Spurkeland I, Koppang E. Barn i fare og omsorgssvikt i familieperspektiv. 99 s. Oslo: Tanum/Norli 1985. Pris: Kr. 86,-

Killen Heap K. Barnemishandling. 106 s. Oslo: Tanum-Norli. Pris kr. 129,-

Bille/Brieditis. MBD-barn. 122 s. Uppsala: Liber forlag 1985, 122 s. Pris kr. 95.
Beskrivelse av MBD-barnas adferdsmønster og problemer, dessuten meget praktisk rettet del med forslag til behandling og tiltak■

Har du lyst, har du lov!

Jon Hilmar Iversen

Jeg har lest boken. Jeg har opplevd foredragsholderen. Og jeg er rørt. Jeg blir rørt når jeg møter frisettende kunnskap, når faglig kunnskap om menneskelivet bæres fram med kjærlighet og omsorg til hjelp for medmennesker i vekst, utvikling og nød.

Psykolog Thore Langfeldt har skrevet bok. Om barns seksualitet. Boken heter provoserende nok : Har du lyst, har du lov. Og det kan vel være riktig det, når det gjelder barns seksualitet. Det føles ikke like greit hvis det også skal gjelde voksnes seksualitet. Men det går kanskje an å snakke om en moden lyst som er i stand til å handle kjærlig og ansvarlig - nei, nå er jeg i ferd med å sette grenser for lysten igjen, og det er jo det vi kanskje burde lære oss litt av med, i alle fall når det gjelder barn. Og har vi ikke alle i beste fall litt barn i oss ?

Mange års erfaring

Thore Langfeldt har mange års erfaring som barne- og ungdomsterapeut og han har blant annet vært interessert i utvikling av personlighet og seksualitet. Dette arbeidet har lært ham at det er viktig å ta vare på seksualiteten helt fra tidlige barneår. Da kan man sikre at seksualiteten blir en positiv og livsberikende evne hos den enkelte og i samlivet med andre.

Terapi uten hjelp

Men fremdeles er det mange som ikke anerkjenner seksualitetens plass i vårt følelsesliv. Pasienter kan fortelle at de har gått i terapi i lengere tid uten å våge å snakke om sine tildels store seksuelle problemer. Hvor mange av de myalgier, hodepiner og depresjoner vi behandler i almenpraksis har sin årsak i forstyrrelser i selvfølelse og seksualitet ?

Språkets betydning

Skal vi forstå vår egen og andres seksualitet, må vi ha et språk som gjør den forståelig og tilgjengelig. Vi har bruk for ord som kan beskrive våre følelser og våre opplevelser. Språkets muligheter blir enda viktigere når vi skal forsøke å forstå andres seksualitet og kanskje få lov til å gi opplysning, rådgivning og medfølelse.

En sunn seksualitet

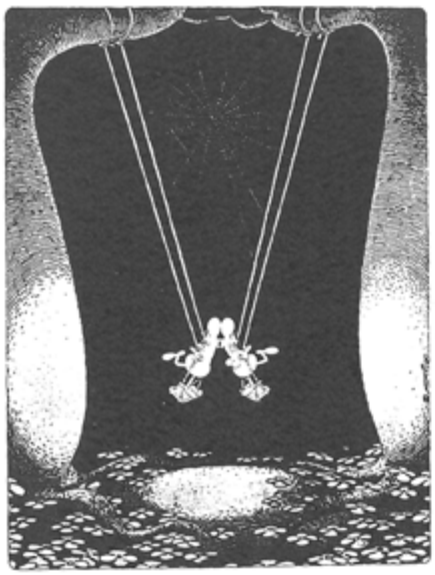
Mange ser på seksualiteten som et onde som både må skjules og hindres. Når noen er seksuelt interessert i en annen, oppleves lett motivene som egoistiske og lugubre. Et slikt syn står i skarp kontrast til det å betrakte seksualiteten som en livsberikende egenskap som vi må oppmuntre, lære mer om og bli ytterligere fortrolig med. En sunn seksualitet er viktig for bygging av selvfølelsen og for opplevelse av glede og trygghet i samlivet med andre.

WHO (Verdens helseorganisasjon) har uttalt seg om dette også, i en rapport som Thore Langfeldt var sekretær for :

"Seksualiteten begynner i barndommen. Barn viser seksuelle reaksjoner før fødselen. Onani og seksuelle leker er sunne og normale aktiviteter hos barn. Men i de fleste land lider barn under seksuell undertrykkelse. Omgivelsenes holdninger og reaksjoner har en betydelig innflytelse på barnets seksuelle utvikling. Disse vil danne bakgrunnen for i hvilken grad det vil oppstå seksuelle problemer. Barn og voksne har behov for å bli støttet i sin seksualitet, slik at de kan bli i stand til å føle glede over seg selv som seksuelle individer." (Sexuality an family planning 1984)

I helsevesenet er vi flittige til å oppfordre folk til å leve sunt. Vi gir opplysninger enten folk ber om det eller ikke om kosthold, røyking og mosjon. Men burde vi ikke være like flinke til å spørre om seksualitet og gi opplysning og råd på dette feltet, som vi er det med mosjon, røyk og kost ? Vi har fått et medansvar for å gi kunnskap om og lyst til sunnhet. Det gjelder også på det seksuelle området. Derfor er denne boka viktig.

Langfeldt understreker betydningen av å se på seksualiteten som et livgivende gode - et gode alle har rett til uansett alder. Barn har rett til seksualitet og voksne har en plikt til å sikre dem denne muligheten og at de får et positivt forhold til den. Dette gjelder også barn og ungdom på institusjon og de eldre.



I generasjoner har vi sett på seksualiteten som noe negativt som ustanselig skaper problemer. Derfor er det ikke lett å snu dette i positiv retning. Vi kan ikke vente at den oppvoksende slekt skal greie denne oppgaven hvis ikke vi som foreldre og oppdragere kan markere en endret holdning. Vi må selv kunne godta at seksualiteten er noe som gjør livet rikere. Det er bedre å oppmuntre barnet på et tidlig tidspunkt fremfor å vente at det selv finner frem til et eller annet. Det betyr ikke at vi snakker om seksualitet døgnet rundt, men at vi er i stand til å delta på en positiv måte når barnet viser sin seksualitet.

Kan vi godta vår egen seksualitet, sikrer vi oss en indre trygghet, som i neste omgang vil virke positivt på barnas oppfatning av seg selv som seksuelle individer.

Mange mener at seksualiteten ville komme på avveier hvis den fikk utvikle seg fritt, det vil si uten at voksne forteller hva man må og ikke må. Dete er en stor misforståelse. Å utvikle fritt betyr å kunne uttrykke sine seksuelle følelser uten skam og skyldfølelse.

Mye nyttig kunnskap

Boka inneholder mye nyttig kunnskap om barns seksuelle utvikling, både fysisk og følelsesmessig. Den inneholder også en historisk gjenomgang av vårt forhold til onani, som er både lærerikt og skremmende. Vi (både leger og pedagoger, både kirke og samfunn) har gjort mye rart opp gjennom tidene, og mye rart gjør vi sikkert fortsatt, vi ser det bare ikke selv. Boka til Langfeldt er en hjelp i så måte.

Langfeldt beskriver hvordan barn som oftest kommer i gang med seksualiteten selv,men også hvordan det lett kan gå skjevt med både teknikk og følelser og hvor skjebnessvangert det kan være for selvfølelsen og for senere samliv med sin partner.

Mange barn opplever skyldfølelse etter en orgasme, andre kan føle skam over å ha gitt seg hen til nytelsen. Dette skyldes nok at vi i vår kultur har vansker med å godta den totale lystopplevelsen. Vi går snarere inn for å vise måtehold.

Langfeldt beskriver hvordan de ulike kjønnsorganene hos gutter og piker lett fører til ulik utvikling av seksualiteten. Gutters lett synlige og håndterbare kjønnsorgan gjør det lett for dem å finne fram til sine kroppslige reaksjoner og gleder, mens jentenes utvikling mere preges av følelser uten den samme kunnskap og erfaring om egne kroppslige reaksjoner og gleder. Dette kan og bør utjevnes med opplysning og åpenhet.

Skolelegen og helsesøster

Det kan ofte være vanskelig å avdekke seksuelle problemer hos barn. De har lært å holde slike problemer for seg selv og de har få ord å sette på sine reaksjoner og følelser. Men en del kan gjøres for å hjelpe. F.eks. kan skolelegen og helsesøster ta en fotrolig prat med den unge jenta og gutten om seksualitet. Det er neppe tvil om at jo lengere man venter med å få seksualiteten i gang, dess vanskjeligere blir det. Langfeldt peker på betydningen av kunnskap om egen seksualitet og evnen til å tilfredsstille seg selv for å kunne ha glede og trygghet av sin seksualitet både som barn, ungdom, voksen og gammel.

Behov for kurs

Jeg har også opplevd psykolog Thore Langfeldt på kurs. Høstkurs i samfunnsmedisin i Møre og Romsdal hadde emnet : Seksualitet i personlighet, fag og samfunn. Kurset var tverrfaglig sammensatt av leger, sykepleiere, helsesøstre og fysioterapeuter. Det var en stor opplevelse, både personlig og faglig, og faktisk også samfunnsmedisinsk. Vi følte da og mener fortsatt at et slikt kurs burde være obligatorisk for helsepersonell.

Behov for boken

Les boken ! Det kan bli en nyttig og god opplevelse og det er i alle fall en nødvendig del av vår etterutdanning. En bok for foreldre, lærere, barnehagepersonell og helse- og sosialpersonell■

Thore Langfeldt : Har du lyst har du lov. Om barns seksualitet. J.W. Cappelens Forlag A/S. ISBN 82-02-10874-8. 85 sider. Kr.98,-.

Seminar om primærhelsetjeneste i den 3. verden med utgangspunkt i erfaringer fra Libanon

Palestinakomiteen arrangerer seminar over dette emnet i Oslo 8.-9. mai. Nærmere opplysninger om programmet fra Astrid Barkved, Hogstvn. 26C, 2006 Løvenstad. Tlf. 02-604022.

TRYKKFEIL

I Erik E Solbergs artikkel "Helse i nærkringkastingen?" i Utposten, 1986, 7; 222-5, er det to trykkfeil som gjelder forfatternes plassering i ACEM.

Under Erik E Solbergs navn skal det stå: "Leder av helsemagasinet på ACEM radio og TV".

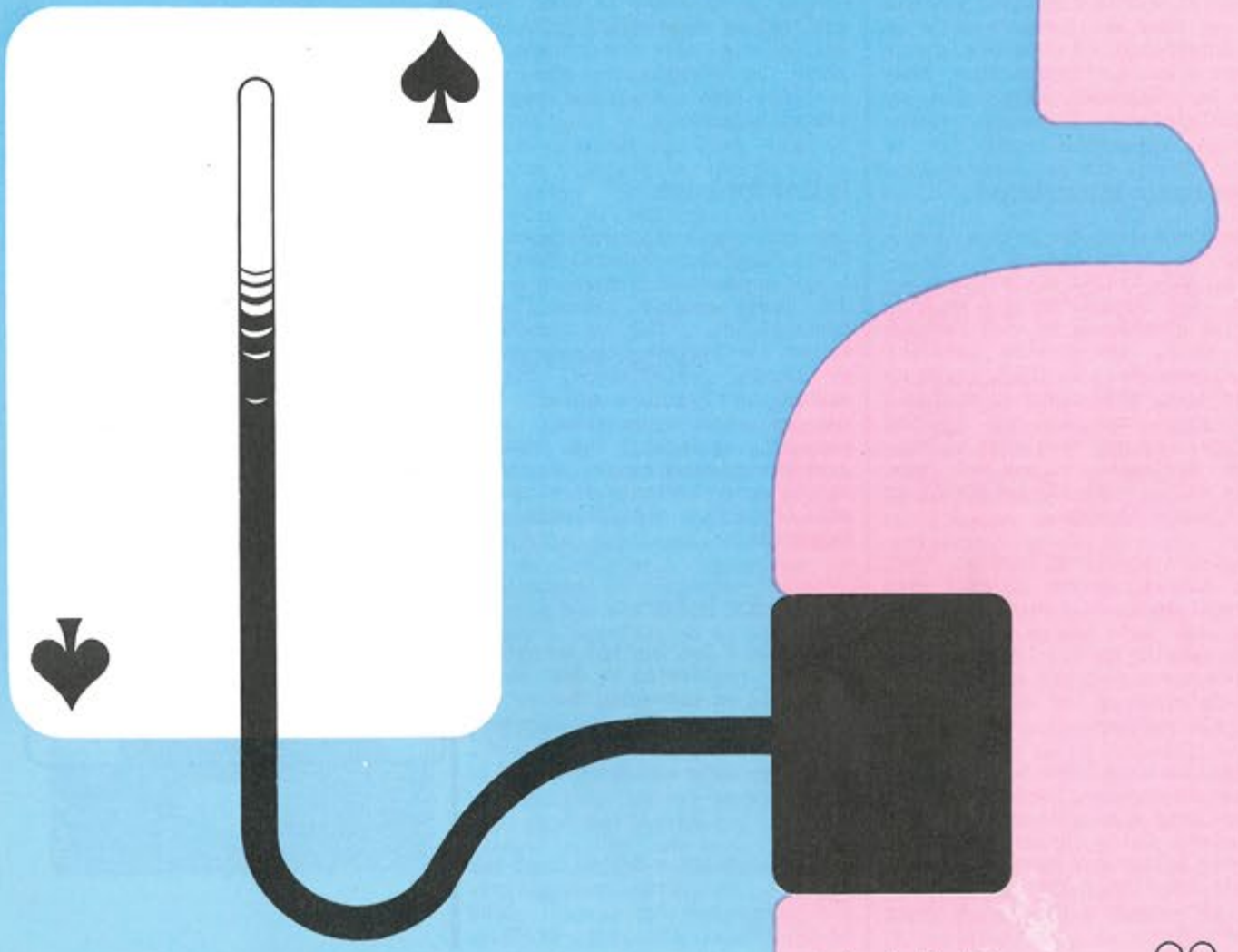
Under Tord Østbergs navn skal det stå: "Redaktør av ACEM radio".

Geangin®

verapamil

40% lavere pris enn Isoptin

Indikasjoner:
Hypertensjon, angina pectoris
og supraventrikulære arytmier



Felleskatalogtekst, se side 8.

KabiVitrum

En spørreundersøkelse blant pasienter om bruk av hvit frakk på legekontor

LEGEFRAKKEN - anakronisme eller folkekrav?

Tor Anvik og
Mari Kristin Johansen
almenpraktiserende leger, Bodø

Innledning:

Den hvite frakken har vært legestandens symbol på kunnskap og posisjon i århundrer. Et vendepunkt i enhver medisinerstudents karriere var den dagen man for første gang fikk gå i hvit frakk - man var blitt en av klanen, man var nesten "læge."

For mer enn 20 år siden ble det i psykiatriske miljøer vanlig å slutte med hvit frakk, og i dag er det også blant almenpraktikere utbredt å bruke vanlige klær på kontoret. I land som England og Danmark er det en raritet å se en almenpraktiker med hvit frakk.

En spørrerunde i vår egen kommune (Bodø) 15.11.86 viser at 7 av 20 almenpraktikere bruker vanlige klær på kontoret, men flere av disse bruker hvit frakk ved gynekologisk undersøkelse og ved kirurgiske inngrep.

Bakgrunnen

for undersøkelsen er at vi er to leger som driver almenpraksis sammen, men har forskjellig praksis når det gjelder bruk av arbeidstøy. Den kvinnelige legen (MKJ) er 31 år og har drevet almenpraksis i 2 1/2 år. Hun kom inn i praksisen ca. 1/2 år før spørreundersøkelsen ble gjennomført, og hun bruker hvit frakk/arbeidsuniform. Den mannlige legen (TA) er 44 år og har drevet almenpraksis i 17 år, hvorav de siste 9 år i nåværende praksis. Han sluttet å bruke hvit frakk ca. 2 år før spørreundersøkelsen ble gjennomført. I praksisen er det tilsammen 3 medarbeidere som alle bruker arbeidsuniform.

Vi tenker oss at leger kan ha ett eller flere motiver for hva slags antrekk de bruker under konsultasjonen.

Bruk av hvit frakk kan bl.a. begrunnes med følgende:

- den hvite frakken er et praktisk arbeidsantrekk som beskytter legen mot blodsøl og smitte.

- frakken gir inntrykk av hygiene

- den hvite frakken skaper en ønsket avstand mellom lege og pasient i intime situasjoner som

kan være vanskelige for pasienten eller legen (f.eks. ved gynekologisk undersøkelse).

- hvit frakk gir legen en autoritet som er ønskelig i behandlingssituasjonen.

Bruk av vanlige klær kan bl.a. begrunnes med følgende:

- legen ønsker å avdramatisere og avmystifisere legerollen

- bruk av vanlige klær er et forsøk på å gjøre avstanden mellom lege og pasient mindre, for derved å økre pasientens mulighet til medvirkning og innflytelse på sin egen helse/sykdomsprossess.

- barn blir mindre redd når legen ikke bruker hvit frakk.

Formålet

med spørreundersøkelsen var å finne ut hva pasienten i vår praksis mente om bruk av hvit frakk, dels for legenes og dels for legenes og dels for medarbeidernes vedkommende. Vi ønsket også å se på om pasientenes svar var knyttet til spesielle omstendigheter i konsultasjonen.

Metode

Hver av legene delte ut 50 spørreskjema fortløpende. Pasientene ble anmodet om å fylle ut skjemaet i ekspedisjonen eller på venterommet, og så legge det i en lukket boks. Alle svar var anonyme. Hver av legene delte ut 25 skjemaer til pasienter som var til gynekologisk undersøkelse og 25 til andre pasienter. Formålet med dette var å finne ut om pasienter som fikk utført slik undersøkelse i større grad foretrakk hvit frakk enn andre.

Spørreskjemaet er vist i figur 1. Med svaralternativet "Jeg har ingen bestemt mening om spørsmålet" ønsket vi å slå sammen to svarkategorier, nemlig pasienter som ikke fant spørsmålet så interessant at de ville krysse av for det ene eller det andre, og pasienter som ønsket å svare "vet ikke". Disse to typer svar kan begge tas som uttrykk for at pasienten ikke er opptatt av legens antrekk, og derfor har vi slått dem sammen (i tabellene er dette svaralternativet kalt "vet ikke").

Vi har fått hjelp til den statistiske bearbeiding av materialet fra Bjørn Straume og Anders Forsdahl ved Universitetet i

Figur 1

KJÆRE PASIENT!

Vi vil gjerne vite d i n mening om bruk av hvit frakk på legekontoret, og ber deg sette kryss ved de svarene som du er enig i. På forhånd takk for hjelpen!

1. Jeg synes legen bør bruke hvit frakk

   Jeg synes legen bør bruke vanlige klær

2. Jeg synes legens sekretær bør bruke hvit frakk

   Jeg synes legens sekretær bør bruke vanlige klær

   Jeg har ingen bestemt mening om sprøsmålet

TABELL 1

Pasientenes svar på spørsmålet om legen bør bruke hvit frakk eller vanlige klær:

	MKJ		TA		SUM	
	n	%	n	%	n	%
Hvit frakk	27	54	7	14	34	34
Vanlige klær	14	28	34	68	48	48
Vet ikke	9	18	9	18	18	18
Sum	50	100	50	100	100	100

TABELL 2

Pasientens svar på spørsmålet om legen bør bruke hvit frakk eller vanlige klær:

Lege med hvit frakk (MKJ)

	GU		Ikke GU		SUM MKJ	
	n	%	n	%	n	%
Hvit frakk	12	48	15	60	27	54
Vanlige klær	9	36	5	20	14	28
Vet ikke	4	16	5	20	9	18
Sum	25	100	25	100	50	100

GU: Pasienter som fikk utført gynekologisk undersøkelse i løpet av den aktuelle konsultasjonen.

Ikke GU: Pasienter som ikke fikk utført gynekologisk undersøkelse i løpet av den aktuelle konsultasjonen.

TABELL 3

Pasientenes svar på spørsmålet om legen bør bruke hvit frakk eller vanlige klær.

Lege med vanlige klær (TA)

	GU		Ikke GU		Sum	TA
	n	%	n	%	n	%
Hvit frakk	2	8	5	20	7	14
Vanlige klær	18	72	16	64	34	68
Vet ikke	5	20	4	16	9	18
Sum	25	100	25	100	50	100

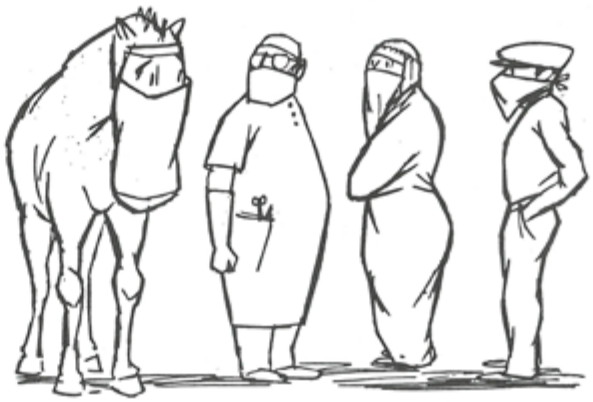
GU: Pasienter som fikk utført gynekologisk undersøkelse i løpet av den aktuelle konsultasjonen.

Ikke GU: Pasienter som ikke fikk utført gynekologisk undersøkelse i løpet av den aktuelle konsultasjonen.

TABELL 4

Pasientenes svar på spørsmålet om medarbeiderne bør bruke hvit frakk eller vanlige klær.

	MKJ		TA		SUM	
	n	%	n	%	n	%
Hvit fakk	22	44	20	40	42	42
Vanlige klær	14	28	19	38	33	33
Vet ikke	14	28	11	22	25	25
Sum	50	100	50	100	100	100



Tromsø, Institutt for Samfunnsmedisin.

Resultat

Svarprosenten var 100!

Av tabell 1 framgår det hvordan svarene fordelte seg når det gjaldt spørsmålet om legens arbeidsantrekk. Det viser seg at 34% av alle spurte mente legen bør bruke hvit frakk, 48% mente at legen bør bruke vanlige klær, og 18% hadde ingen bestemt mening. Det er en slående - og statistisk signifikant - forskjell på svarfordelingen for de to legenes pasienter. Blant pasienter som var hos den legen som brukte vanlige klær (TA), var det bare 14% som ønsket at legen skulle bruke hvit frakk, mens det blant den andre legens pasienter (MKJ) var 54% som ønsket hvit frakk. Motsatt var det 68% av TAs pasienter som mente legen burde bruke vanlige klær, mens 28% av MKJs pasienter mente det samme.

Tabellene 2 og 3 viser svarfordelingen ut fra om pasienten var til gynekologisk undersøkelse eller ikke. Overraskende nok ser det ut til at det er færre som ønsker at legen skal bruke hvit frakk når de er til gynekologisk undersøkelse enn ellers. De enkelte gruppenes tall er imidlertid for små til at denne tendensen kan sies å være statistisk signifikant, men det er interessant at det for begge legene er samme tendens når man sammenligner pasienter som var til gynekologisk undersøkelse med de andre pasientene.

I tabell 4 viser vi svarfordelingen på spørsmålet om medarbeiderne bør bruke hvit frakk eller ikke. Tabellen viser at det er godt samsvar mellom de to legenes pasienter i dette spørsmålet, og at ca. 40% mente medarbeiderne bør bruke hvit frakk, ca. 40% at de bør bruke vanlige klær, mens ca. 20% svarte vet ikke.

Diskusjon

Flertallet av våre pasienter foretrekker at legen bruker vanlige klær fremfor hvit frakk.

Oppsplitting av materialet viser imidlertid at pasientenes ønske henger nøye sammen med hvordan deres lege er kledt. Pasienter som bruker legen med hvit frakk (MKJ) foretrekkerat legen bruker hvit frakk, mens pasienter som bruker legen med vanlige klær (TA) foretrekker at legen bruker vanlige klær. Det ser med andre ord ut til at pasientene er svært

TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

Enkel bruksveiledning på tablettbrettet. Alltid tilgjengelig.

Foldepakning: beskytter pillene. Diskret pakning.

Merking av pillene er lett synlig fra den siden pillene trykkes ut.

Enkel bruksveiledning på brettet sikrer riktig bruk av p-pillen

KabiVitrum

TRINORDIOL®

gir en meget god cycluskontroll (1,2)
gir minimal vektendring (2,3)
gir liten påvirkning på metabolismen (4,5)

TRINORDIOL «KabiVitrum» ATC nr. G 03 A B 03
Antikonsepsjonsmiddel.

Tabletter: Hver brun tablett inneh.: Levonorgestrel 50 ug, ethinyløstradiol. 30 ug, const. q.s. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver liten hvit tablett** inneh.: Levonorgestrel. 75 ug, ethinyløstradiol. 40 ug, const. q.s. Hver gul tablett inneh.: Levonorgestrel. 125 ug, ethinyløstradiol. 30 ug. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver stor hvit tablett** inneh.: Const. q.s. (placebo).
Egenskaper: Klassifisering: Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjons p-pille. Redusert total hormondose gjennom cyklustilpasset hormontilførsel. **Bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert.** God cyckluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. **Pearl indeks 0.03, inklusive pasientfeil 0,21.**
Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. Endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon.
Absorbsjon: Hurtig absorbsjon med maksimal serumkonsentrasjon, levonorgestrel.: 1 til 2 timer, ethinyløstradiol: Ca. 1 time etter inngift.
Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 24 timer, ethinyløstradiol: Ca. 26 timer.
Metabolisme: Både ethinyløstradiol og levonorgestrel metaboliseres i leveren.
Utskillelse: Via urin og fæces.
Overgang i morsmelk: Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelken.
Indikasjoner: Antikonsepsjon.
Kontraindikasjoner: Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Organisk hjertefeil. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson-syndrom, Rotorsyndrom, graviditetsikterus i anamnesen. Verifisert eller mistenkt cancer mammae eller østrogenavhengige tumorer. Udiagnistisert genital blødning. Graviditet, hypertensjon, sigdcelleanemi, porfyri. Herpes gestationes i anamnesen. Forverring av otosklerose under tidligere p-pillebruk eller graviditet. Hyperlipoproteinemi.
Bivirkninger: Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene, depresjon og synsforstyrrelser. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi). Forandringene kan ytre seg som akutte buksmerter eller tegn på intraabdominell blødning.
Forsiktighetsregler: Før behandling institueres foretas grundig generell og gynekologisk undersøkelse inklusive mammaeundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kontrollen gjentas regelmessig. Cytologiske prøver tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år.
Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på treomboemboli skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøye. Likeledes ved tegn på ikterus.
Hvis mulig seponeres 14 dager før kirurgiske inngrep som kan tenkes å medføre økt trombose-risiko. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke stabilisert cyclus, samt kvinner med oligomenore eller sekundær amenore bør ikke anvende annen for for prevensjon. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning to på hverandre følgende cykler skal graviditetstest utføres. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon brukes i tillegg resten av cyklus. Effekten kan reduseres ved oppkast og diare. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Bør ikke brukes under amming.
Interaksjoner: (I:6 e, I:68 e antikonsepsjonsmidler).
Dosering: 21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tablett hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager inntrer en menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding). Med dette doseringsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablett.
28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag. Den første tabletten tas fra rødt felt utfor den aktuelle ukedag. De følgende tabletter tas i pilenes retning på samme tidspunkt hver dag inntil alle tablette er oppbrukt.
De første 14 dagene av 1. behandlingscyclus skal man supplere med annet, ikke-hormonelt antikonsepsjonsmiddel. Fortsatt behandling: Man går direkte over på neste brett og begynner på nytt i det røde feltet (på samme ukedag som man startet opp med det første brettet). Behandlingen fortsetter således kontinuerlig også under den menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding) som vanligvis vil inntre mens man tar tablettene i rødt felt. Da den siste tabletten med hormoner alltid vil komme på en fredag vil den påfølgende helg som regel være blødningsfri.
Pakninger og priser: 3 x 21 tabl. 67,65. 3 x 28 tabl. 67,65.
6 x 21 tabl. 129,10. 6 x 28 tabl. 129,10.
13 x 21 tabl. 257,35. 13 x 28 tabl. 257,35.

1. **Upton G.V.:** Int. J. Fertil 28: 121–140 (1983).
2. **Ulstein M. et al.:** Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 63: 233–236 (1984).
3. **Cullberg G. et al.:** Contraception 26 (3): 229–243 (1982).
4. **Fotherby K.:** Contraception 31 (4): 367–394 (1985).
5. **Skouby S. O. et al.:** Am. J. Obstet. Gynecol. 153 (6): 495–500 (1985).

Bruksanvisning følger hver pakning.

KabiVitrum

2.87

Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 980801.

lojale mot sin egen leges valg av arbeidsantrekk.

Forskjellen i svarene for de to legenes pasienter er statistisk sterkt signifikant. Vi har begge flere kvinnelige pasienter enn mannlige, men TA har noe flere eldre pasienter med kroniske sykdommer, mens MKJ har overvekt av yngre kvinner med prevensjon og graviditet som årsak til legekontakt. Likevel er det ikke noe som tyder på at kvinner i yngre alder i større grad enn eldre kvinner og menn skulle foretrekke hvit frakk framfor vanlige klær - kfr. svarene for den gruppen som var til gynekologisk undersøkelse. Vi står derfor igjen med den forklaringen at pasientenes svar på spørsmålet om legens bruk av hvit frakk er avhengig av legens antrekk.

Dette finner vi både positivt og betenkelig.

Positivt er det hvis dette betyr at pasienter i stor grad avfinner seg med sin egen leges vaner og uvaner, og at det ikke er viktig for pasienten hvordan legen er kledt.

Betenkelig er det hvis dette er uttrykk for at pasientene har vanskelig for å gi uttrykk for kritikk av sin egen lege, slik at legen forblir uvitende om pasientenes egenlige ønsker.

Vi kan tenke oss at pasientenes svar på spørsmålet om medarbeiderens antrekk er mindre avhengig av legens egen praksis på området. Her viser undersøkelsen at like mange pasienter foretrekker hvit frakk og vanlige klær, uansett hva legen bruker.

Konklusjon

Gjennom undersøkelsen er vi kommet til at det ikke er noen entydig klar mening blant våre pasienter om legens bruk av hvit frakk på kontoret. Det kan derfor fortsatt være opp til legen sjøl å velge sitt arbeidsantrekk.

Det vi ikke har fått noe svar på i denne undersøkelsen er hvilken innvirkning arbeidsantrekket har på konsultasjonens forløp og resultat. Dette spørsmålet er en interessant utfordring for oss almenpraktikere - eller skal vi slå oss til ro med at antrekket ikke spiller noen rolle for pasienten? ■

Å smi mens jernet er varmt

Dramatiske hendelser i lokalmiljøet ble utgangspunkt for helseopplysning

Gisle Roksund, kommunelege
Berit Lien, helsesøster

I et lite bygdesamfunn som Siljan med vel 2000 innbyggere er det naturlig at folk følger godt med i ting som skjer. Folk føler samhørighet til bygda og folket her.

Siste halvåret opplevde vi flere sterke hendelser, med brå, uventede dødsfall, ulykker og kriser.

Hvordan taklet vi dette ? - som helsearbeidere, som medmennesker og som naboer ?

Vi forsøkte å satse på antagelsen om at det er lett "å treffe folk hjemme" med opplysning når det blir gitt i kjølvannet av sterke og dramatiske lokale hendelser.

Viljen til omsorg og hjelp var til stede, men vi var usikre på hvordan hjelpen kunne gis. Det var utgangspunktet for at temaet "Sorg/reaksjoner/bearbeidelse - kriser - arbeid" ble tatt opp i forskjellige fora i kommunen.

Faglig form for helse- og sosialarbeidere

Det var naturlig å begynne med egne rekker, og i tillegg var sokneprest og trygdesjef innbudt. Hvordan opplevde vi disse tingene og hva ble gjort ? Diskusjonen og innleggene her viste at det var viktig med faste rutiner med informasjon og opplysning om hvor folk kunne få hjelp.

Viktig er det også med oppfølging over tid, uker og måneder, ikke bare de første 14 dagene.

Vi fikk større forståelse for hverandres arbeidsfelt på dette området, og dermed ble det lettere å samarbeide og henvise til hverandre når det ble nødvendig.

Helsestasjonstreff

Dette blir arrangert 1 gang pr. måned i helsestasjonens regi og er åpen for alle. Forskjellige tema blir tatt opp, etter ønske og behov. Det var derfor naturlig å ta opp også dette temaet her.

At temaet var aktuelt viste oppslutningen fra lokalbefolkningen: stappfullt hus, ca. 50 unge og eldre. Men bare 4 menn !!

Innledere var kommunelegen, som snakket om livskriser, og sykehuspresten, som snakket om sorg og sorgreaksjoner. Vi fikk en god faglig innføring i dette. Mange ting ble belyst, og mange hvorfor og hvordan ble besvart i samtalen etterpå.

Vi hadde på forhånd snakket med noen personer som selv hadde opplevd sorg og krise. Disse var villige til å dele noen av sine opplevelser og tanker med oss. Det var en lydhør forsamling som lyttet til disse innleggene, og det førte til en fin og åpen samtale. Flere våget å fortelle om egne opplevelser.

Hensikten med dette var å skape mer forståelse og åpenhet om disse tingene, slik at vi lettere kunne snakke sammen om ting som er tunge og vanskelige.

Responsen etter denne kvelden var udelt positiv, og flere ytret ønske om å følge opp med flere temakvelder, noe vi også kommer til å gjøre. Samtalegrupper er også planlagt.

Møte med lærerne

Helsetjenesten har et godt samarbeid med skolen, både gjennom skolehelsetjenesten og ellers.

Skolen følte også behov for mer informasjon, og kommunelege og helsesøster deltok på et møte med lærerne.

Lærerne møter elevene i forskjellige krisesituasjoner og er ofte usikre på hvordan de skal kunne hjelpe.

Hva med elevenes egne problemer i forhold til medelever, klassesammenheng osv ? Hvordan forholde seg til foresatte, hjemmet ? Mange ting ble belyst og diskutert, og responsen var positiv.

Siljanposten

Dette er en liten avis som utgis månedlig av helseetaten i Siljan og sendes til alle husstander i bygda - og den blir lest !

Her formidles helseopplysning og vi følger opp med aktuelle tema, både det som skjer lokalt i bygda, og kampanjer på landsbasis.

Kriser og sorg har også vært tema her, og vi følger opp med dette i to, tre nummere framover.

Oppslagstavle

Vi forsøker å ta opp samme tema i Siljanposten, på helsestasjonstreff og på oppslagstavle på legekontor/helsestasjon, slik at informasjonen blir gitt flere steder samtidig.

Konklusjon

Når det gjelder lokal helseopplysning har vi god erfaring med at dersom den gis i kjølvannet av lokale hendelser når vi bedre fram med vårt budskap■

Oppgave i almenmedisin

I de to siste utgavene av Utposten i 1986 ga vi lesene anledning til å prøve seg på en kunnskapsprøve av den typen som brukes ved opptak i The Royal College of General Practioners. Som kjent er dette en sammensatt prøve der kandidatene ikke bare må demonstrere faktakunnskaper, men også kliniske ferdigheter o.a.. Denne gangen kommer vi med en oppgave som i prinsippet likner den delen av prøven som går ut på å skrive en almenmedisinsk "stil". Denne oppgaven er laget av Steinar Westin og har vært gitt som oppgave for et kull av de medisinske studentene i Trondheim. Steinar Westin vil komme med sitt forslag til svar og kommenter oppgaven i neste utgave av Utposten. Vil du prøve å sette dine egne tanker på papiret for å sammenligne? Det er kanskje både mer lærerikt og kompromitterende enn om en gjør seg noen løse tanker om hvilke elementer som bør inngå i en besvarelse.(Ola L.)

Steinar Westin
Førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim

HER ER OPPGAVEN:

Tenk deg at du er almenpraktiserende lege på et tre-legesenter i en drabantby et sted i Norge. Ettermiddagen er avsatt til øyeblikkelig-hjelp henvendelser. En av dine pasienter er Jon-Henry Nilsen, en 18-årig gutt, som du i løpet av konsultasjonen forstår det holder på å gå dårlig med. Etter konsultasjonen noterer du følgende i journalen:

"28.01.87: Vansker med livet sitt, hatt det i 2 år, kommer som ø.hj., omsider tatt mot til seg idag. Angst, tør ikke det meste, ofte ikke engang å treffe gamle venner. Sluttet handelsskole* 2 år siden, etter dette hjemme i blokkleiligheten med ufør far og mor som jobber som rengjøringsassistent. Fire søsken, to eldre brødre og en søster på 23 som har et barn han har passet iblant, forøvrig hans eneste jobb det siste året. En yngre bror har også fått "nerver" og satt seg til hjemme. Pas. klandrer seg selv for det, krangler med broren, og det blir i familien åpenbart oppfattet som grunn til at også broren går i stå. Han har vært på arbeidskontoret, og skal melde seg der igjen nå. Ellers avtaler vi at han kommer tilbake om en uke. Videre utredning og problemformulering da.

Han virker engstelig, snakker fort, lavt og stakkato uten pust. Likevel et symatisk inntrykk, virker trist, men ikke åpenbart deprimert."

a: Hvordan vil du formulere pasientens problem/problemer?

b: Hva tror du grunnen/grunnene er til at han har kontaktet deg?

c: Kan du som almenpraktiker hjelpe ham, og i såfall på hvilken måte?

Neste journalnotat er meget kort:

"04.02.87: Ikke møtt til avtalt time."

d: Hva kan grunnen/grunnene være til at pasienten uteble?

e: Beskriv kort hvilke handlingsalternativer du har den 04.02.?

f: Beskriv de overveielser du legger til grunn for valget mellom de alternativer du har notert under spørsmål e■

*Uten eksamen

Program for NSAM's Kongsvold-seminar 7.-9. mai 1987

Torsdag 7. mai:

12.00-1400: Ankomst, registrering, lunsj.

TEMA: Hva er så spesielt med almenmedisinen: Om å leve med ansvar og usikkerhet.

14.00-14.20: Reidun Førde: Innledning.

14.20-15.00: Olav Rutle: Hva er en ansvarlig almenmedisinsk modell/praksis? Konflikten mellom epidemiologisk kunnskap og enkeltpasientens ønsker.

15.00-15.45: Gruppearbeid med klinisk problemstilling.

16.00-16.45 Johan Fredrik Thaulow: Å lære å leve med ansvar, usikkerhet og skyld som almenmedisiner.

17.00-18.00 Gruppearbeid.

18.00-18.30 Avsluttende samtale i plenum.

20.30 Kåseri

Fredag 8. mai:

Dagens tema: Sykdom og helse - grunnleggende begreper på dagsordenen (igjen?). Om å lære helse.

09.00-10.00 Ole Berg: Helse og sykdomsoppfatninger i samfunnet - og konsekvenser for almenmedisinen.

10.00-11.00 Jørgen Jørgensen: Om sykdom og lidelse, helbredelse og behandling. Trenger vi et paradigmeskifte?

11.00-12.30 Rollespill.

14.00-15.00 Berit Austveg: Helsebegrepet og kultur. Innvandreres møte med norsk almenmedisin.

15.00-16.00 Otto Steenfeldt-Foss: Lege-pasientforholdet. Rasjonelle og irrasjonelle forventninger.

16.00-17.30 Gruppearbeid med kliniske problemstillinger.

17.30-18.30 Plenumssamtale med innlederne som panel.

20.30 Herman Anker: "Med ett slag..."

Lørdag 9. mai:

09.00-12.00 Ide-bank - faglige aktiviteter. Eventuelt rapport fra referansegruppene i NSAM.

12.30 Avslutning, evaluering.

Kursavgift: kr.600,-.

Begrenset antall deltakere. Interesserte melder seg til NSAM's sekretariat, Fr. Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2. Tlf. 02-559210.

Redaktør Ole K. Harlem fyller 70 år

Den 5. september 1987 fyller redaktør Ole K. Harlem i "Tidsskrift for Den norske lægeforening" 70 år.

I den anledning utgis festskriftet:

"Kunnskap er makt – og bør deles med andre"

Festskriftet er en artikkelsamling om medisinsk utdanning og kommunikasjon skrevet av 20 forfattere fra inn- og utland. Det utgis av Universitetsforlaget i samarbeid med Den norske lægeforening.

Med dette festskriftet vil det for første gang foreligge en norsk bok om medisinsk publiseringsvirksomhet. Utdanningspolitikk, helseopplysning og moderne kommunikasjonsmidler i medisinen er blant de sentrale temaene i boken.

Redaktører for festskriftet er Per Fugelli og Magne Nylenna.

Vi har med dette gleden av å innby Dem til å bli med på listen over gratulanter, Tabula Gratulatoria, og samtidig motta festskriftet "Kunnskap er makt – og bør deles med andre".

Fyll ut slippen nedenfor og vedlegg kr. 175,- i form av en sjekk.

Send dette til:
Universitetsforlaget AS, v/Vaksvik,
P.b. 2959 Tøyen, 0608 Oslo 6.

Ja, jeg vil gjerne bli med på Tabula Gratulatoria og få tilsendt "Kunnskap er makt – og bør deles med andre".

Navn: _____

Adresse: _____

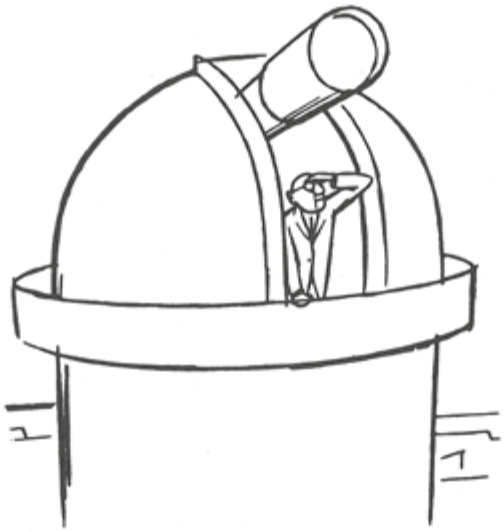
Postnr./sted: _____

Vedlagt sjekk kr. 175,-
SENDES FORLAGET SNAREST,
SENEST INNEN 1. APRIL 1987.

UNIVERSITETSFORLAGET

Nyttårsbrev datert 16. desember 1986

Berit Tveit
Fyllingsdalen



Kjære kolleger.

Godt nytt år, takk for det gamle - og fredelige julevakter ønskes dere av Berit. Mens mandlene overtales av varmt vann til å slippe skallet, og jeg ser beundrende på hvittoppete bergensfjell, noen ord til dere.

Verden forandrer seg. For mange år siden skrev jeg en rapport - og fant det passende å nevne at arbeidet ble utført "innimellom fiskekaker og unger". Mine overordnede likte det dårlig. Nå er denslags helt OK og kommer på trykk i Utposten iallfall.

Det har vært et merkelig år. Jeg begynner så smått å få pusten igjen etter å ha følt meg - ikke utbrent - men skviset mellom svært så legitime behov fra pasienter, myndigheter, kolleger ("Kan du ikke bare ta de par timene ...?") og familie. Barn blir født, døpt og gifter seg. Venner får infarkt, nye furer i ansiktet og utnevnes til nye oppgaver. Noen krangler med hverandre, i Tidsskriftet og avisene. Jeg har moret meg med å sparke fra sidelinjen. Som den første kvinne i formannsverv i Det medicinske Selskap i Bergen (etter 155 år) får jeg tilgivelse for det meste, men også passende skjenn fra kjære lærere. Den norske lægeforening har fått 15 røde rhododendronbusker å holde liv i, og den høytidelige Armauer Hansen-forelesning ble holdt av Christian Borchgrevink: Om naturmedisin osv..

I januar hadde selskapet møte om AIDS, et nytt er planlagt i januar -87. For en av våre lokale eksperter sa: "Et år er en generasjon, hva AIDS angår". Sykdommen er som en skygge over oss. Av og til undres jeg på om vi krangler så ille fordi vi sørger, over en vond sykdom og over vår tapte uskyld. Nok også over å måtte prioritere ressurser på nytt - etter førti års nådetid med antibiotica.

Jeg fant trøst i min gamle lærebok i hygiene, for det meste skrevet før penicillin. "Slagord" som isolasjon, tvangsmidler og anonymitet og opplysning fikk plutselig ny mening. Jeg begynte også å få et begrep om hva de gamle kolleger hadde å kjempe med og hvor stor vår nåde har vært. I 1939 var bare 13% av dødsfall forårsaket av infeksjoner.

Etter 80 år med å praktisere lover om smittsom sykdom visste de hva de snakket om - smittekampen ble ført med våpen så rene og skarpe som kirurgiske kniver, og med varsomhet som ved en bypass-operasjon. De gikk sannelig ikke i panikk om de syke må leve med angst for å dø. De er også herlig ikke-diskriminerende. "Her er ikke jøde eller greker, mann eller kvinne-" bare smittekilder, - bærere og syke.

Nå er heksefjellet Lyderhorn forsvunnet bak en snøbyge. Mine mandler slipper skallet. Snart kommer husets data-ingeniører hjem og kan lage marsipan, og rydde opp i mors begreper med sine klare unge hjerner. Velsigne både dem og dere, for at dere fins.

Internasjonalt forskningskurs i Danmark

International course on research i primary health care arranged by European General Practice Research Workshop in cooperation with World Health Organisation.

Title: From chaos to clarity.

Date: 18.-22. May 1987

Place: Gilleleje, Denmark

Language: English

Coruse fee: 1200 Danish Kr. (includes accomodation, meals, course).

Deadline for requests: 31. March 1987 (oversubscription expected, so early applications advisable).

Contact address and telephone:

Dr. Poul A. Pedersen, Central Research Unit of General Practice Juliane Maries Vej 18, DK-2100 København Ø.Telephone 01-37 02 12

Speakers: Bjørn Andersen, Flemming Frølund, Erling Kjærulff, Gavin Mooney, Christian Pedersen, Poul A. Pedersen, Henrik R. Wulff.

Outline and objectives: The aims of the course is to enable primary helath care personnel

- to formulate ideas that can be tested in a scientific manner

- to give primary health care personnel basic understanding of epidemiological methods and biostatistics

- to develop their critical faculties so that they are better equipped to evaluate their own and other people's research ideas

- to give some practical experiences in critiques of published work and the development of study protocols.

The course is open to all European primary health care personnel, and wide international participation is aimed at. Applicants are asked to state their motives for participation and to enclose a short curriculum vitae.

Kurskomiteen i Sogn og Fjordane

arrangerer kurs med emnet

"Omsorg for kronisk syke"

i dagene 13.-15. mai 1987.
Kurssted: Sunnfjord hotell, 6800 Førde.
Påmelding innen 20.04.-87, til
Jone Schanche Olsen, 6760 Bryggja
(tlf.: 057 - 21 622)

DISTRIKTSLÄKAR'N

NOLL-budgetvinterns köld är hård
Ö'larna gnöla och stimma
Landsting prutar på enslig vård
Klubbar i ödestimma
Facket målar på väggen fa'n
Armodet lyser som ljusan da'n
Armod är hela saken
Distriktsläkar'n är vaken
*
Står där så grå vid Akutens dörr
Grå emot sjukhusvärlden
Sorterar som många vintrar förr
Symtom från nutidsflärden
Sänder åt skogen där Psyket bor
Ropar på Öron vid blodigt snor
Grubblar fast ej det lär båta
På en beteendegåta
*
För då sin hand från akt till hår
Skakar sitt huvud trötta
Nej, den gåtan är alltför svår
Tager diktafonen den nötta
Journalen diktar något kort
Så till forskningen sej drömmer bort
Styrfolket dona och pyssla
Distriktsläkar'n sköter sin syssla.
*

Börje Wallheden 1986.11.05

Nytt fra dansk almen-praksis

Forfatteren har nettopp (22.-23. august 1986) deltatt i et møte arrangert av Dansk Selskab for Almen Medicin vedrørende den såkalte "praksisreservelægeuddannelsen", som nærmest svarer til vår turnustjeneste i distrikt. Her formidler han noen synspunkter fra møtet med danske kolleger.

Steinar Westin

Blant de nordiske landene er Danmark det som har de lengste og stødigste tradisjoner i det almenmedisinske fag. Det var ingen tilfeldighet at det nettopp var danskene som tok initiativet til den første nordiske kongress i almenmedisin, den mange av oss husker som en stor begivenhet i København i 1979.

Dansk almenmedisin adskiller seg i første rekke fra de øvrige nordiske lands primærhelse-tjenester ved at den i lang tid har hatt et veldefinert lege-pasient-forhold. Gjennom det såkalte listesystemet, det vi også kjenner fra Storbritannia, har hver almenpraktiker det primærmedisinske ansvaret for et veldefinert antall personer. Slik har de oppnådd en kontinuitet i lege-pasient-forholdet som vi i vårt land bare kjenner fra landdistrikter der fjell og fjorder dirigerer pasient-strømmene.
Danskene selv er tydeligvis ikke i tvil om at dette er grunnlaget for den dedikasjon og seriøsitet, noen vil uten videre si kvalitet, som preger dansk almenmedisin idag.

Hva er det som opptar danske almenpraktikere nå om dagen? Det vet jeg strengt tatt ikke. Men jeg vet litt om hva en gruppe på 35 utdannings-interesserte danske almen-praktikere diskuterte under en to dagers konferanse på kursstedet Kollekolle i august. Noe, ja egentlig ganske mye av det, har interesse for oss i Norge. Jeg skal sammenfatte noen punkter:

1. Praksisreservelægeordningen

Det har vært et problem ved den nevnte stabiliteten i dansk almenpraksis at det har vært vanskelig for yngre leger å få innpass i denne del av helsetjenesten. Danskene har heller ikke hatt noen parallell til den norske turnustjenesten i distrikt. For noen år siden ble det klart for danskene at de utdannet flere leger enn det var stillinger til. Samtidig var arbeidsbyrden for de etablerte almenpraktikerne stor.

Løsningen ble innføring av den såkalte "praksisreservelægeordning" fra 1983. Det er en nokså komplisert avtale, som i korthet går ut på at det ble etablert halvårslange utdanningsstillinger som assistenter hos danske almenpraktikere, mest sammenlignbar med vår egen turnustjeneste i distrikt.

Dansk Selskab for Almen Medicin så straks hvilket pedagogisk potensiale det lå i disse nye stillingene. En formalisering av den faglige veiledningen ble foretatt gjennom veldefinerte

avtaler mellom den ansvarlige "tutorlegen" og praksis-reservelegen. Det ble til og med utarbeidet et eget veiledningshefte (1) som hjelpe-middel for denne kontakten mellom veileder og utdannings-kandidat. Slik har danskene altså tatt langt alvorligere på veiledningsoppgaven enn det som har vært vanlig under den norske turnustjenesten i distrikt. En ganske omfattende evaluering av praksis-reservelegeordningen er også gjennomført (2). Jeg så formelig hvordan de danske møtedel-takerne sperret øynene opp da jeg skildret hvordan norske turnuskandidater i en årrekke var "særplassert" i distrikter som ellers helt manglet legedekning.

Det var til drøfting av denne faglige veiledningen jeg var invitert som innleder. Dansk Selskab for Almen Medicin har tydeligvis fattet interesse for den norske modellen for videreutdannelse i almen-praksis. Noen av idéene kan de nok innpasse i sin praksisreservelegeordning. Men ellers er den danske spesialistutdannelsen i almenmedisin basert på 3 års sykehustjeneste, og ytterligere 6 måneder som utdanningsamanu-ensis i en almenpraksis. Da er det for lite rom for å arbeide pedagogisk med de spesielle almenmedisinske problemområder. Det er våre danske kolleger ikke tilfreds med. De ønsker mer tid i almenpraksis, og arbeider for å få innført et ekstra år i spesialistutdannelsen.

Almenmedisinsk målbeskrivelse

Pedagogiske målbeskrivelser er på moten, og med god grunn. Uten vedtatte og nedskrevne fagbeskrivelser er det vanskelig å tilrettelegge en effektiv utdannelse. Nå har danskene gjort det vi i Norge lenge har vegret oss for - de har satt på papiret en helhetlig målbeskrivelse av almenmedisinen som undervisningsfag. Den er nivådelt, med klare beskrivelser av hva man forutsetter innlært i studietiden, i praksisreservelegetiden og i selve spesialistutdannelsen. Den bygger på den opprinnelige Leuwenhorstmodellen fra 1977 (3), med inndeling av mål-beskrivelser i de tre hoved-områdene: kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Og ikke minst - den er lesbar.

Under arbeidet med å utforme den norske spesialistutdannel-sen i almenmedisin var temaet målbeskrivelse et vanskelig punkt. Vi ble stående ved den meget generelle Leuwenhorst-formuleringen. Flere andre lands mer omfangsrike mål-beskrivelser ble vurdert, og til og med oversatt (4). Mitt tips, etter en helt summarisk lesning, er at danskene nå har levert den hittil beste. Den vil om kort tid foreligge trykket i regi av DSAM og Månedskrift for praktisk lægegerning.

Almenmedisin som hovedfag i grunnutdannelsen

Den danske undervisningsminister, Bertel Haarder, har nylig underkrevet en ny "rammebekendtgørelse for Læge-utdannelsen". Den innebærer blant annet at almenmedisin skal bli et hovedfag i medisinerstudiet, med fire ukers obligatorisk praksistjeneste og eksamen. Hittil har praksistjenesten vært frivillig, et ekstra tilbud til de mest interesserte. Nå kommer faget inn på linje med andre kliniske fag.

Dette er helt i tråd med utviklingen i de fleste vestlige land, men allikevel en viktig reform for de tre danske fakultetene. "Hvordan lever vi op til en øget undervisningsforpliktelse?" skrev Poul Backer i 1979 (5). Dette spørsmålet kan de med god grunn stille om igjen, både inne på instituttene og i praksis. En stor utfordring er det ihvertfall, som også vil få konsekvenser for bemanning og ressurser ved de tre danske instituttene for almenmedisin.

Professor på deltid

I danskenes parallell til Utposten, tidsskriftet Practicus, finnes i augustnummeret i år et intervju med professoren i almenmedisin i Århus, Carl Erik Mabeck (6). Her bekrefter han at han har besluttet å si opp sin stilling. Ikke fordi han ønsker å slutte, men for å sette fart i en omstrukturer-ing av denne akademiske toppstillingen til to "halve" professorater. De to andre halvdelene som derved oppstår, ønsker han å knytte til halv-tids almenpraktikerstillinger. Akademisk selvmord, sier noen, men de danske almenpraktikerne syntes tydeligvis godt om forslaget, som allerede har fungert bra for universitetslektorene i Odense. Carl Erik Mabeck og Per Fugelli i Bergen har nok noe å snakke om.....

Det har også norske og danske almenpraktikere i sin alminnelighet, det er min enkle oppsummering etter dette møte like nord for København■

Litteratur

1. Bentzen N, Damsbo N, Friborg S. Introduktions- og arbejdshefte for praksisreservelæger. Utarbejdet på basis av DSAM's kursus: Almen Praksis som Under visningssted, Ellested 13. - 16. april 1983.

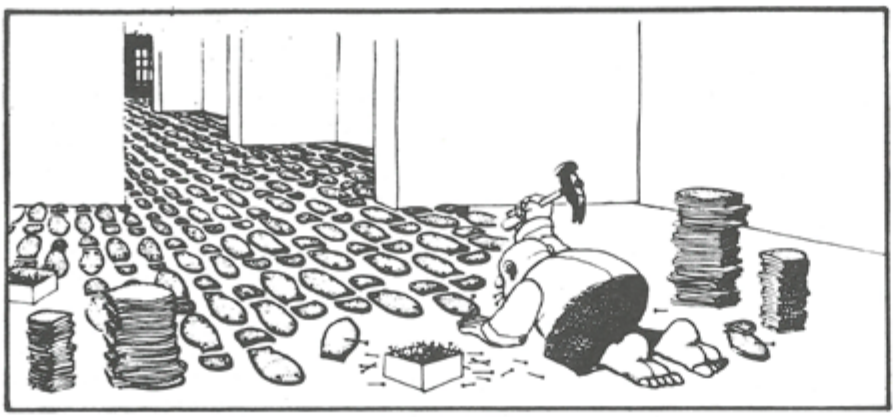
2. Børlum Kristiensen f, et al. Evaluering av praksis reservelægeordningen. Ugeskr læger 1986; 148: 195-202.

3. Working party of the second European conference on the teaching of general practice The work of the general practitioner. J R Coll Gen Pract 1977; 27:117.

4. Royal New Zealand College of General Practitioners. An educational guide for the future general practitioner. The New Zealand Family Physician 1983; Suppl. Vol. 10, No 2, oversatt til norsk av Bent Guttorm Bentsen).

5. Backer P. Hvordan lever vi op til en øget undervisningsforpliktelse? DSAM-orientering 1979, nr. 9 (oktober).

6. Olsen OM. Professor på deltid? Interview med Carl Erik Mabeck. Practicus 1986; 10 (nr. 41, august): 91-3.



S.I.M.G's høstkongress 1986

Ola Lilleholt

■

For dem som ikke vet det, kan det opplyses at S.I.M.G ("Societas Internationalis Medicinae Generalis") er en internasjonal forening for almenpraktiserende leger. Foreninga har sin opprinnelse og tyngden av sine medlemmer på kontinentet, både øst og vest for jernteppet, men pr. 1987 har foreninga medlemmer fra 31 forskjellige land.

Medlemmer av NSAM er kollektivt tilsluttet S.I.M.G. Kolleger som er spesielt interessert i internasjonalt almenmedisinsk utviklingsarbeide kan også tegne individuelt medlemsskap, vil en også kunne motta S.I.M.G's tidsskrift.

S.I.M.G-kongress i Trondheim 1988

S.I.M.G arrangerer årlig en høstkongress i Klagenfurt, Østerrike, og vårkongresser som ambulerer fra år til år. I år finner vårkongressen sted i Praha i dagene 24.-26. juni. (Utposten kan gi nærmere opplysning om adresser etc.).

I 1988 vil S.I.M.G's vårkongress legges til Trondheim. Detaljer om dette følger i senere utgaver av Utposten.

Klagenfurt 1986

I deltakerlista for S.I.M.G's 35. høstkongress i september 1986 finnes 26 med adresse i Norge. I forhold til folketall/antall almenmpraktikere hadde Norge utvilsomt den største kontingenten. Forklaringa på dette er trolig en sum av to faktorer: Norsk almenmedisin er innen i en svært ekspansiv periode og vi har et forholdsvis stort antall kolleger som har sine faglige røtter i studier ved universiteter på kontinentet og som dermed føler seg hjemme i dette miljøet som er noe dominert av tysk språk. Språkproblemer skulle det ikke være under kongressens tre siste dager. Da er mange av foredraga på enten engelsk eller fransk, og disse dagene er det et imponerende teknisk oppbud med simultantolking til engelsk/tysk/fransk.

Under høstkongressen 1986 var det foredrag ved to norske kolleger på den faste dagen for forskning i almenpraksis. Det var Ingard Løge fra Saupstad legesenter som la fram funna fra en undersøkelse over betydninga av sykehistorie og funn i forhold til diagnosen av non-ulcer dyspepsi i almenpraksis. Knut Drottning, stipendiat ved Institutt for almenmedisin i Oslo la fram en undersøkelse over almenpraktikserende legers syn på mentale faktorers betydning i forhold til behandling av forskjellige sykdommer og plager som er vanlige i almenpraksis.

Klagenfurt er en sjarmerende by i et landskap med en beveget historie. Restaurantene er gode og prisene meget moderate etter norske mål. Avstandene med tog eller bil er 4-5 timer til Venezia, Wien og Munchen for den som vil kombinere kongressen med ferie eller sightseeing i et stabilt godt høstvær som en finner i dette hjørnet av kontinentet.

Legeoverskudd

Utpostens utsendte ble akutt syk og fikk i noen dager sightsee regionens utmerkede hospital innenfra. Under kongressen var jeg blitt oppmerksom på at man i Østerrike for tida har ca. 3000 arbeidsløse leger. Et symptom på dette kunne registreres på hospitalet: Ikke bare var det slik at alle infusjoner ble satt av tilkalt lege, men når det skulle taes blodprøver skjedde dette ved at fysiokjemikeren(?)/budet(?) fra laboratoriet sto ute på korridoren mens en av avdelingens leger kom inn og sikret prøven. Dette er altså et resultat av at det er fri adgang til det medisinske studiet: en enorm sløsing med menneskelige og materielle ressurser! Hvordan ville det se ut i Norge med 1000 arbeidsledige leger? ■

Bruk av ultralydscreening

Anne Mathilde Hanstad
Kommunelege, Strand i Rogaland

Anne Mathilde H. er cand. med fra Bergen 1979. Turnus Farsund og Strand. Psyk. poliklinikk Haukeland sykehus 1982-83. Kommunelege på fastlønn i Strand fra april 1984. Almenpraktiker Dnlf.

Dette er et tilsvar på Frode Heians innlegg om "Teknologi på offensiven" i Utposten nr. 8-86, under henvisning til konsensuskonferansen om bruk av ultralyd i svangerskapet (Tdnlf nr. 33,86).

Vår kommune, Strand utenfor Stavanger, beliggende i Ryfylke, har et nedslagsfelt på ca. 9000 innbyggere. Vi har to legesentra, ett på hvert av kommunens tettsteder. Kommunen har 7 legestillinger hvorav tre i deltidsstilling og kommunelege 1 med 1/2 kurativ praksis.

Mitt arbeide er ved det største av de to sentrene, der vi er 4 leger, hvorav to i deltidsstilling.

Ved telling av svangerskapskontroller hos lege i tiden 1/4-85 t.o.m. 30/3-86 kom vi fram til at vi hadde 787 slike ved vårt senter. Ca. 2/3 av de gravide i kommunen går til kontroll her. Kommunens fødselstall de siste tre år framgår av tabell 1.

Som Heian skriver: Teknologien er vanskelig å holde tritt med, og faglig er det nærmest umulig både å følge med og selektere pasienter generelt.

Vedrørende ultralydscreening av gravide mente vi at vi hadde gode faglige begrunnelser MOT, og bøyde ikke av tross til dels massiv pågang fra pasienter.

Omtrent sammenfallende med at NOU 84, 17 kom ut med sine synspunkter på ultralyd av svangre var to av oss på vikende front. Innenfor fagene gynekologi/obstetrikk har vi i flere år hatt godt etablert samarbeide med en privatpraktiserende gynekolog i Stavanger. Litteraturen, diskusjoner med spesialister, samt et økende "press" fra pasientene, bidro til at vårt faglige fundament ble satt på prøve.

Tross alt hadde vi en rekke henvisninger på indikasjoner som usikker termin, spørsmål om flerlingesvangerskap, eldre førstegangsfødende, tidligere dødfødte barn, og ikke minst: spørsmål om placenta praevia?

I studietida lærte vi at "Blod på hansken ved eksplorasjon i siste trimester er placenta praevia til det motsatte er bevist". Hvilken primærlege har ikke kjent seg en smule svett når hanskefingeren så er rød av friskt blod?, forsøkt å beholde roen, og så henvist pasienten for rask vurdering av placentas leie?

To av oss har henvist til screening mellom uke 16 og 20 siden mars/april 1984. Etter felles faglige drøftinger, skjer nå slik henvisning fra alle legene i distriktet, til samme gynekolog. (som riktignok er privatpraktiserende).

Pasienten får med seg fra gynekologen en stensil med opplysninger vedrørende:

- termin/evt. korrigert termin

- når spesialisten vil vurdere svangerskapet til overtidig

- meget kort "beskrivelse" av fosteret (som regel "singel, vitalt foster")

- tegning av uterus i to plan der placentas leie er plottet inn.

Dersom pasienten skal til kontroll hos spesialisten av noen grunn, følger egen epikrise til primærlegen. Svært få av pasientene skal til mer enn en undersøking.

Konsensusrapporten angir at 94% undersøkes med gjennomsnittlig 2,4 ultralyd pr. kvinne. Uten at jeg har gjort tellinger på dette, er jeg sikker på at det er helt uoverensstemmende med praksis i vår kommune. Min mening er, sett i forhold til tidligere henvisninger, og måten disse ble gjort på, at screening svekker overforbruket og gir undersøkelsen en bedre kvalitet.

Hvorfor har vi i en landkommune denne praksis?

Hvilken gevinst har vi som primærleger av screening av våre svangre?

- Alle de gravide som oppsøker legene får LIK behandling.

- Det skjer liten og ingen "lekkasje" av pasienter til spesialister andre siden av fjorden (i Stavanger) som tar

g i svangerskapet

imot uten henvisning. På dette viset ivaretas kontinuitetsprinsippet!

- Verken konsensusrapporten eller Heian tar opp "HVA MED LEGENS TRYGGHET?". Indirekte kommunikasjon er "in" i vår tid. At legen er trygg for pasienten betyr noe for behandlingen!

Terminberegning betyr til daglig lite, men derimot betyr det noe for pasientens sikkerhet og mitt ansvar at jeg vet noe om placentas beliggenhet. På slutten av svangerskapet er cervix bløt, der kan være lettere cervicitt-forandringer som gjør at det lett kommer noe blod på hansken. I stedet for "krisereaksjon" hos meg selv, indirekte overført på pasienten, kan jeg ved et blikk på de overnevnte tegninger forklare det hele og unngå videresvisning.

Betyr det psykologiske noe?

Min opplevelse er at denne undersøkelsen psykisk betyr mest for unge nulli-para, som ved at fosteret blir "visualisert" får et nærere forhold til den nye situasjonen som oppstår når barnet blir født. Likeens er undersøkelsen av betydning for eldre nullipara, eller flergangsfødende som "uberegnet" blir gravide. De har ofte tanker om misdannelser etc. etc.. Ultralyd er en betryggelse, men pasienten presenteres alltid for at det kan være en falsk trygghet, noe hun må forholde seg til.

I vår tid har vi fedre med på svangerskapskurs, og det anbefales bøker om at "far er også gravid". Ultralydundersøkelsen gir en mulighet til barnefaren å om å "forstå" lettere. Selvsagt har jeg ikke bevis for at dette betyr noe etter fødselen, men tanken om at det har positiv effekt er grunnen til at jeg oppfordrer fedrene til å reise med på ultralydundersøkelse.

Jeg har god erfaring med fast kontakt med en gynekolog. På dette viset mener jeg at vi kan ivareta behovet for kommunikasjon. Selve undersøkelsen, og hva man ser, ivaretas av spesialisten. Kontiniuteten ivaretas, ettersom pasienten returnerer til primærlegen. Denne kan i sin tur evt. ta en telefon til spesialisten om problem oppstår!

Hos oss informeres pasientene om at ultralyden er et tilbud, til nå har jeg hatt en -1- pasient som takket nei, og det bør bemerkes at denne heller ikke ivaretok sine vanlige svangerskapskontroller!

Når det gjelder spørsmålet om ikke fødeinstitusjonen burde ivareta eventuell screening, har man i Stavanger ikke slik kapasitet, og på det viset er problemet vårt løst via privatpraktiserende.

Jeg har liten tro på at ultralydscreening av svangre forsterker tendensen til teknifisering av lege-pasientforholdet. Min vurdering er at det snarere bidrar til bedret kontakt, fordi pasienten etter undersøkelsen ofte har nye spørsmål som leder inn på fruktbare samtaler for både pasient og lege.

Så langt har man ikke påvist hvorvidt ultralydundersøkelsen av fostere er skadelig. Jeg er selvsagt åpen for endringer i min praksis om slik bevisførsel ble framlagt. I tida mener jeg at den form for praksis av svangerskapskontroller som drives i vårt distrikt; Med ett besøk hos gynekolog til ultralyd, og to eller tre kontakter hos jordmor, de øvrige hos lege, som fruktbar og faglig riktig. ■

Tabell 1: Totalt fødselstall i kommunen og fordeling på Helsestasjon J og Helsestasjon T, som repr. de to helsesentrene.

Årstall	Totalt fødte	Senter J	Senter T
1984	140	79	61
1985	137	91	46
1986	157	104	53

legemiddelkonsulent

□Olav Svarva

Foreningen av legemiddelkonsulenter:

FALK

Dette er en forening som de fleste lesere av UTPOSTEN nok ikke har hørt om. Styret i FALK ønsker å gjøre vår forening bedre kjent.

Formålsparagrafen til foreningen er følgende:

a) Å ivareta medlemmenes felles interesser.

b) Å være kontaktorgan overfor myndighetene, de tom bransjeorganisasjonene NOMI og NO-RE-FARM, Den norske lægeforening samt andre instanser når dette er aktuelt.

c) Å virke for å heve standens nivå.

Våren 1986 ble det valgt nytt styre hvor medlemmene er bosatt i midt-Norge. Det tidligere styret har vært på Østlandet, og de mente at det var ønskelig at styrefunksjonen roterer for å engasjere flere medlemmer.

På plenumsmøte i oktober 1986 i Trondheim ble det vedtatt en framdriftsplan for det nye styret. Det var enighet om at vi skal arbeide ut fra formålsparagrafen, og at vi ikke skal ta mål av å bli en "kamporganisasjon" som skal engasjere seg i lønn og arbeidsbetingelser på nåværende tidspunkt. Den enkelte medlem anbefales å melde seg inn i andre fagforeninger som for eksempel Handelsreisendes forening for å få juridisk og annen støtte ved arbeidstvister.

Første prioritering er å markere FALK overfor legeforeningen, sentralt og lokalt, NO-RE-FARM og NOMI. Så skal vi gjennom de kanalene prøve å forbedre vår daglige arbeidssituasjon. Etterutdanning for legemiddelkonsulenter blir et viktig tema. Et høyt faglig nivå hos medlemmene i FALK er til fordel for leger og annet helsepersonell som vi skal videreføre kunnskap til gjennom informasjon.

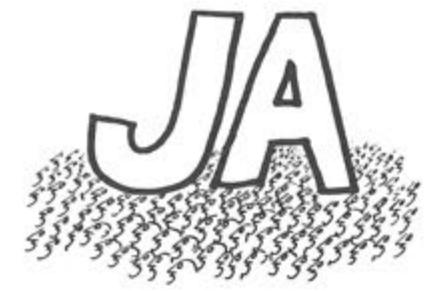
Styreformann er Lars Asbjørn Hansen, Ogndalsvn, 43, 7700 Steinkjer. Lesere av UTPOSTEN som har gode råd og ideer til styret ber vi kontakte denne adressen. Det samme håper vi legemiddelkonsluenter som har falt utenfor vår adresseliste gjør. ■

Uttalelse vedrørende kombinasjonsdoktoren

Styret i OLL

Styret i Offentlig legers landsforening har i flere styremøter drøftet rollen til kombinasjonsdoktoren i dagens og morgendagens norske primærhelsetjeneste. (Med uttryket kombinasjonsdoktor forstår vi primærlege med arbeidsoppgaver innenfor såvel samfunnsmedisins som almenmedisin). Emnet ble også drøftet på årsmøtet høsten 1986. Forut for dette var det innhentet synspunkter fra de tillitsvalgte.

Det vises også til kommunelege Inge Romørens artikkel i Utposten nr. 6, 1986. Som konklusjon på denne brede drøftingen vil styret i Oll uttale følgende:



De kombinerte distriktslegene har i generasjoner vært en hjørnestein i norsk primærhelsetjeneste. Kombinasjonen av kurative og grupperettede preventive oppgaver har gitt unike forutsetninger for et godt kjennskap til lokalmiljø og befolkning. Erfaringer fra det daglige kliniske arbeidet har raskt kunnet overføres til profylaktiske og administrative tiltak. Reglene for videreutdanning til spesialiteten samfunnsmedisin er preget av denne verdifulle norske tradisjonen med nært samarbeid mellom almenmedisin og samfunnsmedisin (i motsetning til situasjonen i f.eks. Danmark).

Det er flere grunner til at kombinasjonsdoktorens rolle i norsk helsevesen nå er kommet opp til debatt:

- kommunehelseloven, almen demokratisering og reformer i lokalforvaltningen stiller økende krav til administrativ arbeidsinnsats.

- dagens dominerende helseproblemer krever ofte tverrfaglig og tverrsektoriell innsats.

- de almenmedisinske idealer om en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende tjeneste ("KOPF") stiller store krav til utøverne.

Styret i Oll mener det er viktig at det beste i den norske kombinasjonsdoktor-tradisjonen får leve videre og utvikle seg. Styret vil her særlig understreke følgende forhold:

- samfunnsmedisinen må ikke bli en skrivebordsspesialitet uten kontakt med den medisinske grasrota, - og denne møter vi best i klinisk almenmedisin.

- slik den geografiske og kommunale strukturen er, kan flertallet av norske kommuner ikke basere seg på leger med samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver på heltid.

- beredskapsmessige hensyn og behovet for stedfortrederordninger tilsier at såvel samfunnsmedisin som almenmedisin bør fordeles på flere leger i hver kommune.

Sett på dene bakgrunn er det viktig at leger som ønsker det får anledning til å utvikle og opprettholde kompetanse i såvel samfunnsmedisin som almenmedisin. Reglene for videre- og etterutdanning i de to spesialitetene bør ta hensyn til dette så langt det er faglig forsvarlig. Styret har understreket dette i brev til de to aktuelle spesialitetskomiteene 18. september 1986.

Samtidig må vi erkjenne at en hver lege har begrenset kapasitet både faglig og tidsmessig. Styret er kjent med at endel kombinasjonsleger har en svært belastende arbeidssituasjon. Dette henger sammen med tildeling av nye samfunnsmedisinske oppgaver, samtidig som kravet til almenmedisinsk innsats ikke er blitt redusert. Styret vil understreke at fordelingen mellom samfunnsmedisinsk og almenmedisinsk arbeid må fastsettes utfra en samlet vurdering av den konkrete situasjonen. Det må her legges vekt på slike forhold som kommunens størrelse og struktur, organisasjonsmodell for helsetjenesten, helsepersonelldekning m.v. I en del tilfeller kan det bety at kombinasjonslegen bør få redusert stillingens krav til almenmedisinsk innsats både tidsmessig og når det gjelder full forplikting på "KOFF"-ideolgien". Styret mener også at flere større kommuner enn i dag bør ha heldags samfunnsmedisinske legestillinger. Anslagsvis vil en anta det kan være behov for dette ved innbyggertall over 10-15 000.

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
KAPSLER *150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:*
Lymecyclin. aeqv. tetracyclin. 150 mg, resp. 300 mg.

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk. kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60. 30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: *Voksne:* Normalt 1 kapsel à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

300 mg Tetralysal 2 ganger i døgnet er effektivt og rimelig for pasienten

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci.** (2).
- **Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:**

a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{\text{30 pkn}}{2}$ **til**
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyklin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostastisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) *Mårdh, Møller, Paavonen: Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Supp. 32 May 14–16, 1981.* (2) *Schreiner A. et al.: Pharmacokinetics of lymecycline and doxycycline in serum and suction blister fluid. Chemotherapy 31:261–65, 1985.* (3) *A. Pines et al.: Antiviot. Regimes in Severe and Accute Purulent Exacerbations of Chronic Bronchitis, British Medical Journal 1968, 2, 735–738.* (4) *Carenfelt & Lundberg: Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9 78–81, 1976.* (5) *L. Forslin & Danielson et al.: Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis. Acta Obster. Gyn, Scand. 61 s. 59–64, 1982.*

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris

. . . begge er resultater av ICI's originale legemiddelforskning

ICI

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.