

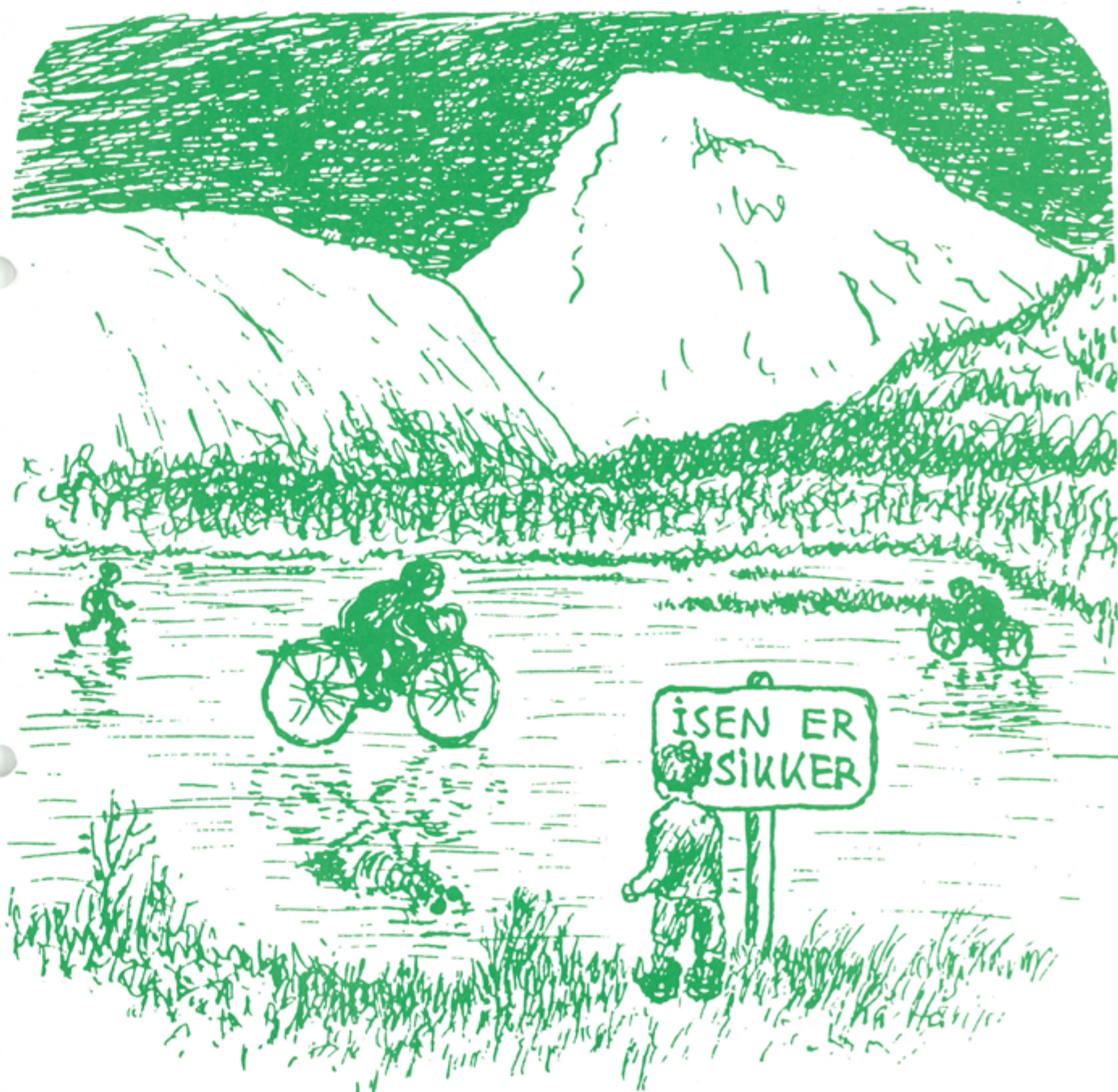
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1989

ÅRGANG 18



Hovedtema: Skolehelsetjenesten

Barn är ett folk ...

Dette nr. av Utposten har som hovedtema forebyggende helsearbeid blant barn. Leserne har spontant sendt oss en rekke bidrag om dette tema. Det lover godt, fordi det indikerer at barn er i fokus for forebyggende helsearbeid rundt om i landet - og det er viktig.

Men vi ser det også som et tegn på at det er mange som føler behov for nytenkning nettopp på dette området. Endrede samfunnsforhold og endret sykdomspanorama har ført til at mange setter spørsmålstejn ved å fortsette med de gamle rutiner.

Noen har forsøkt å evaluere det som gjøres. Anders Grimsmos vurdering av skolehelsetjenestens screeningsundersøkelser gir assosiasjoner til det å slakte hellige kyr - og *det* setter som kjent sterke følelser i sving.

Mange har sikkert med interesse lest Rune Mork Braut og Per Fugellis artikler om skolehelsetjeneste i Tidsskrift for den Norske Lægeforening nr 15/1988. Her stiller de bla. hos 129 niendeklassinger 285 diagnoser, hvorav 113 var nyoppdaget sykdom som måtte utredes eller behandles.

Det virker umiddelbart overraskende at det finnes så mye sykkelighet hos antatt friske unge mennesker. Forfatterne sier selv " - man finner de diagnoser man leter etter".

Spørsmålet blir om det er innsatsen verd å fortsette å finne dem. To av bidragene i dagens nr handler bla. om alternative metoder innen den etablerte skolehelsetjeneste.

Ulykkesforebyggende arbeid har tradisjonelt ligget utenfor allmennlegens domene. Martin Holtes innlegg om en sykkelhjelmkampanje får oss igjen til å fundere på hva som har ført til at landets 10-åringer nå sykler rundt og forsikrer om at "hjelmen er tøft", mens de for et par år siden ikke ville ta på seg en hjelm for alt i verden. Hvordan kan helseopplysning bli så effektivt? Eller er det ikke helseopplysning alene det her er snakk om? Mote kanskje?

I dette nr. bringer vi også en artikkel om hvordan en kan forhindre voldsutbrudd blant klientene i en HVPU-institusjon. Personalet ved institusjonen har gjort en fortjensfull innsats ved å dokumentere en reduksjon i antall voldstiltfeller når tiltak ble iverksatt. Tiltak som koster og som fylkeskommunen ikke ser råd til. Her får vi nok en gang eksemplifisert hvordan prioriteringene går i favør av det kurative, mens forebygging ville være det logisk og etisk riktige.

Berit Olsen/Mette Brekke
(ansvarl. red. for dette nr)

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

Gunn Aadland 6760 BRYGGJA	Mette Brekke 2640 VINSTRA	Marit Hafting Nyresbaret 19 5700 VOSS	Kirsti Malterud Institutt for allmennmedisin Ulriksdal 8c 5009 BERGEN	Berit Olsen Fylkeslegekontoret Damsveien 1 9800 VADSØ	Janecke Thesen 5890 LÆRDAL
K: 057 53 106 P: 057 53 206	K: 062 90100 P: 062 91010	K: 05 512410 P: 05 513685	K: 05 298119 P: 05 233955	K: 085 51761 P: 085 51443	K: 056 66100 P: 056 69333

Abonnement: kr 200,- pr år Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: henvendelse Lærdal; 056 66 100, Janecke Thesen eller Ruth Sprakehaug.

ISSN 0800-5680

Sykehus på kommunehelsetjenestens premisser?

Leder:

"Det kan vera at dei politiske konstellasjonane no er slik at det vert fatta kompromiss på ein slik måte at alle må gjerast til lags, noko som resulterer i at vetaka vert mest effektlause, fordi ingen skal verkeleg tapa, slik at mest ingen vert gjort til lags", skriv Per Selle, Norsk senter for forskning i ledelse,-organisasjon og styring i et debattinnlegg i Tidsskrift for samfunnsforskning 4/88. Og han stiller spørsmålet: Er det vanskeligere å fatte vedtak? Og har dette i så fall sammenheng med grunnleggende og omfattende samfunnsendringer? Og ikke nødvendigvis med "høyrebølge" eller "jappekultur".

En type vedtak som er notorisk vanskelige å fatte, er vedtak som berører ut-, opp-, og nedbygging av sykehus. - Ja, man kan av og til undres på om denne typen vedtak egentlig er så velegna for lokaldemokratisk behandling. I forbindelse med budsjett-handlingen i fylkene diskuteres sykehusstruktur fra Finnmark til Rogaland. Endringer i bosettingsmønster, kommunikasjoner og ikke minst i fylkeskommunenes økonomi gjør det nødvendig å vurdere sykehusfunksjonene innen hvert fylke. Det samme gjør den stadig sterkere dreiningen mot ambulant og poliklinisk virksomhet.

Lokalsykehusenes fremtid er høyst usikker. Stm. 41: Nasjonal helseplan sier om dette: "De små sykehusene bør i større grad sees i sammenheng med oppgaver innen kommunehelsetjenesten. Dette vil i særlig

grad gi seg utslag i behandling og rehabilitering av eldre". Dette er på ingen måte noe nytt. Allerede Stm. 9 i 74-75 (om regionaliseringa av helsevesenet) slo fast prinsippet om at sykehusene skulle fungere på primærhelsetjenestens premisser.

En annen mulig "nisje" i systemet er som leverandører av "enkelttjenester" med sykehotell-lignende funksjoner. Dette siste forutsetter sannsynligvis en videre utbygging av forsøksordningen med stykkprisrefusjoner. En total utbygging av dette systemet vil bety et mer markedsorientert system og lar seg neppe utvikle via det tradisjonelle plansystemet.

Finnes det en veg videre? Et alternativ til dagens system som sikrer en mer effektiv ressursutnyttelse? En veg som utnytter det beste ved markedet, nemlig vilje til effektivitet og evne til raske omstillinger, - uten at politisk styring går tapt og uten at den enkeltes økonomi er avgjørende for behandlingsmulighetene?

Mindretallet i Eilertsenutvalget foreslo statlige sykehus. Et annet forslag er å overføre de totale rammene for helsetjenester til kommunene, slik at de kan kjøpe sykehustjenester etter behov for sine innbyggere. De ville da kunne kjøpe tjenester hvor som helst; der ventetida er kortest, kvaliteten og servicen best. Sykehusdrift kan eventuelt overlates til frittstående stiftelser, private eller offentlige. Det spiller ingen rolle. Det offentlige er sikret styring gjennom kommunenes forvaltning av midlene.

Et slikt system forutsetter en reell sikring av pasientrettigheter, - først og fremst retten til å bli definert som pasient og ha krav på utredning og behandling. Det forutsetter også en solid kvalitetskontroll av sykehus-tjenestene.

Mange av de problemene vi ser idag vil løses i et slikt system:

- ventetida ville kortes ned fordi ledig kapasitet kunne utnyttes av fylker også utenom sykehusets hjemfylke.
- gjestepasientproblematikken slik vi kjenner den idag ville være en saga blott.
- problemet med at ferdigbehandlede pasienter ble liggende i sykehus ville løses raskt, fordi ingen kommune ville ønske å kjøpe dyrere liggedøgn enn nødvendig.

Politisk prioriterte målsettinger som LEON-prinsippet, prioritering av omsorgsfunksjoner, - ikke minst innafor eldreomsorgen, ville enkelt la seg realisere.

Den negative siden ville være at kommuner kunne vegre seg mot å kjøpe institusjonsplasser, og forringe eller forspille behandlingsmuligheter for enkeltpasienter. Dette måtte løses via effektive, løpende klageordninger.

Et annet problem ligger i at landet består av så mange små kommuner, med derav følgende store svingninger i forbruk av tjenester fra år til år. Interkommunalt samarbeid mellom små kommuner ville kunne overkomme slike hindre. I Finland er det

f. eks løst ved at kommuner med et innbyggertall under et visst nivå er pålagt å gå sammen i kommunalforbund. Slike litt større enheter ville også styrke den øvrige kommunale helsetjenesten innafor de mange oppgavene kommunene er pålagt, og gjøre systemet mindre sårbart ved vakanser. Også administrativt burde det kunne medføre besparelser som kan benyttes til utøvende helsetjenester.

Eilertsenutvalget antyder muligheten for et forsøk basert på prinsippet om overføringer til kommunene. Også Hovedkomiteén for reformer i forvaltningen (NOU 1988:38) medgir at samarbeidsordninger mellom kommunene innafor sykehusvesenet ville "ivareta både hensynet til effektivitet og til folkevalgt styring". Argumentasjonen mot er dels frykt for videre sektorisering av den offentlige forvaltning, dels at "erfaring har vist at samarbeid over kommunegrensene har sine klare begrensninger." Leseren blir ikke innviet i disse erfaringene, og det er derfor vanskelig å diskutere begrensningene.

Det er naturligvis også andre problemer. Det skal ikke mye fantasi til for å forestille seg at enkelte tynt befolkede strøk hvor sykehusdrift er spesielt kostnadskreven, kan bli helt uten sykehus ved en overgang til sterkere innslag av markedsstyring. Men også dette er overkommelige problemer som kan løses i det enkelte tilfelle ut fra en helhetsvurdering med særskilte "sikringsmidler".

Berit Olsen.

□

Screening-undersøkelser i skolen

Av Anders Grimsø

Skolehelsetjenesten er i stor grad blitt forbundet med screeningundersøkelser. Flere undersøkelser har lange tradisjoner, som f. eks. syns- og hørselsundersøkelser og måling av høyde og vekt. I de senere år er det imidlertid mange leger og helsesøstre som har uttrykt tvil om nytten av disse og andre undersøkelser.

Å vurdere verdien av screeningundersøkelser er imidlertid vanskelig, først og fremst fordi god forskning mangler. WHO (Wilson 1968) og flere forskere har imidlertid kommet frem til et sett av kriterier som bør være klargjort før en screeningundersøkelse blir tatt i bruk. Det er kriterier som omhandler forekomst, sensitivitet/ spesifisitet og cost/benefit.

Det bør også være et minimum nye eller uoppdagede syketilfeller for at skolehelsepersonell skal opprettholde motivasjonen og få tilstrekkelig trening. I en gjennomsnittlig kommune eller gruppepraksis med 5 leger på 5000 mennesker vil det være omlag 100 elever pr. klassetrinn i skolen. Det er anbefalt at legene over tid deler skolelegearbeidet likt.

Ved en forekomst på 1 % (1/1000), f. eks. nærsynthet ved skolestart, vil en finne ett nytt tilfelle pr. år totalt, men hver enkelt lege vil i gjennomsnitt oppdage en ny hvert 5. år. Er antallet tilfeller 1-2/1000, f. eks. behandlingstrequende scoliose, vil hver enkelt lege i gjennomsnitt oppleve å finne ett tilfelle i hele sin yrkesaktive karriere. En forekomst på 1-2/10 000, f. eks. uoppdagede hjertefeil ved skolestart som kan behandles, medfører at bare hver 5. lege vil oppdage ett tilfelle i hele sitt liv.

Screeningundersøkelsene som er aktuelle i skolehelsetjenesten, er nedenunder blitt vurdert etter WHO's kriterier. Det

viser seg imidlertid at for enkelte undersøkelser er det vanskelig å trekke en sikker konklusjon. Andre forhold enn undersøkelsens nytte kan til sist bli avgjørende.

Det kan f. eks. være at en vil bruke undersøkelsen for å skape kontakt i sin alminnelighet, som et ledd i helseopplysningen eller som et grunnlag for yrkesveiledningen. Det kan også være fordi en ønsker å gjennomføre en kartlegging, eller fordi en har holdepunkter for at sykdomspanoramaet lokalt avviker fra det generelle.

Syn

Innføringen av rutinemessig synsundersøkelse på helsestasjonen har redusert forekomsten av synsproblemer ved skolestart. Omlag 99 % av barna som nå begynner på skolen, ser bedre enn 6/9 på synstavlen ved bruk av begge øyne. Synsscreening i skolen har i hovedsak hatt 3 formål: undersøke fargesans, påvise myopi (nærsynthet) og oppdage andre øyensykdommer som kan behandles.

Fargesans.

Avvik fra normal fargesans finnes hos 8 % av guttene og 0,5 % hos jentene. Det er stasjonære og arvelige tilstander som ikke kan helbredes. Ishiharas fargeprøve er den beste testen for barn. Det er ikke vist at svekket fargesans har noen vesentlig betydning for læreevnen. Det stilles imidlertid krav til fargesynet i visse yrker, slik at undersøkelsen kan være aktuell i tilknytning til en yrkesveiledning. Dette gjelder imidlertid svært få yrker (Jmfr. kap 12).

Konklusjon: Undersøkelse av fargesansen kan gjøres på indikasjoner, men trenger ikke være en rutineundersøkelse på alle barn.

Myopi.

Forekomsten av nærsynthet øker kraftig i skolealderen, fra under 1 % ved 6-års



alderen til omlag 20 % ved 16-års alderen. Til undersøkelse av skolebarn brukes Snellens tavle. For barn som ikke kan bokstavene, brukes prinsippet om gjenkjenning av like bokstaver. Nøyaktig beskrivelse av undersøkelsesmetoden finnes i en veileder utgitt av Norsk oftalmologisk forening.

Hovedhensikten med undersøkelsen er å forhindre at barn får vanskeligheter med å følge med på skolen. Det viser seg imidlertid ved undersøkelser at barn som blir nærsynte, i gjennomsnitt gjør det bedre enn andre på skolen. Nøyaktig årsak til dette kjennes ikke, men funnet er sammenfallende med hypotesen om at mye lesing bidrar til utvikling av myopi. Forekomsten av nærsynthet er økende i samfunnet vårt og mer utbredt enn i u-land.

Det har vært vanlig med synsundersøkelse hvert 3-4 år i skolealderen. Myopi utvikler seg imidlertid relativt raskt. Det oppdages derfor få "nye"

tilfeller. De fleste som har utviklet myopi, har på forhånd skaffet seg briller på eget initiativ, eller de vil ikke bruke briller av kosmetiske eller praktiske grunner.

Konklusjon: Selv om myopi opptrer hyppig i skolealder, gir dette alene ikke grunnlag for å gjennomføre rutinemessig synsundersøkelse på alle. Det bør heller gis et åpent tilbud til alle elever som selv mistenker nærsynthet, eller hvor foreldre eller lærere gjør det. Alle psykisk utviklingshemmede bør imidlertid undersøkes regelmessig.

Andre øyesykdommer og synsvansker. Til denne gruppen hører anisometri (forskjellig brytning på de to øynene), amblyopi (svak syn på det ene eller begge øynene uten påvisbar organisk sykdom), astigmatisme ("skjeve hornhinner"), hypermetropi (overlangsyntet) og strabisme (skjelning). Alle disse lidelsene kan screenes effektivt i skolealder ved bruk av synstavle alene.

97 % av de behandlingstrengende tilfellene oppdages ved denne testen. Grensen for hypermetropi settes av de fleste ved 2,5 dioptrier. Andre spesialundersøkelser av type Titmus flue, TNO-prøven ol. har enten lav sensitivitet eller spesifisitet. Hvor effektiv cover-testen er, når denne utføres av andre enn oftalmologer, er ikke blitt undersøkt.

Klinisk signifikant hypermetropi og astigmatisme finnes hos 3 % av barna hver for seg. I motsetning til myopi, utvikles svært få nye tilfeller i løpet av skolealderen. Screening av disse lidelsene er derfor bare aktuell ved skolestart.

Amblyopi finnes hos omlag 1 % av elevene, og er hyppigst ensidig. Mer enn 2/3 skyldes strabisme eller anisometri. Få nye tilfeller utvikles etter 7-års alder. Hva som er en signifikant synsforskjell mellom øynene er usikkert. Ofte blir dette ikke korrigert med mindre det kommer andre grunner i tillegg, f. eks. utvikling av strabisme eller behov for å korrigere det beste øyet.

Strabisme finnes hos omlag 2 % av skolebarna. Imidlertid er det etterhvert svært få nye tilfeller som oppdages ved skolestart. I en svensk undersøkelse av 1530 7-åringer, ble det bare oppdaget 2 nye tilfeller. Nesten all strabisme utvikles før 5-årsalder. Skal behandlingen være effektiv for å forebygge amblyopi, må også den settes inn før 5-årsalder. Screening ved skolestart har kun til hensikt å finne uoppdagede tilfeller.

Alle disse lidelsene pluss latent skjelning og mangelfullt samsyn, kan gi det en ofte kaller synsrelaterte plager. Det er økt trettbarhet i øynene, bokstavene flyter sammen, tåreflod, sandpapirfølelse, hodepine og muskelspenninger. En vanlig synstest er ikke egnet til å fange opp de som får slike problemer. Plagene er bare delvis knyttet til graden av avvik. Selv innenfor de definerte normalområdene kan mange få synsrelaterte plager. Det er heller ingen sammenheng mellom oftalmologiske funn og lesevansker (Aasved 1987).

Konklusjon: Når det gjelder synslidelsene beskrevet ovenfor, bør alle barn undersøkes ved hjelp av synstavle ved



skolestart. Senere rutinemessige undersøkelser synes ikke å være berettiget (Cross 1985). Etterhvert som en får bedre kjennskap til hvor effektiv synsundersøkelsen på helsestasjonen er, kan det også bli aktuelt å sløyfe screeningen ved skolestart. Barn som ikke klarer synstesten ved skolestart, har lese-lærevansker eller får synsrelaterte plager, bør undersøkes nærmere og eventuelt henvises til utredning hos øyenlege og eventuelt PP-tjenesten.

Hørsel.

Barn med alvorlig hørselstap blir fanget opp av helsestasjonen (0,2 % av alle barn). Ved skolestart finner en ved audiometriscreening at 5-7 % av barna har et mildt til moderat hørselstap (mer enn 20 dB). Antallet holder seg relativt konstant gjennom hele skoletiden.

Til screening brukes vanligvis et audiometer. Det er laget en egen veileder for hvordan apparatet skal brukes (Fabritius 1979). En har etterhvert fått lang erfaring med bruk av audiometer, men få har undersøkt hvor sensitivt apparatet egentlig er. Det har vært hevdet at alt fra 10-70 % av de med sykdom i mellomøret ikke blir fanget opp. Noen har i stedet brukt et tympanometer til screening, men dette viser seg igjen å bli for følsomt.

Hørselsscreening i skolen har hatt 2 formål: Det ene er å forebygge lærevansker pga. nedsatt hørsel. Det andre er å forhindre utvikling av varig nedsatt hørsel pga. mellomørelidelser. Neurogent hørselstap utgjør under 10 % av de en finner ved screening ved skolestart. Det øker noe med alderen, men neurogent hørselstap kan ikke behandles og er derfor som grunn alene, lite aktuell for screening.

Vi vet at alvorlig hørselstap, især hos små barn, har stor betydning for deres språklige og intellektuelle utvikling. Når det gjelder et mildt til moderat hørselstap hos skolebarn, har en ikke sikkert kunnet påvise at det har betydning for læreevnen. Gjennomføring av screening på dette grunnlaget synes derfor ikke å være noe vesentlig argument. Dette utelukker likevel ikke at barn med lære- eller språkvansker bør hørselsundersøkes.

Screening av skolebarn for å finne mellomørelidelser som bør behandles, er med tiden blitt kontroversiell

(Bluestone 1986). For det første er screeningmetoden lite sensitiv og spesifikk. Ved audiometri finner en som sagt 5-7 % med nedsatt hørsel. De aller fleste skyldes serøst otitt. Følger en barna regelmessig hver måned et helt år, vil omlag 30 % i løpet av denne tiden ha perioder med nedsatt hørsel. Det er altså nokså tilfeldig hvem av disse en fanger opp ved en enkelt undersøkelse. Av de en finner ved undersøkelsen, vil over halvparten ha normal hørsel ved etterundersøkelse 1 måned senere. Bare hos omlag 1/4 vil hørselstapet vare over 6 mndr.

For det andre er behandlingen av sekretorisk otitt omdiskutert. Slimhinneavsvellende medikamenter med og uten antihistaminer og antibiotika har vært utprøvd i randomiserte dobbelt blind forsøk uten påvisbar effekt. Paracentese av trommehinnen med utsugning av sekret noramliserer hørselen, men trommehinnen gror fort, og antallet recidiv er like hyppig som uten behandling (30-40 %). Implantasjon av dren normaliserer hørselen hos 85 %. Imidlertid varer dette bare så lenge drenene er på plass. Ved siden av at inngrepet er en risiko i seg selv, tyder undersøkelser på økt fare for sequeler på lang sikt.

En undersøkelse hvor en sammenlignet en gruppe som ble screenet og adekvat behandlet med en kontrollgruppe, viste ingen forskjell i hørselstap etter 6 år.

For det tredje er det svært få av de som har hatt mellomørelidelser som utvikler sequeler av dette. Det nøyaktige antallet kjennes ikke, men i 7. klasse finnes slike sequeler hos omlag 1 % av elevene. Dessuten medfører disse forandringene sjelden hørselstap av betydning, gjennomsnittlig mindre enn 25 dB. Hos noen vil dette etter en tid også bedre seg (Fabritius 1968).

Konklusjon: Vi har pr. i dag ingen effektiv metode som kan skille mellom de som kan ha nytte av behandling og de som ikke har. En har heller ikke kunnet dokumentere at behandling hjelper på lang sikt. I verste fall oppnår en ved screening bare at flere barn blir kirurgisk behandlet med fare for at noen av de som ikke ville ha utviklet hørselstap (falske positive), blir påført alvorlige sequeler. Undersøkelsen bør derfor begrenses til elevgrupper med høy frekvens av hørselsvansker.

Det er barn med språk- og lærevansker, psykisk utviklingshemmede, barn med ansiktsanomalier (f. eks. leppe-ganespalte), innvandrere eller der hvor foreldre eller lærere mistenker nedsatt hørsel av sosial eller pedagogisk betydning.

Det pedagogiske aspektet av lett til moderat nedsatt hørsel er ikke avklart. Lokale forhold kan derfor ha betydning, f. eks. akustikk, klassestørrelse etc. En bør da eventuelt screene alle elever som hadde nedsatt hørsel ved 4-års kontrollen. De som fortsatt har nedsatt hørsel, undersøkes så en tredje gang etter 6 måneder. Nedsatt hørsel på alle 3 undersøkelsene taler med stor sannsynlighet for varig nedsatt hørsel, og skolen bør informeres.

Hørselsundersøkelse kan ellers være aktuelt i samband med yrkesveiledning og helseopplysning omkring faren for hørselsskader.

Høyde

En rekke sykdommer kan medføre forsinket lengdevekst (Savage 1968):

Ernæring - inntak (mengde/sammensetning), anorexi, cøliaki, inflammatoriske tarmsykdommer.
Kroniske sykdommer - astma, cystisk fibrose, kronisk nyresvikt, hjertefeil, reumatoid artritt, metabolske sykdommer.
Kromosomsykdommer - Downs, Turners.
Hormonsykdommer - hypothyreose, Cushing, veksthormonmangel (inkl. tumor cerebri).
Konstitusjonell forsinket vekst og modning.
Genetisk kortvoksthet.
Psykososial deprivasjon.
Noen av disse sykdommene kan ikke behandles, og mange er svært sjeldne. Mange gir seg til kjenne med andre symptomer før redusert lengdevekst kan registreres og er derfor allerede kjent før screening. Ved flere av sykdommene er det bare et mindretall som får forsinket lengdevekst. Noen av de med forsinket lengdevekst, får likevel normal høyde som voksne. Mange blir oppdaget på helsestasjonen.

Når det gjelder screening ved hjelp av høydemåling, er det 5 diagnoser som spesielt er blitt drøftet:

Veksthormonmangel skyldes i de fleste tilfeller medfødt defekt eller fødsels-skade. Disse blir oppdaget på helsestasjonen. Ervervet veksthormonmangel skyldes skade eller hypofysetumor. I skolealder inntreffer dette så sjelden som 0,2/100 000 pr. år, hvilket er for sjelden til at det egner seg for screening.

Hypothyreose blir nå screenet ved fødselen. Frekvensen av nyervervede tilfeller i skolealder er 4/100 000. Hvis eneste hensikt med høydemåling var å screene nyervervet hypothyreose i skolealder ville det koste omlag 1/2 million kroner pr. oppdaget tilfelle.

Barn med Turners syndrom får i gjennomsnitt en høyde på 145 cm. Incidensen er 0,4 pr. 1000 nyfødte. Østrogen gis i puberteten for at de skal utvikle genitalia og sekundære kjønnskarakterer.

Østrogenbehandlingen påvirker ikke sluthøyden. Imidlertid har en nå begynt å gi veksthormon til alle Turner jenter ved 7 års alder, og resultatet er sannsynlig økt sluthøyde.

Sykdommen kan være forbundet med anomalier og psykisk utviklingshemning. En del blir derfor diagnostisert uavhengig av screening. Hvor mange som forblir uoppdaget etter puberteten, og som kunne ha blitt funnet ved screening i skolealder, vites ikke. Antallet er trolig lavt. Disse momentene tatt i betraktning synes denne sykdommen alene ikke å være egnet for screening ved hjelp av høyde-måling. I den grad det er mulig bør disse oppges før skolestart.

Glutenenteropati (0,5-1/1000) gir ubehandlet vekstretardasjon hos 20-30 %. Ved diettbehandling normaliseres veksten hos mange. De fleste oppdages i

førskolealder etter at gluten introduseres i kosten. Adskillig færre tilfeller oppdages i skolealder, og veksten påvirkes her mindre. Med en så lav sensitivitet er screening av sykdommen ved hjelp av høydemåling lite effektivt.

Når det gjelder inflammatoriske tarmsykdommer, har en kunnet påvise forsinket lengdevekst hos 14 % før diagnosen blir stilt. Nye tilfeller kan derfor bli oppdaget ved screening. Konsekvensen måtte imidlertid bli at alle barn hvor en ikke finner andre årsaker til forsinket lengdevekst sekundært måtte bli rektoskopert. Med en så lav spesifisitet og sensitivitet som det her er tale om, er det neppe realistisk eller akseptabelt. Hvilken gevinst det er å oppdage sykdommen før de klassiske symptomene inntreffer, er også usikkert. Høydemåling er derfor lite egnet i denne sammenheng.

Om ikke sykdommene nevnt ovenfor eller andre hver for seg gir et grunnlag for screening ved hjelp av høydemåling, kunne en tenke seg at de samlet gjør det. I en undersøkelse hvor alle 10-åringene under 3,0 percentilen ble utredet (i Norge settes grensen ved 2,5 percentilen), fant en at 84 % var normale, 13 % hadde fra før kjent organisk lidelse (halvparten av disse kunne ikke behandles) og bare 3 % hadde uoppdaget sykdom (0,15 % av alle 10-åringene). Også blant de tidligere ukjente er det noen som ikke kan behandles, men negative sosiale forhold utgjør den største gruppen. Disse bør kunne oppdages tidligere på andre måter. Samlet sett synes derfor ikke høydemåling å være noe effektivt redskap til å fange opp uoppdagede sykdommer. Forekomsten av uoppdagede tilfeller er lav, og spesielt er spesifisiteten lav.

Det er nå ikke lenger begrensninger i tilgangen på veksthormon. Noen har derfor tatt til ordet for å behandle normale barn med lav vekst pga. de psykiske og sosiale konsekvenser kortvoksthett kan medføre. Dette reiser alvorlige etiske problemer. Behandler en de som nå er lavest, vil neste percentilgruppe bli lavest osv. Det fører også til at søkelyset i større grad rettes mot enkelte etniske grupper, f. eks. samer, enn andre.

Vi vet heller ikke hvilke bivirkninger behandlingen har på lengre sikt. Teoretisk er alle komplikasjoner som en ser ved acromegali aktuelle i denne sammenheng, men langtidsstudier mangler (Preece 1986).

Mens mange sykdommer kan gi redusert lengdevekst, er det få og sjeldne sykdommer som gir for rask lengdevekst. Det har imidlertid ikke vært mulig å finne undersøkelser som forteller hvor ofte slike lidelser forekommer blant skolebarn. Det vanlige ved screening har vært å sette en grense ved 97,5 percentilen. Det innebærer sannsynligvis et svært høyt antall falske positive. Enkelte vil som forsvar for dette hevde at alle barn med lengde over 97,5 percentilen bør vurderes for behandling pga. psykiske vansker dette kan medføre. Det gjelder spesielt jenter.

Alvorlige psykiske vansker er bare registrert hos et mindretall. Effekten av østrogenbehandling er dessuten liten, og behandlingen har bivirkninger som heller ikke kan overses. Det er økt fare for blodpropp, endometrie-cancer og menstruasjonsforstyrrelser inkl. amenorrhea. Langtidseffekter som diabetes, hyperlipemi, hypertensjon og carcinom er ikke sikkert utelukket.



I tillegg til å bruke percentilgrensene, 2,5 og 97,5, anbefales det også at barn som krysser en percentilavstand utredes. Dessverre finnes det ingen undersøkelser som har vist hvor hyppig dette forekommer, og hvilken fordeling av diagnoser en finner i en slik undergruppe. En vet derfor heller ikke i hvilken grad dette er lidelser som kan behandles, om det er sykdommer som er uopptaget, om presymptomatisk påvisning har terapeutiske konsekvenser og hvor mange henvisninger av falske positive dette medfører. Inntil slike data foreligger er det umulig å vurdere relevansen av et slikt kriterium. Dessuten må dette veies opp mot at det nå er mulig å måle en sikker tilveksthastighet innenfor en observasjonsperiode på 6-12 måneder.

Konklusjon: Følger en WHO's retningslinjer for screeningundersøkelser, kan en ikke gi en generell anbefaling om screening av høyden i skolealder. Verdien av rutinemessig høydemåling synes å være tvilsom eller i det minste marginal (Cross 1985). Forskning gjenstår imidlertid før en kan bli sikker på konklusjonen. Mange pediatere er imidlertid av en annen mening. Spesielt fremhever de betydningen av å ha en vekstkurve ved innleggelse av barn til utredning i sykehus eller poliklinisk.

Undersøkelsen er imidlertid enkel og rask. Alle barn skal undersøkes ved skolestart, og en bør da også kunne måle høyden. Det ser ut til at lengdevest og høydemåling i førskolealder er berettiget. Høydemåling ved skolestart er en oppfølging av dette. Høydemåling kan også være et egnet middel til å skape kontakt f. eks. i tilknytning til helseopplysning.

Vil en bruke kryssing av en percentilgrense som screeningskriterium, bør undersøkelsen gjennomføres minst en gang årlig. Bruker en bare passering av yttergrensene, 2,5 og 97,5 percentilen, som kriterium, er det tilstrekkelig å undersøke omlag hvert 3. år. Retningslinjer for høydemåling og nye vekstkurver er utarbeidet ved barneklippen ved Haukeland sykehus (1987).

Ryggen

Forekomsten av scoliose som trenger behandling med korsett eller operasjon, er omlag 1-3/1000. Sykdommen kan ubehandlet føre til alvorlige cardio-

logiske og respiratoriske komplikasjoner. Tilstanden er lenge symptomfattig, slik at inntil 70 % av de som trenger behandling, ikke melder seg før utviklingen er kommet langt. Hos de fleste fremstår sykdommen i tilknytning til vekstspurtene i puberteten.

En strukturell scoliose medfører så godt som alltid en rotasjon av ryggvirvlene. Ser en derfor på ryggen bakfra, ber eleven bøye seg halvveis framover, vil en oppdage en høydeforskjell på de to sidene av ryggraden. Dette er en enkel undersøkelse som brukes til screening av scoliose.

Undersøkelser som er gjort i de senere år, har hatt sammenfallende resultater. Vi vet derfor nokså sikkert hva en vil finne ved screening. Resultatene er sammenfattet i figur 1. Av 1000 skolebarn i alderen 10-15 år vil omlag 100 elever (10 %) ha en synlig høydeforskjell mellom de to sidene av ryggstøylene. Disse må så røntgenundersøkes. Det viser seg da at 3/4 likevel ikke har scoliose. 25 elever, 1/4, har en krumning på over 10 grader, som er grensen de fleste setter. Det er 2,5 % av samtlige elever.

Denne gruppen kontrolleres så jevnlig av spesialist i ortopedi inntil lengdeveststopp stopper opp. Av de 25 vil 22 (90 %) enten forbli uforandret eller bedre. 3 vil forverre seg, hvorav halvparten, 1-2 elever, vil måtte behandles med korsett eller operasjon.

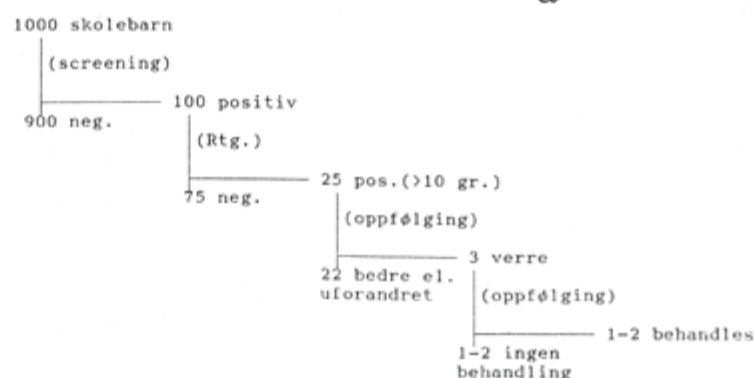
Av 100 barn funnet ved screening, er det altså i gjennomsnitt bare 1-2 som vil trenge behandling. Dette høye antallet falske positive har vært en sterk innvending mot screeningen.

Kostnadene pr. funnet tilfelle er beregnet til kr. 35 000, som nokså sikkert er et betydelig underestimert. I denne prisen er det ikke tatt hensyn til kostnadene av oppfølgingen eller at mange ville ha blitt oppdaget uten screening. I tillegg kommer den tiden som går tapt for pasient-ene og deres familier, og ikke minst den bekymringen som belastes alle de som ikke trenger behandling.

For å bedre dette er det blitt foreslått av enkelte å sette en grense på minimum 1 cm høydeforskjell ved screeningen (1-2 % av barna har en forskjell > 1 cm). Andre har endret henvisningsrutinene, og noen mener det holder med å screene bare ett årskull, f. eks. alle 10-åringene. Alle disse forslagene reduserer arbeidsmengden noe, men vi vet foreløpig ikke hvordan dette virker inn på sensitiviteten av screeningen.

Der screening har vært gjennomført systematisk, har antallet barn som må opereres gått ned. Dette har vært hovedargumentet for å gjennomføre screeningen. Går en imidlertid nøye gjennom flere av disse undersøkelsene, ser en at antallet som behandles med korsett også går nedover. Det må derfor også finnes andre grunner til nedgangen i antallet operasjoner (Walker 1984).

Det er sådd tvil om behandlingen med korsett hjelper. Enkelte mener det ikke endrer forløpet av scolioseutviklingen. Barnas oppfølging av behandlingen er også et problem. Ved en undersøkelse ble det i all hemmelighet plassert elektroder i korsettene for å måle tiden barna brukte korsetten. De fant at i gjennomsnitt ble den brukt bare 18,9 % av den tiden som var foreskrevet. Barna oppgav selv at de brukte korsetten 4 ganger så lenge som de i virkeligheten gjorde.



Figur 1. Resultatet av screening på scoliose på skolebarn i alderen 10 - 15 år.

Det finnes heller ikke klare kriterier for hvem som skal behandles. Ortopedene er også usikre i bedømmingen av rtg. bildene. I en undersøkelse ble noen ortopedier bedt om å bedømme rtg. bildene 2 ganger. I gjennomsnitt var de uenig med sin foregående bedømmelse med +/- 9 grader. Størst var avikene i de alvorligste tilfellene. Det er derfor trolig at flere behandles unødvendig, og vi vet at noen må opereres tross konservativ behandling.

Konklusjon: Det hersker usikkerhet omkring nytten av scoliosescreening, og flere forskere mener at innsatsen ikke står i forhold til utbyttet (Dickson 1983, Berwick 1985, Cross 1982). En kan derfor ikke gi en generell anbefaling om at dette bør gjennomføres. Dette vil en del ortopedier fra sitt ståsted være uenig i. Det er behov for å finne en mer effektiv screeningmetode, og det savnes randomiserte kontrollerte studier av nytten av behandlingen.

I tilfelle en finner det riktig å screene på scoliose, anbefales det at en bruker framoverbøyingstesten, og at dette gjennomføres ved 10-årsalder. De som har en høydeforskjell på mer enn 1 cm på de to sidene av ryggstøtten, henvises til røntgenundersøkelse. De som har en krumning på over 10 grader ved røntgen, henvises til ortoped. Uansett om en velger å screene eller ikke, bør en øke informasjonen om lidelsen til foreldre og lærere (gymnastikklærere).

Andre rygglidelser.

Funksjonell scoliose som skyldes benlengdeforskjell, kan påvises hos opptil 6 % av alle skolebarn. Noen har antatt at en slik benlengdeforskjell kan disponere for degenerative ryggglidelser senere i livet. Disse bør derfor korrigeres ved hjelp av oppbygning av skoene. Langtidsstudier mangler imidlertid. Vi vet heller ikke om behandling ville ha hjulpet. I en norsk undersøkelse på skolebarn var det ingen sammenheng mellom påvist benlengdeforskjell og ryggplager ved oppfølging omlag 10 år senere.

Kyfose kan også påvises. De vanligste årsakene er muskulær insuffisiens og Mb. Scheuermann. Nevnte norske undersøkelse viste heller ikke her at dette er prediktivt for ryggplager senere. Andre undersøkelser har vist at prognosen er relativt god. Bare i sjeldne enkelttilfeller blir behandling nødvendig.

Påvisning av stramme nakkemusklere kan være av verdi. Det kan gi en indikasjon på barnets psykososiale tilstand. Det er også konstatert at stramme muskler har en sikker sammenheng med nakke-/skulderplager senere. Imidlertid vet vi foreløpig ikke om behandling eller andre tiltak vil kunne forebygge utviklingen.

Konklusjon:

Rutinemessig undersøkelse av ryggen med henblikk på holdningsfeil, benlengdeforskjell eller muskelstramminger synes ikke å være indisert med det vi foreløpig vet om lidelsene.

Andre undersøkelser.

Følgende undersøkelser har i tillegg til de 4 nevnte ovenfor blitt evaluert på samme måte:

Vekt
Hjerte
Blodtrykk
Genitalia
Blod
Urin
Psykomotorisk utvikling
Munnhule/svelg
Thyreoida
Lymfekjertler
Lunger
Abdomen

Screening av syn, hørsel, høyde og ryggen kan være omdiskutert. Det er imidlertid betydelig mindre tvil om at de andre undersøkelsene som er blitt evaluert, ikke er egnet til screening.

Sammendrag

Sammenlignet med tidligere virksomhet i skolehelsetjenesten, innebærer konklusjonene i denne gjennomgangen av screeningundersøkelsene en betydelig endring. Utenom synundersøkelse og høydemåling ved skolestart, er det ikke andre undersøkelser som tilfredsstiller kravene WHO og andre setter til screeningundersøkelser. Dette er i tråd med tilsvarende utredninger gjort i Sverige (Bremberg 1982), USA (Cross 1985) og Storbritannia (British Paediatric Association 1987).

Dette har flere forklaringer. Helsetilstanden blant skolebarn har endret seg. Vi har utviklet helsestasjonen. Sykdommer som tidligere ble påvist i skolen, fanges nå opp i førskolealder. Primærhelsetjenesten er bedre utbygd og blitt lettere tilgjengelig. I gjennom-

snitt blir barn i løpet av skolealderen undersøkt av allmennpraktiker omlag 17 ganger, da som oftest i kurativ sammenheng. Hvis allmennpraktikerne gjør et noenlunde godt arbeid, bør det ikke være mange "uoppdagede" problemer igjen etter 17 undersøkelser.

Litteratur:

1. Aasved H. Ophthalmological status of school children with dyslexia. *Eye* 1987; 1: 61-8.
2. Berwick DM. Scoliosis screening: a pause in the chase (editorial). *Am J Public Health* 1985; 75: 1373-4.
3. Bluestone CD, Fria TJ, Arjona SK et al... Controversies in screening for middle ear disease and hearing loss in children. *Pediatrics* 1986; 77: 57-70.
4. Bremberg S. Somatiske helsokontroller inom skolhälsovården. Stockholm: Skolöverstyrelsen, 1982.
5. British Paediatric Association. Health care for children in schools. London 1987.
6. Cross AW. Health screening in schools. Part I. *J Pediatr* 1985; 107: 487-94.
7. Cross AW. Health screening in schools. Part II. *J Pediatr* 1985; 107: 653-61.
8. Dickson RA. Scoliosis in the community. *BMJ* 1983; 286: 615-8.
9. Fabritius HF. Hearing investigations of school children in North Trøndelag county. *J Oslo City Hospitals* 1968; 18: 3-44.
10. Fabritius HF. Veiledning for helse-søstre om hørsel og hørselsundersøkelse. Oslo: Helsedirektoratet, 1979.
11. Polnay L, Hull D. Community paediatrics. London: Churchill Livingstone, 1985.
12. Preece MA. Biosynthetic growth hormone: whom to treat? *BMJ* 1986; 293: 1185-6.
13. Savage MO, Randall RA. Clinics in endocrinology and metabolism, vol 15, no 3, 1968. Growth disorders. London: WB Saunders Comp, 1968.
14. Walker AP, Dickson RA. School screening and pelvic tilt scoliosis. *Lancet* 1984; 152-4.
15. Wilson J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Copenhagen: WHO Publ Health papers, 1968.

Anders Grimsø,
kommunelege i Surnadal.

□

Helsetjenesten i grunnskolen - noen tanker og ideer



Jonny Hovland, Cand med Dublin 1980. Sykehusturnus Gravdal 1981, distriktsturnus Hå kommune våren 1982. Fra august 1982 privat allmennpraksis i Egersund. Bistilling som skolelege, helsestasjonslege og tilsynslege aldersheim i samme periode. Ass.lege barneavd, Sentralsjukehuset i Rogaland 1 år til sept 88.

Bidrag til utpostens essay - konkurranse

Av Jonny Hovland

"Målsettingen med skolehelsetjenesten er å forebygge sykdom eller skade, samt å fremme elevenes totale helse, fysisk, psykisk og sosialt.

Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparat i samfunnet arbeide for å identifisere og løse de helsemessige problemer som knytter seg spesielt til skoleelevenes situasjon".

Forskr. om helsetjenesten i skolen, Sos. dep, nov. 83. (1)

Det praktiske skolehelsearbeidet

Det praktiske skolehelsearbeidet bør i hovedsak baseres på forslag og retningslinjer trykket opp i NOU 1973: 53 og Forskr. om helsetjenesten i skolen, Sos. dep, nov. 83. (2)

Sammenfattet har skolehelsetjenesten to hovedmål:

Forebygge og fremme elevenes totale helse, og identifisere og løse helsemessige problemer som er særskilt aktuelle i skolesituasjonen.

Et viktig redskap i dette arbeidet må være strukturert tverrfaglig samarbeid som skal omfatte helseforebyggende tiltak av generell karakter, og arbeid med enkeltelever med behov for særskilt oppfølging.

Videre påligger det skolehelsetjenesten et visst ansvar bla. mht. integrering av forebyggende helsearbeid i undervisningen.

Til slutt må det diskuteres og forsøkes systematisert behov for og muligheter til evaluering av arbeidet.

Forebygging og fremme av elevenes totale helse

Skolehelsetjenestens fremste oppgave må være å forebygge og fremme elevenes totale helse. Med "totale helse" forstås et utvidet helsebegrep, slik at man arbeider ut fra et helhetlig syn på betydningen av fysiske, psykiske og sosiale faktorer.

Denne oppgaven må ha både kortsiktige og langsiktige mål. For det første må man søke å gi elevene kunnskap om og erfaring med en livsstil som øker deres kroppslige, mentale og sosiale velvære som barn og unge. For det andre har skolehelsetjenesten en viktig oppgave i å legge grunnlaget for at elevene utvikler seg til fysisk friske og psykisk modne, selvstendige mennesker som ønsker og evner å etablere harmoniske og personlighetsutviklende relasjoner til medmennesker, og som er sosialt velfungerende.

Sykdomspanoramaet i befolkningen endres stadig. I dag er de fleste alvorlige infeksjonssykdommer under kontroll. Hygienen i hjemmene er stort sett tilfredsstillende, og vårt sykdomspanorama preges av over- og feilernæring, mer enn av underernæring. Karakteristisk er de såkalte "samsykdommer" sterkt økende, og disse kan gi vansker og lidelser av sosial, psykosomatisk og mental art.

Som en konsekvens av dette endrede sykdomspanorama, er det etter min mening på høy tid at skolehelsetjenesten endrer satseområder fra i hovedsak å søke å forebygge rent fysiske lidelser og problemer, til å forebygge og fremme elevenes mentale helse og øke deres sosiale funksjonsnivå.



E' du i-la'
me' nice?

"Mellommenneskelig kommunikasjon" og "selvaktelse" er sentrale begreper i denne sammenheng, og skolehelsetjenesten bør søke å bidra til å gi elevene grunnleggende kunnskaper om og positiv erfaring med disse begrepene. (Mer om dette i et litt senere avsnitt).

For å søke å nå disse målene kan mange virkemidler nyttes. Et Skolehelseteam ved hver enkelt skole bør bli et viktig instrument i dette arbeidet, og man bør her stå fritt til å nytte de evner, egenskaper og interesser man besitter.

Enkelte sentrale psykiske, sosiale og fysiske faktorer som kan ha betydning for å forebygge og fremme skolebarns helse, skal nevnes:

Psykiske faktorer:

Mellommenneskelig kommunikasjon.
Selvbilde/selvaktelse.
Evne til respekt og empati.

Sosiale faktorer:

Trygt og harmonisk hjem.
Trygt og harmonisk skolemiljø.
Velfungerende sosialt nettverk:
Familie, venner, lekekamerater,
foreninger oa.
Trygt og utviklende lekemiljø.

Fysiske faktorer:

Kosthold og ernæring.
Alkohol, tobakk og narkotika (ANT).
Fysisk aktivitet.
Prevensjon, kjønnsykdommer oa.
Ulykkesforebygging.
Medisinske undersøkelser.
Vaksinasjoner.

Som tidligere nevnt står det enkelte skolehelseteam fritt til å vurdere arbeidsmetoder. Her skal kort skisseres en del mulige virkemidler:

- Kontaktskapende innstilling fra skolehelsetjenestens side, og arbeid for å minimalisere terskel mellom hjem/foreldre/skole og skolehelsetjenesten.
- Individuelle undersøkelser og veiledning. For at utbyttet skal bli godt, forutsettes at helsearbeiderne har den nødvendige tid til disposisjon til hver enkelt.
- Undervisning og veiledning i mindre grupper, i større evt. sammensatte grupper, f. eks. elever/foreldre.
- Diskusjonsmøter, temamøter, prosjekt, temauker.
- Involveringsteknikker som elevøvelser og rollespill.
- Integrasjon av helseopplysning og begrepsformidling i undervisningen.

Det forutsettes at helsesøster og skolelege søker et nært samarbeide med foreldre, skoleadministrasjon, lærerne, PP-tjenesten, fysioterapeut og også ser nytten i leilighetsvis å benytte seg av andre kapasiteter, leg eller lærd.

Identifikasjon og løsning av helsemessige problemer som er særskilt aktuelle i skolesituasjonen

Skolehelsetjenestens andre hovedoppgave bør være å identifisere og løse helsemessige problemer som er særskilt aktuelle i skolesituasjonen.

Undersøkelser viser at selv svært grundige organorienterte undersøkelser ved spesialist i barnesykdommer ikke fører til at det blir oppdaget særlig meget alvorlig sykdom som ikke allerede var kjent. Dette faktum, sammenholdt med et endret sykdomspanorama, bør medføre at skolehelsepersonell blir mer årvåkne overfor psykososiale problemer og feilfunksjon hos den enkelte elev. Man bør derfor oppprioritere søken etter psykososiale feilfunksjoner i forhold til rutineundersøkelser av rent kroppslig karakter.

Videre blir det viktig for skolehelsepersonellet å utvikle kunnskaper om og

ferdigheter i å håndtere psykososiale lidelser og problem.

For å identifisere og løse problemer hos enkelt elever og/eller grupper av elever, kreves mangeartede arbeidsmetoder. Helsesøsters og skolelegens individuelle kontakt med enkelt elever og undersøkelser av enkelt elever bør fortsatt være en viktig del av arbeidsformen, mener jeg. Imidlertid kan man redusere antallet på slike rutineundersøkelser og heller gjennomføre dem etter behov.

Den individuelle undersøkelsen bør da rette seg mot hele spekteret av mulig sykdom eller feilfunksjon, men bør legges opp mht. tid og vinkling slik at man øker muligheten for å oppdage ikke bare fysisk, men også mental og sosial feilfunksjon.

Det er også viktig at den systematiserte individuelle kontakt nyttes til å få fram risikofaktorer hos den enkelte, samt til å formidle relevant helseopplysning.

Med endring av sykdomspanorama er det nødvendig å utvide og systematisere samarbeidet mellom helsepersonell og elevens lærer for lettere å kunne oppdage og forsøke å løse den enkelte elev's problemer. En interessert og oppmerksom lærer vil kunne oppdage symptomer eller feilfunksjon på et tidlig stadium, og også i større utstrekning enn helsesøster og skolelege, som bare er sammen med eleven i forholdsvis korte og sjeldne kontaktsituasjoner.

Helsepersonellet bør gi skolens personale nødvendig kunnskap om hva man bør være oppmerksom på, og hva som kan være tegn på sykdom eller problem. Videre må det utvikles rutiner for trygg og lett tilgjengelig kommunikasjon mellom lærer og helsepersonell. I den grad taushetsplikt synes å være til hinder for slik kommunikasjon, må foreldres, evt. elevs samtykke innhentes.

Sist, men ikke minst, må skolehelsepersonellet søke å bygge ned terskelen mellom skolehelsetjenesten, skole og hjem, slik at både skole, foreldre og elever vet at, og i hvilke situasjoner helsepersonellet står til deres disposisjon. Kunnskap og tilgjengelighet er viktige stikkord her: Vi må sørge for å gjøre oss og våre tjenester godt kjent for skole og hjem, likeså hvordan og når kontakt kan opprettes.



Strukturert tverrfaglig samarbeid

Allerede i NOU 1979: 53 om Skolehelsetjenesten legges det stor vekt på at skolehelsetjenesten søker strukturert tverrfaglig samarbeid med skolen og andre aktuelle faggrupper. Det er essensielt at samarbeidet ikke bare må være tverrfaglig, men også *strukturert*.

Det bør derfor ved hver skole opprettes et *Skolehelseteam*. Skolehelseteamet kan ha som faste medlemmer:

Skolens administrasjon.

Representant for lærerne.

Helsesøster.

Skolelege.

PP-tjenesten.

Skolefysioterapeut, der dette finnes.

I tillegg til faste medlemmer, kan andre innkalles til møte ved behov: Foreldre, klasselærer eller andre aktuelle lærere, sosialkontor og andre.

Skolens helseteam bør ha regelmessige møter, hyppighet avhengig av skolens størrelse og oppgavens omfang. Det må på forhånd foreligge sakliste, og ved evt. tvil om taushetsplikt må tillatelse innhentes.

Skolehelseteamet får to hovedoppgaver:

- helseforebyggende tiltak av generell karakter, og
- arbeid med enkeltelever med behov for særskilt oppfølging.

Integrering av forebyggende helsearbeid i undervisningen

I den tidligere omtale NOU heter det: "Skolen har hovedansvaret for all undervisning, også undervisning i helsefag. Men skolens helsepersonell vil kunne gi verdifulle bidrag både som veiledere for skolen og evt. også ved å delta direkte i undervisningen. Helsepersonellet bør her ha plikt til å tilby sin bistand til skolen og stille seg villig til henvendelser fra skolen om slik bistand".

Tradisjonelt sett omhandler "helsefaget" først og fremst forhold som kosthold, fysisk aktivitet, rusmiddelproblematikk, seksuell læring inkludert en viss prevensjonsundervisning. Dette

var, og er fortsatt, viktige helseforebyggende aspekter, og må fortsatt utgjøre en viktig del av undervisningen. Som tidligere nevnt er imidlertid mentalhygieniske faktorerens betydning stadig økende. To sentrale begreper i denne sammenheng er etter min mening "kommunikasjon og "selvbilde". (3)

Et positivt, godt selvbilde er viktig for god psykisk helse. Mitt selvbilde bygges i stor grad på kommunikasjon. Dersom jeg fra barnsben av lever i et sosialt system hvor kommunikasjonen gjennomgående er uheldig, vil mitt selvbilde etter hvert kunne bli skadelidende. Motsatt fører god og riktig kommunikasjon til høyere selvaktelse og tilfredsstillende selvbilde. I det siste tilfellet legges et grunnlag for utvikling av en moden, harmonisk personlighet som kan gi og ta, akseptere, velge, underordne seg, ta ansvar. Man lærer kommunikasjon og man lærer selvaktelse i det sosiale system man er en del av, først og fremst i familien, men også i stor grad i skolen.

Skolehelsetjenestens store utfordring i dag er etter min mening å utvikle arbeidsmodeller og metoder som kan tilføre elevene og deres familier kunnskap om og positiv erfaring med disse sentrale begrepene for utvikling av modne, harmoniske personer, og for forebygging av psykososial feilfunksjon.

Det er av atskillig betydning at helsepersonell ikke bare deltar i skolens undervisning på forskjellig vis, men at vi også forsøker å bidra til at disse sentrale helsebegrepene finner sin naturlige plass i læremetoder og -midler generelt. Dette arbeidet er selvfølgelig omfattende, og krever stor entusiasme og ikke minst egen kompetanseutvikling.

Evaluering av skolehelsetjenesten

Evaluering av arbeidsmetoder og resultater i skolehelsetjenesten har hittil vært lite utbredt. Knappe ressurser og økende krav til både økonomisk og faglig effektivitet og utvikling, vil imidlertid gjøre slikt arbeid nødvendig.

Man bør etterhvert søke å finne fram til evalueringsmetoder som kan gi grunnlag for kvantifisering og kvalitativ

evaluering av skolehelsetjenesten. Slik metodeutvikling og gjennomføring av evaluering er krevende på alle plan. Man må derfor ta sikte på en gradvis utvikling, i samsvar med kvalifikasjoner og ressurser.

Litteratur:

1. NOU 1973: 53. Skolehelsetjenesten.
2. Forskrifter om helsetjenesten i skolen, Sos. dep, nov. 1983.
3. Virginia Satir: Familieliv, samspill og utvikling. Dreyer 1979.

Jonny Hovland,
Bøckmans gt 18,
4370 Egersund.

□



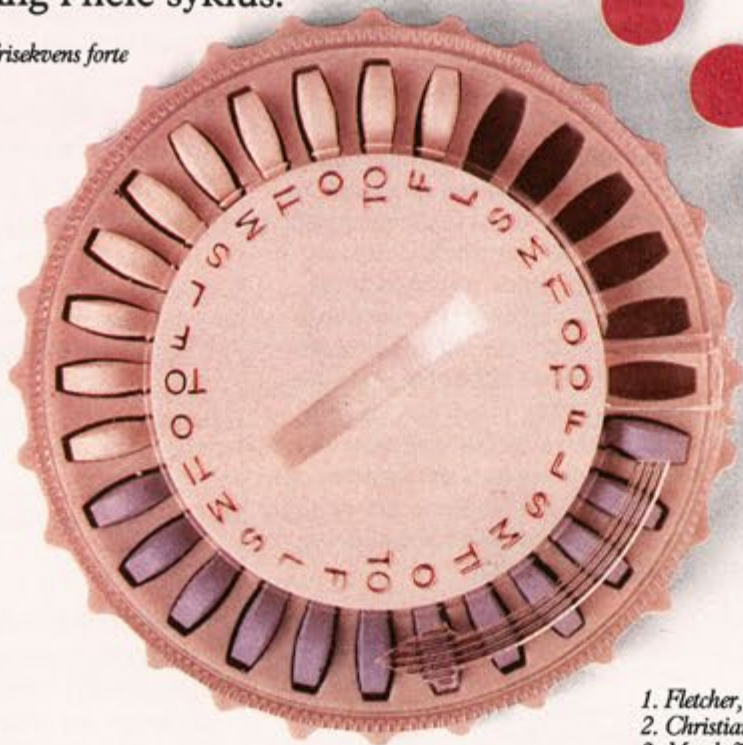
NOVO'S LILLE RØDE

Trisekvens®

Eneste* sekvenspreparat med aktiv behandling i hele syklus.

*Gjelder også Trisekvens forte

Aktive tabletter også i 4. syklusuke gir symptomlindring i hele syklus.



Nøytral lipidprofil^{1,2,3}

1. Fletcher, C D et al, *Maturitas* 1984; 6: 279-83
2. Christiansen, C et al, *Maturitas* 1984; 6: 193-99
3. Munk-Jensen, N (*Pres.Crans Montana* 1988)

C Trisekvens «Novo» C Trisekvens forte «Novo»

Østrogen-progestogen sekvenspreparat. ATC-nr.: G03F B05

TABLETTER: Trisekvens: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver blå tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 2 mg, østrol 1 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Indigotin, jernoksyd.

TABLETTER: Trisekvens forte: Hver pakning inneholder 12 blå, 10 hvite og 6 røde tabletter. Hver gul tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg. Hver hvit tablett inneholder: Østradiol 4 mg, østrol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg. Hver rød tablett inneholder: Østradiol 1 mg, østrol 0,5 mg. Alle tabletterne er filmrasjert. Fargestoff: Jernoksyd.

Egenskaper: Klassifisering: Trefasisk østrogen-progestogenpreparat bestående av de naturlige humane østrogenene 17- β -østradiol og østrol samt progestogenet noretisteronacetat i behandlingsens annen fase.

Virningsmekanisme: Substituerer den reduserte østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelsymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av noretisteronacetat i annen fase av behandlingscyklus (hvite tabletter) fører til en sekretorisk transformasjon av endometriet som avvistes og resulterer i en menstruasjonslignende blødning, vanligvis under tredje fase (røde tabletter). Den lave østrogendosen i tredje fase påvirker ikke blødningen og er i stand til å holde pasienten symptomfri. Den objektive effekt kan påvises i vagina, cervix og endometrium samt ved reduksjon av plasma FSH. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol og østrol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig delvis perifer og delvis i leveren. Utskillelse: Via urin. Undersøkelser med Trisekvens og Trisekvens forte har vist at serumlipidkonsentrasjonene senkes eller forblir uforandret. Ingen signifikante forandringer i leverfunksjonen er observert. Undersøkelser har ikke vist noen forandringer i antitrombin II verdene.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel. Forebygging av knokkemineraltap hos postmenopausale kvinner som er spesielt disponert for osteoporose.

Kontraindikasjoner: Kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometrieplasi eller andre hormonavhengige tumorer skal ikke gis østrogenbehandling unntatt i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Leverfunksjonsforstyrrelser. Bestående eller tidligere tromboflebit, tromboemboliske lidelser, cerebrovaskulær sykdom, koronarforblasselse og klassisk migrène eller med familier disposisjon for slike lidelser. Udiagnostisert, unormal genitalblødning. Delvis synstap eller diplopi. Pgs. vaskulær øyesykdom. Svangerskap.

Bivirkninger: Brystspenning samt blødningsuregelmessigheter initialt, som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektforandringer kan forekomme, men de kliniske undersøkelser har ikke vist noen klar tendens i retning av vektøkning eller vekttap. Blodtrykket har ikke østret under de utførte undersøkelsene.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometrieplasi eller cancer kan forekomme ved østrogenbehandling startes eller fortsettes da østrogen har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Sekvensbehandling med østrogen plus progestogen i annen fase resulterer imidlertid i transformasjon av endometriet som avvistes fullstendig i slutten av hver behandlingscyklus. Nyere

prospektive undersøkelser har vist at slik sekvensbehandling reduserer faren for overstimulering og endometrieplasi. Den kliniske betydning av dette er ikke klarlagt, da sammenhengen mellom hyperplasier og karsinomer i endometriet er usikker. Anamnese: Det er holdpunkter for at overvekt og arvelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometrieplasi, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfellene og der familier disposisjon for slike tilstander er tilstede. Pasienter med epilepsi, migrène, diabetes, astma eller hjerte- og lungesykdom bør kontrolleres omhyggelig, da østrogen evt. kan forverre disse tilstander. Forsiktighet må også utvises ved myomer/kyst av myomer. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammaetumor. Grundig gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig hver 6-12 måned. Seporering: Ved tegn på tromboflebit, tromboemboliske lidelser, akutt hepatitt, migrænelignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-6 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengeleie eller ved immobilitetsrelaterte skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, bør det foretas en undersøkelse for å utelukke evt. maligne tilstander. Behandlingen kan evt. avbrytes med 6-12 måneders intervaller for å klarlegge om fortsatt behandling er nødvendig. Preparatene har ingen kontraseptiv effekt.

Dosering: Anbefalt behandling: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Regelmessige blødninger opptrer vanligvis når de røde tabletterne tas, evt. allerede ved de siste hvite tabletter. Kvinner som beredeses har menstruasjon, begynner behandlingen på 5. menstruasjonsdag. Pasienter som har gjennomgått abrasjon, begynner behandlingen 5 dager etter. Alle andre pasienter kan starte behandlingen når som helst. Generelt bør behandlingen starte med den svake styrke, Trisekvens, og hvis det ikke er oppnådd tilstrekkelig effekt etter 2-3 måneders observasjon, skiftes til Trisekvens forte. Evt. uregelmessige blødninger oppstår under behandling med Trisekvens de første 2-3 måneder av behandlingen, elimineres vanligvis ved å skifte til Trisekvens forte. Hos pasienter med kraftige symptomer bør behandlingen innledes med Trisekvens forte. Alternativ behandling: Kvinner med intakt uterus som ikke vil akseptere månedlige blødninger, kan i postmenopausal behandling med Trisekvens henholdsvis Trisekvens forte innkuttet eller i eks. 1-3 måneders behandling med rene østrogenpreparater. Et slikt behandlingsregime inducerer avstøtning av endometriet med forlengede intervaller. Forglemmelse: Dersom pasienten skulle glemme å ta en eller flere tabletter, fortsettes behandlingen med den første glemte tablett. Den innerste skiven på esken dreies tilbake slik at ukedagen hvor behandlingen gjenopptas, står ut for den første glemte tablett.

Pakninger: Dispenser à 28 stk. og 3 x 28 stk.

NOVO

Novo Industri A.S
Postboks 24
1351 RUD
Tlf. (02)130720



Skolelegearbeidet

Anne Mathilde Hanstad, cand. med.
Bergen 1979. Ass. lege psyk. poli-
klinikk Haukeland sykehus, -81-82-83.
Fra -84 kommunelege 2 i Strand kom-
mune i Rogaland.

Omprioritering i ressursknappe tider.

Av Anne Mathilde Hanstad

Innledning.

Strand kommune i Rogaland har ca 9000 innbyggere. Befolkningen er konsentrert på tettstedene Tau og Jørpeland. Begge steder er utbygd barne- og ungdomsskole. Skolene har skolehelse-tjenestetilbud ved to- (tre) legesenteret Tau og fire- legesenteret Jørpeland. To leger har avsatt tid til henholdsvis 628 og 889 skoleelever. Skolehelsetjenesten på Jørpeland har et "nedslagsfelt" på 889 elever, fordelt på 610 elever i barneskolen og 279 elever i ungdomsskolen (skoleåret 87/88). Siden kommunehelseloven trådte i kraft har fire timer ukentlig vært avsatt til skolehelsetjenesten her. Jeg har i samme tidsrom hatt legeansvaret for denne. Det er ikke laget noen samlet plan for skolehelsetjenesten i kommunen.

Problem.

For de fleste skoleleger har skolehelsetjenesten vært drevet etter NOU 79, 53 (1), modifisert som individuelle helsekontroller i henholdsvis første, fjerde og åttende klasse. Slik også på Jørpeland. NOU 79, 53 inneholder også retningslinjer for individ-/grupperettet helseopplysning om kosthold/røyking/alkohol/samliv etc. (2). I takt med endringene i kurativt arbeid har den faglige profilen i skolehelsetjenesten endret seg i retning psykososiale problemstillinger/livsstilssykdommer oa. Det var tiltakende mengde henvendelser fra foreldre/lærere som fokuserte på slike ting. Vesentlig ungdomsskolelærerne gjorde henvendelser med tanke på å inkludere skolelegen i noen undervisningstimer. De fire timene ukentlig i et "låst" system med helsekontroller levnet få muligheter for slikt tverrfaglig samarbeide. Kommunens helsebudsjett var stramt. En time mer

ukentlig til skolelegearbeide var ikke aktuelt å prioritere. Ca tjuve timer pr. skoleår gikk med til individuelle kontroller av fjerdeklassinger. For meg syntes disse uten stor medisinsk verdi. Kunne vi få til å omprioritere? (3).

Forslag til løsnings-prioriteringer.

Mitt forslag til løsning var at vi:

- 1) Kuttet ut legekontroller av fjerdeklassinger. Disse kunne få undersøkt syn/hørsel oa. ved helsesøster, og ved patologiske funn settes opp til skolelegen.
- 2) De tjuve frigjorte arbeidstimer ble brukt til undervisningsarbeide. Kommunelege I aksepterte forslaget under forutsetning av at det var en "prøve" med tidsbegrensning 1-2 skoleår.

Avtaler med skolen.

I tverrfaglig møte laget vi en "tilbud/etterspørsel" - modell. Tilbudet var at skolelegen var disponibel til undervisning 10 skoletimer i skoleåret. Dette gjaldt bare ungdomsskolen (som har 279 elever). "Etterspørselen" skulle være definert i form av gitt emne/problemområde for de aktuelle timene. Det var viktig at timene skulle være forbedrede rent faglig og presentert på en måte elevene kunne forstå. Spørretimer overlatt til tilfeldighetene blir erfaringsmessig utflytende og lite nyttige.

Gjennomføringen.

Lærerne har benyttet tilbudet i varierende grad. Kontaktformen har vært klassesituasjonen. I alle klassesammenhengene har jeg benyttet overheads som var laget på forhånd, og supplert med kritt og tavle når nødvendig. Fire åttendeklasser har hver for seg fått en time omkring emnet "AIDS" høsten 87, og en time om medisinske skadevirk-



ninger av Alkohol, Narkotika og Tobakk (ANT). Begge disse "seriene" var en del av et opplegg lærerne hadde samarbeidet om og jobbet med i klassene før jeg kom inn. Den samme informasjonen ble gitt til alle klassene. Muligheten til å stille spørsmål ble benyttet i varierende grad, men jeg opplevde et overraskende engasjert publikum!

Niendeklassene ønsket informasjon om Kosthold/Hygiene/AIDS/Samliv/Abortproblematikk. To seanser a to timer i doble klassegrupper har disse fått. Kravene til at stoffet burde være tilgjengelig for elevene (passe mengde stoff, illustrasjoner, det skulle kan hende brukes om igjen), gjorde at arbeidsbyrden ble betydelig større enn de avsatte 20 timene.

Evaluering.

Denne måten å bruke skolelegens tid på er en bevisst omprioritering. Det var viktig for meg å finne ut om den var/er hensiktsmessig. Jeg laget et spørreskjema (fig. 1) som ble presentert for elevene i fire åttendeklasser umiddelbart etter timen om emnet ANT. I de fire timene var totalt 86 elever til stede. Det var klart alt etter første timen at en del spørsmål var for kompliserte. Spørsmål som stilte større krav til svar enn ja/nei, burde vært utelatt. Skjemaet gjør ikke krav på vitenskapelig hold-barhet. Det var tenkt som et mulig arbeidsredskap i videre diskusjon med administrasjon i helseetaten/tverrfaglig samarbeide med skoleetaten. Svarene er talt opp manuelt.

Resultater.

Like mange gutter som jenter besvarte skjemaet; alle 14-åringer. Så godt som alle anga å ha forstått hva jeg sa (spørsmålet var stilt med tanke på medisinske faguttrykk, forklaringsmodeller etc.). Nesten alle anga at de lære noe nytt (men hele 22 mente likevel at læreren kunne gjort det samme).

63 syntes denne formen for "legekontakt" var nyttigere enn individualkontakt på kontoret. 68 ville gjerne ha både legekontakt og undervisning, og viste altså ikke evne til å prioritere. Flest syntes de lærte noe nyttig om skadevirkninger av alkohol. 25 lærte mest om narkotika, bare 6 om tobakk. Har det noe med at informasjon om skadevirkninger av tobakk er presentert i stadige kampanjer i skolen?



Fig. 1. Spørreskjema

Stopp litt! Hjelp skolelegen.

- Vil dere hjelpe meg litt? Bare med å svare på noen spørsmål....
- Du trenger ikke skrive navnet ditt på papiret, bare krysse av for om du er gutt/pike, skriv opp klasse trinn og fødselsår.

- Jeg har bruk for å vite om det jeg sier når fram til deg/om du synes det er nyttig/om du virkelig synes jeg skal komme tilbake/om du tror du vil søke hjelp hos lege hvis du har bruk for det.

- Opplysningene du gir skal ikke brukes slik at noe som helst kan tilbakeføres til akkurat deg.

- Det er for å se om skolelegen skal finne på noe nytt eller om jobben min fortsatt skal være vesentlig å kontrollere dere på kontoret en og en i første, fjerde og åttende klasse.

Sett kryss i rubrikken ved siden av det du mener.

Jeg er gutt jente

_____ fødselsår _____ klassetrinn

Forstod du det jeg snakket om? ja nei

Synes du at du lærte noe nytt? ja nei

Synes du at dette var nyttigere enn kontroll på kontoret? ja nei

Hvis du fikk velge, ville du ha:

- Bare kontroll
 Legekonsult+undervisning.
 Bare undervisning

Lærte du mest nyttig om skader av: (nummerer i rekkefølge)

_____ tobakk _____ stoff _____ alkohol

Er det mange ting du ikke har fått svar på fordi jeg kom i klassen? ja nei

Hvis du har behov for hjelp, tror du at du lettere kommer på kontoret? ja nei

Har disse to timene forandret på ting du tør å si hjemme? ja nei

Tror du læreren kunne gjort det samme som jeg har gjort disse timene? ja nei

Synes du jeg skal komme tilbake i klassen din? ja nei

Synes du jeg skulle kommet på et tidligere klassetrinn? ja nei

Hvis ja, hvilket klassetrinn synes du jeg skulle kommet i?

Hvis du synes jeg skal komme tilbake, hvilken av de tingene jeg har tatt opp i dag synes du jeg skal snakke mer med dere om? (skriv ett el. to emner).

Hadde vi: nok tid for liten tid

Kjente du meg fra før? ja nei

Hvis ja, synes du det gjorde tingene: lettere vanskeligere

Takk for hjelpen - det blir mer spennende å jobbe med skolelegearbeidet når vi kan samarbeide!

66 har sagt at undervisningen senker terskelen for å oppsøke skolelegen på kontoret alene.

73 ønsket at skolelegen skulle komme tilbake i klassen, 6 svarte nei, 6 svarte ikke på spørsmålet.

Når det gjelder å snakke om ANT-problematikk hjemme, senke terskelen til mor og far, har 33 angitt at kunnskap gjorde dette lettere, 52 nei.

Til tross for at de fleste lærte mest nyttig om alkoholens skadevirkninger, var dette også det emnet flest (25) ville høre mer om.

82 anga at de kjente meg fra før. Dette spørsmålet er stilt fordi jeg mener kjennskap betyr trygghet og har en innvirkning på hvordan informasjonen blir oppfattet.

Konklusjon.

Vi valgte å fjerne et eksisterende tilbud innen skolehelsetjenesten og sette inn et nytt. Jeg har stilt meg spørsmålet om hvordan en slik omprioritering fungerte.

I forhold til lærere/pårørende har det gått smertefritt. Det har vært få fjerdeklassinger henvist til meg. Totalbildet fra spørreskjemaene var positivt. Selvsagt kan ikke spørreskjemaet med sin middelmådige kvalitet måle læring og helseeffekt hos elevene. Graden av objektivitet ved gjennomgang av skjemaene er diskutabel. Sammen med "bivirkningene", som er økt samarbeid med skolen, læring ved prøving og feiling for egen del oa, tyder svarene på at undervisning/foredrag i noen tilfeller er å foretrekke framfor individrettede helseundersøkelser. Skolehelsetjenesten har fungert nesten uendret i 70 år (4). Den er blitt lite evaluert.

I hovedsak har den vært en helsekontroll, og endringene i administrasjon av den har ikke forandret seg særlig etter NOU 79, 53. Skolehelsetjenesten har fått O-prioritet i Lønningsutvalgets uttalelse (3). Kommunehelseloven pålegger kommunene ansvaret for forebyggende helsearbeid, herunder skolehelsetjenesten. I ressursknappe tider kan en knapt vente de store krumspring rent faglig, fordi en er vant til å tenke at "nytt" betyr "mer".

Vi valgte en omprioritering, og så langt gir erfaringene mot og lyst til å prøve den ut nok et skoleår. Mange vil argumentere med at få leger er interessert i å undervise i skolen. Det gjør vel lærerne bedre enn oss? Men hvis helse-

vesenet vil følge med på banen, er det viktig å få neste generasjon i tale. Dette er en måte å gjøre det på som jeg også kan anbefale andre å prøve.

Litteraturliste:

1. NOU 79, 53, Skolehelsetjenesten, Universitetsforlaget.
 2. NOU 79, 53, pkt. 7, 3 s. 25.
 3. NOU 87, 23, Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste.
 4. Tdnlf 15, 88 s. 1187.
- Skolehelsetjenesten, Grimsmo A, s. 1191, Livsstil og helsepedagogikk. Braut, Rune Mork og Per Fugelli.

□

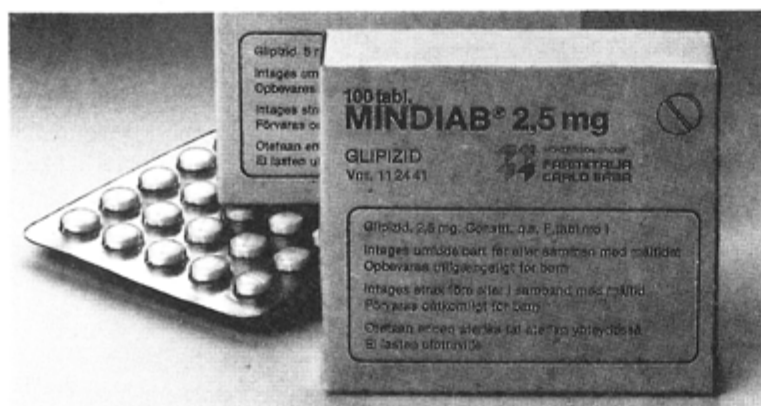


NYHET

Mindiab®

(glipizid)

**ved type 2
(ikke insulinavhengig)
diabetes**



Mindiab® er effektiv
med hurtig blodsukkersenkning
(glipizid) og enkel dosering

- Mindre mulighet for langvarige hypoglykemier (1) (2)
- Biologisk virketid inntil 24 timer (3) (4)
- Doseres en gang pr. dag – før frokost (4) (5)
- God effekt etter flere års bruk (5)
- Rimelig
- Rask effekt; rett etter måltidene (3) (4) (5)

Mindiab® (glipizid) er et originalprodukt fra:
FARMITALIA CARLO ERBA

For ytterligere informasjon, kontakt:



MONTEDISON GROUP

FARMITALIA CARLO ERBA AB

Postboks 53, 1371 Asker. Tlf.: (02) 79 07 60

Referanser:

- (1) **Berger W:** Die relative Häufigkeit der schweren sulfonylharnstoff – Hypoglykämie in der letzten 25 Jahren in der Schweiz. Schweiz med. Wschr. 116, Nr. 5 145–151 (1986).
- (2) **Gries FA:** Düsseldorf, K.G.M.M. Alberti Newcastle Upon Tyne, U.K. Management of Non-insulin-dependent Diabetes mellitus in Europe. A consensus statement. Bulletin International Diabetes Federation. Volum XXXII No. 3. Dec. 1987.
- (3) **Peterson CM et.al:** Diabetes care No. 5, s 497. 1982.
- (4) **Melander A.** Clinical Pharmacology of Sulfonylureas metabolism. Vol. 36 No. 2, suppl. 1, Febr. 1987, pp 12 – 16.
- (5) **Bitzen, PO:** Doktoravhandling, Dalby 1988. Sverige: The early Detection and Treatment of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mell. in Primary Health Care.

Preparatomtale:

MINDIAB (R)

Famitalia Carlo Erba

Antidiabetikum

ATC-nr.: A10B B07

Tabletter 2,5 mg og 5 mg: Hver tablett inneh.: Glipizid 2,5 mg, const. q.s. resp. 5 mg, const. q.s. (delestrek)

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinispil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinispil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiiovaskulære komplikasjoner med ødemtendens.

Absorpsjon: Glipizid absorberes hurtig og fullstendig.

Proteinbinding: Ca. 98% er proteinbundet.

Halveringstid: 3 - 7 timer.

Ved nedsatt nyrefunksjon er halveringstiden for glipizid praktisk talt uforandret, men pasienter med sterkt nedsatt nyrefunksjon må følges nøye.

INDIKASJONER: Diabetes mellitus type II (ikke insulinavhengig) hvor blodsukkeret ikke lar seg normalisere med vektreduksjon eller mosjon alene.

DOSERING: Det er viktig å begynne med adekvat diett i tilstrekkelig lang tid, gjerne 4 - 6 uker, før glipizid gis i tillegg. Individuell dosering, som avhengig av sykdomstilstanden kan variere mellom 2,5 og 15 mg daglig i endose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappevis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om følsomsreaksjoner opptrer med initialdose på 2,5 mg, er dette tegn på at pasienten kan innstilles med diett alene. 2) *Omstilling* fra andre preparater til glipizid: Dersom pasienten har stått på et langtidsvirkende sulfonylurea, bør det legges inn en utvaskingspause på 1 - 2 dager før man starter med glipizid. Har pasienten vært innstilt på preparater med kort halveringstid, kan man skifte over til glipizid dagen etter. Man begynner da med 2,5 - 5 mg. Ved utilfredsstillende innstilling med det preparatet som brukes, begynner man neste dag med 5 mg. Fremgangsmåte forøvrig som ved nyinnstilling. Forbedring av glukosetoleranse etter flere ukers glipizidbehandling kan føre til symptomer på hypoglykemi og nødvendiggjør en reduksjon av dosen(e).

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Hypoglykemi forårsaket av overdosering, interaksjoner eller nedsatt næringsopptak kan gi symptomer som varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet. Ved hypoglykemi gis hurtig absorberbare karbohydrater peroralt. Ved bevisstløshet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning I.V., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protraisert forløp, og krever da overvåking i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)

Sykkelhjelmer

Et kommunalt ansvar?

Av Martin Holte

Et eventyr om samarbeide mellom helsetjeneste, skoleetat, foreldre og Trygg Trafikk.

Ulykker er barns største helseproblem. På landsbasis regner en med ca. 140 000 barneulykker pr. år. Mellom 12 000 - 15 000 behandles hvert år av medisinsk personell for hodeskader etter sykkelulykker. I 1984 var 6 barn drept som følge av sykkelulykker, i 1985 var tallet 8. Sykkelen er involvert i 2/3 av de ulykker som skjer med barn i grunnskolen. Gutter blir dobbelt så hyppig skadet som jenter. 20 % av skolebarns ulykker som fotgjengere og syklisters skjer på vei til og fra skolen. Dette er helsepersonellens hverdag og samtidig hodepine. Hodepine pga. spørsmålet - hvordan redusere ulykestallet og alvorlighetsgraden av ulykkene? Sykkelhjelmer vil mange foreslå - hvorfor?

- Sykkelhjelmer beskytter mot hodeskader.
- Svenskene er flinke til å bruke sykkelhjelmer.
- Sykkelhjelmer begynner å bli in.

Hva vet vi egentlig om bruk av sykkelhjelmer? For det første er det en bedrøvelig ulykkesregistrering i Norge. Ved SIFF er det et arbeid på gang for å systematisere registrering av barneulykker - forøvrig er de faktiske kunnskaper begrenset. Hva skjer med forekomst og alvorlighetsgrad av ulykker etter innføring av sykkelhjelmer - forfatteren er ikke kjent med systematisk oppfølging. Til tross for manglende fakta hevdes det, og med rette, at alle syklisters bør bruke hjelmer. Den beskytter utvilsomt en meget utsatt kroppsdel - hode og hjerne. Hvordan angripe problemet med å motivere syklisters til bruk av sykkel-

hjelmer? Har kommunen ansvar i denne sammenheng? Dette spørsmålet kan besvares på flere måter - kanskje med både ja og nei, men mest ja! Ett ansvar påligger det kommunen - det å drive ulykkesforebyggende arbeid! Dette er klart definert i det siste tillegget til loven om helsetjenesten i kommunene som omhandler miljørettet helsevern. Det betyr at bruk av sykkelhjelmer angår kommunens helsetjeneste.

"Lillehammermodellen".

Forebyggende helsetjeneste kan være diffus og vanskelig å konkretisere - spesielt helseopplysning, men et sykkelhjelmerprosjekt virket konkret og ukomplisert. *Målsettingen* var å få en gruppe skoleelever til å bruke sykkelhjelmer til og fra skolen, for gjennom hjelmerbruken å påvirke medelever og foreldre. For å nå målsettingen var det behov for penger og samarbeidspartnere. Som leder for kommunens miljørettede helsevern tok jeg kontakt med Trygg Trafikk, byens banker og forsikringsselskap med oppfordring til økonomisk støtte av sykkelhjelmerprosjektet. Flere positive svar ble mottatt, og dermed var vi i gang. Trygg Trafikk's distriktsleder var til stor støtte.

Neste trekk var kontakt med pedagogisk senter - vi måtte nå foreldrenes arbeidsutvalg og lærerne ved grunnskolen. Det ble innkalt til møte hvor helsetjenesten, representanter fra pedagogisk senter, lærere og foreldrerepresentanter møttes. Konklusjonen etter møtet var enstemmig positiv - bruk av sykkelhjelmer burde inn i trafikkundervisningen, arbeidsutvalgene ville støtte opp. Full enighet om å satse på elevene som fra høsten -88 starter på 4. klassetrinn - det første skoleåret hvor det er tillatt å sykle til



skolen. Kun økonomien var den begrensede faktor. I utgangspunktet hadde vi plukket ut 3-4 hele klasser som skulle få utdelt gratis hjelm som ledd i trafikundervisningen. Interessen var imidlertid så stor at det ble raskt besluttet å prøve å gi et tilbud til alle 4. klassingene i hele kommunen - prosjektet økte i omfang til nesten det dobbelte (fra kr. 20 000 til 36 000). Forespørsel til skoleetaten om økonomisk bidrag ble til og med besvart positivt!! i disse budsjettkrisetider. Videre økte helseopplysningsutvalget

sitt tilskudd, samt at helse- og sosial-etaten ville dekke det resterende beløp. Prosjektmidlene ble fordelt som tilskudd til sykkelhjelmer kr. 150,- for hver elev. Det resterende ble dekket av foreldrenes arbeidsutvalg.

og er det fortsatt 4. klassinger i Lillehammer så sykler de fortsatt med sykkelhjelmer - og forhåpentligvis mange, mange flere gjør det samme.

En viktig erfaring: Samarbeide mellom helsetjeneste og skoleetat er

spennende, givende og et meget viktig brohode for det meste av helseopplysningsarbeidet i kommunen - en enestående anledning til å nå både barn og voksne.

Litteraturreferanse:

Tone Bergli Joner,
Barnesikkerhetsboka.

Martin Holte,
spesialist i allmenmedisin,
Risvollan Legesenter, boks 3616,
7002 Trondheim.

□

NSAM

Norsk selskap for allmenmedisin

The Norwegian College of General Practitioners

Primærmed. uke

Pressemelding 2 - europeisk konferanse for medisinske bibliotekarer.

Pressemelding

2. - 5. november 1988 møttes 550 bibliotekarer og dokumentalister fra helseinstitusjoner og medisinske bibliotek i 22 europeiske land og de fire andre kontinentene til den 2. europeiske konferanse for medisinske bibliotekarer. Konferansen, som ble arrangert av European Association of Health Information and Libraries i samarbeid med den italienske bibliotekforeningen, ble arrangert i Bologna i Italia i forbindelse med universitetets 900 års jubileum. Temaet for konferansen var: Helseinformasjon for alle - et felles mål. Beskyttere var WHO, Europarådet og EF. Dr. Stephen Lock, redaktør for British Medical Journal holdt hilsningstalen "The professionalization of information". Ellers hadde konferanseprogrammet 95 talere på listen sin, flere fra de nordiske land. Deltagerne

presenterte resultatene av sine arbeider og utvekslet erfaring mht. informasjon i helsetjeneste og biomedisinsk forskning, så vel som i medisinsk historie og bibliotekjeneste. 31 utstillere presenterte også sine produkter og tjenester så vel som onlinesøking i bibliografiske databaser, helselitteratur på optiske plater og programvare for bibliotek. Den ett år gamle foreningen European Association of Health Information and Libraries fikk sitt første egentlige styre hvor dr. V. Comba fra Italia ble foreningens president. Ellers har styret medlemmer fra Belgia, Tyskland, Sveits, Frankrike, England og Norge. Nordens representant er avdelingsleder Ragnhild Lande fra Trondheim. Den europeiske foreningen planlegger å organisere kurs for bibliotekarer hvert år, større etterutdanningskurs annen hvert år og konferanser hvert 4. år. Man håper på denne måten å hjelpe hverandre med å bidra til bedre helseinformasjon i hele Europa.

Primærmedisinsk uke 2. - 6. oktober 1989

Som en del av dere har registrert skal det i høst gå av stabelen en stor og viktig begivenhet i norsk primærmedisin. En hel uke skal stå i primærmedisinens tegn på Soria Moria. Det er Oll og NSAM som står bak, og det er virkelig grunn til å kalle begivenheten både stor og viktig. Det har aldri tidligere vært en så bred markering av primærmedisinen tidligere. For første gang samarbeider to av primærlegenes spesialforeninger om et større arrangement. For første gang kan en delta på to av primærlegeforeningens årsmøter uten å måtte være borte fra arbeidet for lenge. I denne uka går allmenmedisinen og samfunnsmedisinen virkelig hånd i hånd.

Uka vil inneholde en rekke aktiviteter. I alt blir det arrangert 13 forskjellige kurs, tre av kursene er laget for leger og medarbeidere

sammen. Det blir frie foredrag og posters. Det blir utstilling fra industri, fag og kultur. Årsmøter og årsfest blir det selvsagt også. Og endelig blir det muligheter for sosialt samvær og ulike kulturelle opplevelser. Den primærlege finnes knapt som ikke finner noe av interesse på Soria Moria denne uka.

Synes du dette høres kjempeartig ut? Klør du etter å melde deg på? Vær sikker, du skal få sjansen. Alle primærleger får tilsendt program og påmeldingsskjema i mai. Husk å melde på lege-sekretæren din også!

□

Prosjekt barneulykker i Vestfold.



Vidar Bjørn rundet 40 år i høst. Eksamen Oslo 1979, turnus Askim og Gol, deretter allmennpraktiker på Gol. Ass. fylkeslege/sosialmedisinsk sektor i Vestfold fra 1982. Opptatt av svakstilte grupper situasjon og av helseplanlegging. Mellomfag i sosiologi er hans nyttigste ballast for å bli en bra folkehelse-arbeider. MHA-studiet i Oslo fra høsten 1988.

Et program for ulykkesforebyggende arbeid

Av Vidar Bjørn

Da loven om kommunehelsetjenesten kom i 1984, ble det for første gang slått fast at kommunen har et samlet ansvar for all primær helsetjeneste - også det forebyggende arbeidet. Etter et bredt anlagt utredningsarbeid (NOU 1984: 28) ble det ved Odelstingsproposisjon nr. 40 (1986-87) fremmet forslag om tillegg til kommunehelseloven som erstatning for Sunnhetsloven av 1860, nemlig kapittel 4a om Miljørettet helsevern. Loven ble vedtatt og gjort gjeldende fra 01.01.88.

Også lovens § 1-4 ble endret og vesentlig utvidet. Her siteres et viktig utdrag av lovteksten:

Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helse-tilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helse-tjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.

Ulykker som folkehelseproblem

Mot denne bakgrunnen av et helt ferskt helsepolitisk styringssignal skulle det ikke være noe problem å argumentere for at ulykkesforebyggende arbeid er en viktig oppgave - også for kommunene:

- Som dødsårsak rangerer ulykker som nr. 4 blant folkesykdommene.
- Når det gjelder barn dør omtrent like mange av skadene etter ulykker (ca. 90 pr. år) som av samtlige andre sykdommer tilsammen når perinatalperioden holdes utenfor.
- Ulykker rammer barn og unge hyppig,

og på listen over tapte leveår pr. dødsfall topper ulykker som årsak - bare hjerte/kar-sykdommene og kreftsykdommene stjeler flere år fra befolkningen.

- Ulykker er nest hyppigste årsak til sykefravær - etter luftveissykdommene, men før f. eks. muskel/skjelett-lidelsene.
- Som årsak til totale samfunnsøkonomiske kostnader rangerer ulykker som nr. 4, etter hjerte/kar, muskel/skjelett og nervøse lidelser.
- I forhold til sammenlignbare land ligger vi i Norge dårlig an når det gjelder barneulykker generelt, og særlig på feltet hjem/fritidsulykker og ulykker relatert til skadelige eller uheldig utformede produkter.
- Når det gjelder trafikkulykker, ligger vi relativt godt an i forhold til sammenlignbare land, men det forhindrer ikke at trafikkulykkene i Norge fortsatt er et av våre største folkehelseproblemer.

Helse for alle i år 2000?

Ulykkesforebyggende arbeid fortjener en plass høyt på prioriterings-lista over folkehelseproblemer som det må arbeides bedre med i tida framover - og i det helsepolitiske manifestet "Helse for alle i år 2000?" er delmål 11 gitt følgende utforming:

"Innen år 2000 skal ulykkesdødsfallene reduseres med minst 25 % gjennom intensivt arbeid for å redusere trafikkulykker, hjemmeulykker og arbeidsulykker".

Hvorfor et program for ulykkesforebyggende arbeid i Vestfold?

I 1982 ønsket fylkeslegen i Vestfold og barneavdelingen på Vestfold sentralsykehus å gjøre en innsats på dette feltet. Temaet barn og ulykker var blitt fokusert fordi feltet stod i grell kontrast til de gode resultater som etterhvert er oppnådd på andre områder av forebyggende helsearbeid blant barn. Det sentrale Handlingsutvalget mot barneulykker (HUMBU) var etablert, og ønsket å initiere og støtte lokale prosjekter. Lokale frivillige organisasjoner sa seg villige til å yte økonomisk bistand.

Prosjekt barneulykker i Vestfold.

Da prosjektet ble planlagt, var det en klar forutsetning at det skulle være mer aksjonsorientert enn forskningsorientert. Allikevel ville vi ha en lokal registrering som utgangspunkt for arbeidet. Det var tre årsaker til dette:

- Vi ønsket lokale data som basis for det forebyggende arbeidet for å øke den psykologiske slagkraften i aksjonsfasen.

- Vi så muligheten av å ansvarliggjøre helsearbeidere i hele fylket for den seinere aksjonsdelen ved å trekke dem inn allerede i registreringsarbeidet.

- Det forelå på den tida bare sykehusbaserte ulykkesregistreringer, og en totalregistrering av ulykkesdata fra alle nivåer i helsevesenet var aldri gjennomført i større skala i Norge.

Prosjektet bar derfor i seg muligheter for vitenskapelig allmenn verdi.

Vi planla derfor et treleddet prosjekt:

- registrering
- analyse
- aksjon

Internt ble den prosjektorganiserte arbeidsmåte en ny og spennende erfaring. Ass. fylkeslege var prosjektleder/koordinator som holdt trådene samlet og hadde framdriftsansvar - og ellers deltok en stor del av staben med ulik innsats i prosjektets ulike faser. Særlig i registreringsfasen må alle medarbeiderne i perioder ha følt at "akkurat nå er det jeg som holder prosjektet i gang" - og det er riktig. Vi har etterpå sett at vi arbeidet etter samme

prinsipp som i sykkelportens lagtempo-øvelse: etter tur - etter kompetanse og kapasitet - gikk vi i teten og dro lasset, eller la oss bak og "hvilte". På denne måten utnyttet vi etatens og de enkelte medarbeidernes kapasitet til grensen eller over det vi trodde var mulig, og fikk gjort svært mye arbeid uten at det i vesentlig grad gikk ut over andre prioriterte oppgaver.

Registreringsfasen.

Vi hadde den ideelle målsetting at vi skulle skaffe data om samtlige ulykker som brakte barn under 15 år i kontakt med helsevesenet i Vestfold i perioden 1.9.1983 til og med 31.8.1984. Vi la betydelig arbeid i å motivere helsearbeidere både i og utenfor institusjon for et samarbeid om å få gode resultater. Vi la ut spørreskjema på i alt 389 punkter i fylket, og ba helsearbeiderne om tre ting:

- Å dele ut skjema.
- Å motivere på ørende til å fylle det ut og sende et i konvolutt som var adressert og frankert på forhånd.
- Å registrere navn og adresse på de som hadde fått utlevert skjema på en liste.

Pårørende eller barna selv skulle fylle ut spørreskjemaet med enkel avkrysning. Helsearbeiderne skulle med jevne mellomrom sende registreringslistene til oss, slik at vi kunne purre på dem som ikke svarte spontant.

Ved et slikt opplegg er det to bortfallsmuligheter:

- at skjema ikke blir utlevert ved kontakt
- at den spurte unnlater å svare

Den store metodologiske svakhet i vår registrering knytter seg til det første punktet - at oppfølgingen fra de lokale helsearbeiderne varierte sterkt fra kommune til kommune, fra person til person, og over tid. Denne delen av prosjektet er vurdert nøye og omtalt i Rapport nr. 1 (jfr. litteraturlisten). Helsearbeiderne registrerte totalt 3413 ulykker - som betyr at 7,6 % av fylkets barn var i registrert kontakt med helsevesenet etter en ulykke i perioden. Tallet varierte fra 11,1 % til 3,4 %

mellom kommunene. Gjennom ulike tilnæringer har vi antatt at 5000 er et sannere tall, og at ca. 13 % av barna antakelig har vært i kontakt med helsevesenet etter en ulykke i perioden. I så fall registrerte vi ca. 2/3 av tilfellene. Dette bortfallet var betydelig mindre blant de som ble behandlet ved sykehus enn av primærhelsetjenesten.

Når det gjelder det andre punktet - svarprosenten blant de som fikk utlevert skjema - er vi fornøyd: 60 % svarte spontant, og etter purring kom den samlede svarprosenten opp i 91. Av de 3413 registrerte ulykkene har vi således data om 3095.

I denne fasen av arbeidet hadde vi svært god støtte av helsesøstrene i kommunene - de ble vårt brohode til de øvrige helsearbeiderne i lokalmiljøet. Vi har inntrykk av at denne bevisste satsingen på å samarbeide med den yrkesgruppen som både ideologisk og faktisk er mest engasjert i forebyggende helsearbeid, var viktig for de seinere faser av prosjektet. Vi tror at helsesøstrenes store innsats hadde sammenheng med at prosjektet innebar synliggjøring og statusheving av deres virkefelt.

Analyse av datamaterialet.

Her skal bare gis en summarisk oversikt over hvilken type resultater som vi la vekt på å få fram. Vi hadde hele tida for øyet at vi skulle lete etter analysevinkler som gav forståelse og matnyttig rettleiding for det forebyggende aksjonsarbeidet. Analyse-fasen løper parallelt med aksjonsfasen, og flere temastudier som her omtales, er foreløpig ikke skrevet ferdig og publisert. Her skal gis eksempler på vinklinger som ble valgt:

- Ulykkesbildet i kommunene. Vi mente det var viktig at kommunene fikk en mest mulig direkte tilbakemelding om ulykkesbildet hos dem selv, til sammenligning med fylket ellers, og som konkret utgangspunkt for egne analyser og direkte innsats. Noen av kommunene hadde fått så dårlig system på innrapporteringen at resultatet de fikk tilbake selvfølgelig også var ufullstendig. Disse fikk vår vurdering av holdbarheten av data tilbake sammen med en anbefaling å legge mer vekt på fylkesgjennomsnittet enn på

⇒

kommunens egen data i det forebyggende arbeidet.

- Ulykkesfordelingen etter sted. Vi mente det var viktig for de forebyggende tiltak å ha realistiske forestillinger om hvor barn kommer til skade, for derfor å kunne påpeke hvor ansvaret må ligge for å gjøre noe med problemene. Figur 1 viser i to sirkeldiagrammer hvordan stedsfordelingen var for a) alle ulykkene og b) de 17 % av ulykkene som ble kodet som moderat eller mer alvorlig. Vi ser at hjemmeulykkene dominerer, også blant de mer alvorlige ulykkene. Skoleskadene var mer dominerende i vår undersøkelse enn i noen andre vi vet om, og også her er ulykkene gjennomgående bare litt mindre alvorlige enn i totalmaterialet. I de periodene og på de stedene det skjer mange ulykker totalt (høy risiko), skjer det også mange alvorlige ulykker.

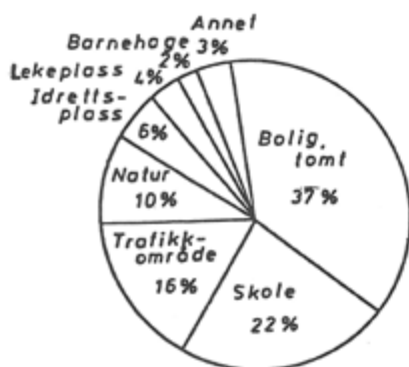


Fig 1.a Fordeling av alle ulykkene etter ulykkessted. (n=3095)

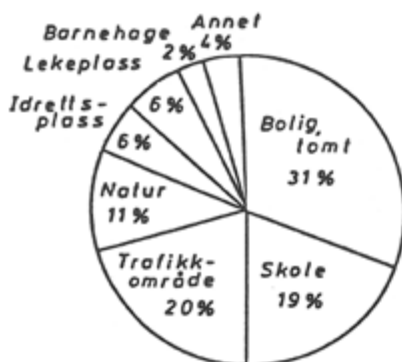


Fig 1.b Fordeling av de moderate og alvorlige ulykkene (AIS 2-6) etter ulykkessted. (n=505)

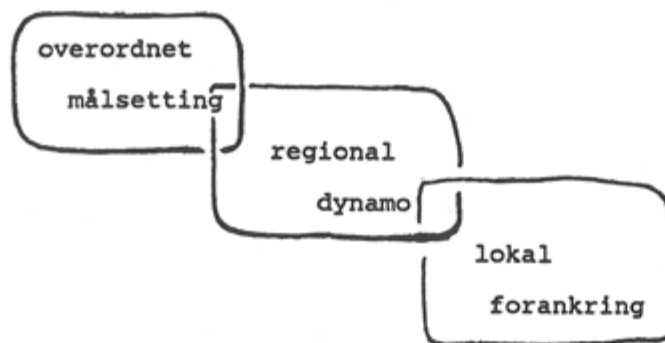


Fig. 2.

- Ulykkesfordelingen etter type og alder. Forgiftningsulykker rammer nesten bare barn inntil 3 leveår. Trafikk-skadene kommer med full tyngde allerede i aldersgruppen 3-6 år. Hodeskadene er ofte alvorlige, og skjer særlig ofte i tilknytning til uforsiktig sykling uten hjelm. Dette er eksempler på typer informasjon som er viktig for forståelsen av hvilken informasjon og hvilken metode som bør velges i forhold til ulike målgrupper.

- Temastudier med mer detaljert analyse av avgrensede problemområder. Som eksempel kan tas skoleskader: De alvorligste ulykkene skjer på skoleveien, sykkel er svært ofte inne i bildet. De fleste ulykkene skjer i skolegården, og skyldes uforsiktig leik, særlig på glatt underlag. Ikke noe sted eller på noe tidspunkt skader barn seg så ofte som i friminuttene i skolegården.

En rekke teamstudier er planlagt, og det er vår egen kapasitet som setter grensen for hvor mye kunnskap som kan presses ut av datamaterialet.

Aksjonsfasen.

Da vi startet prosjektet Barneulykker i Vestfold, hadde det sentrale Handlingsutvalget mot barneulykker vært i funksjon en tid. Helsesøsterprosjektet i regi av Nasjonalforeningen for folkehelsen var igang, og innebar at bl. a. 3 kommuner i Vestfold prøvde ut lokale arbeidsgrupper som metode i ulykkesforebyggende arbeid. Alt i alt var det på det tidspunktet godt dokumentert at metoder forankret i kunnskap om lokale risikoforhold, lokale nettverk og ressurser som kunne aktiviseres, var et effektivt og nødvendig supplement til tiltak på andre plan i en samlet strategi

for forebygging av barneulykker. Erfaringer annensteds fra hadde vist at det var mulig å forebygge fra 30 til 50 % av alle barneulykker med relativt enkle midler.

Aksjonsmål.

Vår hovedmålsetting i aksjonsfasen var derfor å bidra til at det i alle kommunene i fylket fantes lokale arbeidsgrupper opprettet, skolert, i arbeid. I tillegg ønsket vi å etablere en fylkeskommunal samordningsgruppe for å forene kreftene til de ulike instanser som har interesse og ansvar i ulykkesforebyggende arbeid. Vi håpet også å kunne bidra med våre resultater og erfaringer overfor de myndigheter som sentralt i forvaltningen har ansvar for ulykkesforebyggende arbeid. Vi så vår plass i bildet som den "regionale dynamoen" slik vår forståelse av et program for ulykkesforebyggende arbeid er framstilt i figur 2.

Aksjonsmidler.

Fylkeslegekontoret er jo et forvaltningsorgan - og hverken forskningsoppgaver eller aksjonsarbeid er tenkt inn i bemanningsplanen. Det økte derfor i betydelig grad vår kapasitet at vi i aksjonsfasen klarte å reise midler til å engasjere en prosjektmedarbeider i hel stilling i den perioden aksjonsarbeidet var mest intenst - fra april 1986 og ut 1987. Både Helsedirektoratet, fylkets trafikksikkerhetsutvalg og fylkeskommunen ("vinmonopolpengene") ytet sitt. I 1988 har vi prosjektmedarbeider i halv stilling - jfr. seinere. Aksjonsarbeidet kan deles i to faser:

Fase 1:

Vi inviterte fagfolk, politikere og frivillige organisasjoner til skolerings- og

ide-konferanser, og tema for disse var ulike sider ved tema som:

- ulykker som helseproblem,
- forvaltningsansvar for ulykkesforebyggende arbeid,
- metoder i ulykkesforebyggende arbeid,
- organisering og samarbeid i ulykkesforebyggende arbeid.

Vi inviterte oss selv til møte med fagmiljøet i hver enkelt av kommunene i fylket med dagsorden omtrent slik:

- ulykkesbildet i kommunen,
- påpekning av ansvar for forebyggende tiltak - jfr. Lov om helsetjenesten i kommunene og NOU 1984:28 om Helsesrådstjenesten,
- motivering for at ansvaret blir akseptert av fagfolkene og politikerne i lokalmiljøet,
- veiledning i metoder i arbeidet,
- tilby vår hjelp.

I denne fasen så vi til fulle betydningen av at vi hadde involvert helsearbeiderne i lokalmiljøet på et tidlig tidspunkt i prosjektet. Særlig var helsesøstrene på offensiven nå. De så på våre besøk som en konkret håndsrekning og støtte i sitt motiveringsarbeid overfor samarbeidspartnere når de skulle organisere lokalt forebyggende arbeid - og ble nesten uten unntak den lokale dynamoen i aksjonsarbeidet som fulgte.

Det lokale aksjonsarbeidet er blitt organisert etter ulike modeller i kommunene - egne frivillige grupper, grupper av tjenestemenn i kommunale etater, kombinasjonsgrupper - eller oppgavene er blitt bakt inn i mandatet til eksisterende grupper som helseopplysningskomite, barneplanutvalg eller lignende. Ved utgangen av 1987 var det 21 kommuner i Vestfold (fra 1.1.88 bare 15 etter 3 sammenslåinger) - og av de da 21 kommunene var det 5 som etter det vi har klart å registrere, ikke hatt tatt noen initiativer i å organisere sitt ulykkesforebyggende arbeid. Disse kommunene vil bli gjenstand for spesiell spiss-innsats fra vår side i tida framover. I en tid med mange nye, store og vanskelige nye oppgaver for de ferske helse-etatene i kommunene er

vi imponert over hvilken innsats som er lagt for dagen i dette arbeidet.

Arbeidet i en fylkesregional samordningsgruppe er nok den delen av de opprinnelige planene som har fungert dårligst i prosjektet. Som gruppe fungerer dette forum bare som et rådgivningsorgan for prosjektleder og prosjektmedarbeider når vi selv innkaller til møte, og det er i og for seg viktig nok for oss. Men vi hadde håpet at arbeidet i denne gruppen i større grad skulle bli et kraftsentrum og ideverksted for offensive tiltak i de deltagende etaters regi - alene eller sammen. Dette har bare fungert i forbindelse med trafikkisikkerhetsarbeid, og i det arbeidet er veimyndighetene pådriverer - og vår etat deltar på lik linje med skolemyndigheter og politi. Initiativet til en fylkesregional samordningsgruppe har i alle fall bidratt til å knytte nettverkene tettere i det ulykkesforebyggende arbeidet i ulike etater i fylket.

Fase 2:

I 1986 ble fylkeslegen i Vestfold sammen med fylkeslegen i Sør-Trøndelag og Rogaland invitert av Miljøverndepartementet ved Statens forurensnings-tilsyn (SFT) til å ta del i et samarbeidsprosjekt for å prøve ut modeller for lokalt ulykkesforebyggende arbeid - særlig med tanke på produktrelaterte ulykker og ulykker blant småbarn. Prosjektet har fått betegnelsen "Sikkerhet for aktive barn". Samtidig gjennomfører SFT sammen med fylkeslegen i Rogaland også prosjektet "Trygghet i eldre år". Formålet er blant annet å komme fram til modeller som kan danne grunnlaget for et landsomfattende program for ulykkesforebyggende tiltak. Vi fant det av flere grunner formålstjenlig å gå inn i samarbeidsprosjektet:

- Vi ønsket å stille våre kunnskaper og erfaringer til disposisjon for sentrale myndigheter.
- Våre planer om å nedfelle erfaringer og kunnskaper i veilednings-materiell kunne lettere realiseres i et større samarbeid.
- Samarbeidet innebar at vi kunne beholde en prosjektmedarbeider i lengre tid - foreløpig i halv stilling ut 1988.

Aksjonsmidlene i denne fasen har på den ene siden fått mer publikumsrettet kampanjepreg (sikkerhet i bil, sikkerhet i bolig osv.), og på den annen side mer håndfaste uttrykk i form av materiell (håndbok i lokalt ulykkesforebyggende arbeid, veilednings-mapper for foreldre, brosjyrer osv.). Profesjonaliteten er ivaretatt ved at større ressurser er lagt i prosjektet enn et enkelt fylke kunne klare, og aktualiteten er ivaretatt ved at prosjektet i utstrakt grad kunne basere seg på erfaringer som var samlet allerede.

Det står ikke til å nekte at mange kolleger i helsevesenet både lokalt og i fylket er skuffet over at det er Miljøverndepartementet ved SFT og ikke sosialdepartementet som for tiden er pådriveren i ulykkesforebyggende arbeid, og finner plass til det i sine budsjetter. SFT har på sin side sett at sentrale helsemyndigheters forlengede arm i fylkene - fylkeslegeetaten - var en nødvendig medspiller når man ønsket å nå helsearbeiderne i kommunene. Vi er kjent med at det for tiden foregår avklaringer på høyt nivå i sosial- og miljøverndepartementene om framtidig fordeling av oppgaver og ansvar for ulykkesforebyggende arbeid.

Litteratur:

1. Barneulykker i Vestfold. Totalregistrering av barneulykker i Vestfold fylke i en ett-års periode 1983-84. Fylkeslegen i Vestfold, Tønsberg 1985.
2. Eva Almhjell: "La barna gå oss til hodet!" Prosjekt barneplan/Vestfold. Rapport fra forsøksperioden 1985-86. Fylkesmannen i Vestfold, Tønsberg 1987.
3. Rapport fra Skoleringsforum i samfunnsplanlegging i Vestfold 1986-87. Vestfold fylkeskrets av Norske kommuners sentralforbund, Tønsberg 1987.

Vidar Bjørn,
Fylkeslegen i Vestfold,
boks 670, 3101 Tønsberg.

□

Voldsproblematikk på institusjon for psykisk utviklingshemmete



Silvia Braut, Cand.med. Oslo 1980. To år allmennpraksis. Fra 1984 lege ved Nærlandsheimen.

Av Silvia Braut

Nærlandsheimen sentralinstitusjon for psykisk utviklingshemmete har siden 1986 gjort systematiske registreringer av fysiske forulempninger mellom klientene. Episoder av slag, spark, bitt ol. som personalet ikke rakk å avverge, forekom med en hyppighet av 146 - 236 ganger i løpet av 4-ukers registreringsperioder (Fig. 1).

Problemet har klar sammenheng med for store klientgrupper i forhold til klientenes funksjonsnivå. At det er spesielt høy forekomst av vold mellom klienter ved Nærlandsheimen, skyldes nok til en stor del at der er spesielt mange klienter med lavt funksjonsnivå, manglende kommunikasjonsferdigheter og autistisk/psykotiske trekk. Opphopningen av slike klienter ved Nærlandsheimen skyldes en arbeidsdeling mellom de to sentralinstitusjonene i Rogaland, der de "vanskeligste" klientene ble plassert på Nærland.

Det er enighet blant fagfolkene ved institusjonen og i Fylkesteamet for HVPU at løsningen ligger i å dele opp i mindre bogrupper. Samtidig må det skje en faglig opprustning slik at det kan arbeides mer målrettet med aktivisering og trening av klientene. At dette er en effektiv vei å gå, viser resultatene av tiltak som institusjonen har satt i gang (Fig. 2). Men institusjonen har bare hatt råd til noen få forbedringer, og har ikke hatt mulighet til å få bukt med problemet innen de økonomiske rammer som blir gitt.

Da de første registreringene var klare, ble problemet lagt fram for Fylkeslege og Fylkeslegen. Fylkeslegen koplet inn Helsedirektoratet allerede våren -86.

De fylkeskommunale myndighetene sa seg enig i institusjonens forståelse av problemet og mulige løsningsmodeller, men så seg under henvisning til dårlig økonomi ikke i stand til å sette i gang tiltak.

I september -86 ba så Fylkeslegen Helsedirektoratet å vurdere om det kunne gis pålegg om forbedringer etter paragraf 18 i sykehusloven. Helsedirektoratet ba om et møte med fylkeskommunale myndigheter, og dette ble avholdt jan. 87, med Fylkeslegen og representanter fra Nærlandsheimen og NFPU til stede.

Fylkesmyndighetene fremholdt igjen fylkets vanskelige økonomiske situasjon, og kunne bare gå med på tiltak som ikke krevde økonomiske uttelling. Helsedirektoratet skrev i sin rapport etter møtet at "En vesentlig bedring av klientenes leve-kår under oppholdet ved institusjonen vil neppe kunne oppnås uten økt tilførsel av ressurser", men inntok ellers en vent og se holdning og skrev "Dersom forholdene ved institusjonen ikke endrer seg til det bedre innen rimelig tid, vil man måtte vurdere pålegg i hht. sykehuslovens paragraf 18".

I løpet av 1987 sendte institusjonen jevnlig rapporter til Fylkeslege, Fylkes-team, Fylkeslege og Helsedirektoratet om situasjonen. Rapportene fortalte at forekomsten av klientvold fortsatt var like høy. Det kom ingen reaksjoner på disse rapportene fra Helsedirektoratet. Høsten -87 ba Fylkeslegen Helsedirektoratet om å ta opp igjen spørsmålet om å bruke paragraf 18. Sommeren -88 konkluderte styret for Nærlandsheimen med at situasjonen fortsatt var like ille, og etterlyste handling fra Helsedirektoratets side. Riktignok hadde fylkets helse- og sosialstyre våren -88 bevilget 1,5 millioner kroner til tiltak mot klientvold, men det var vanskelig å få godkjent tiltak til å bruke disse pengene på. Høsten -88 ble det likevel gitt tillatelse til å bruke pengene til å opprette et nytt botilbud for tre klienter fra avdelinger som var sterkt belastet med hensyn på klientvold. Dette er absolutt et skritt i riktig retning, men for å få bukt med forulempningsproblemene er det nød-





vendig at ytterligere 15 klienter får et nytt botilbud.

August -88 kom så Helsedirektoratet med et nytt brev til Rogaland Fylkeskommune, der de gir varsel om at pålegg om forbedringer etter paragraf 18 kan bli gitt. Samtidig skrev Helsedirektoratet at de overfor Sosialdepartementet ville ta opp muligheten for å øke gjesteklientprisen ved Nærlandsheimen, slik at fylket hadde muligheter for å få inn igjen noen av merutgiftene ved å forbedre forholdene.

Fylket fremholdt i sitt svar av 16.09.88, at de i dagens situasjon ikke hadde noen økonomiske midler å tilføre institusjonen.

Til nå har vi ikke hørt noe mer fra Helse-direktoratet. Når jeg skriver dette sammendraget er vi kommet til 31. desember. 1988 ebber ut. Vil 1989 bli det året der noen velger å gjøre noe med problemet?!

Da mine kolleger og jeg begynte å arbeide med saken, var vi naivt overbevist om at når vi bare klarte å dokumentere virkningene av ressursmangelen på en saklig og faglig forsvarlig måte, så ville de folkevalgte og våre faglig og administrativt overordnede organer gjøre noe for å rette på forholdene. Jeg kan ikke godta at det i Norge skal være økonomisk umulig å gjøre noe med livssituasjonen til mennesker som lever under daglig stress og angst for fysiske overgrep.

-  Grend I
-  Grend II
-  Grend II
-  Arbeids/aktivitetssektor

I hver Grend bor 60 - 70 klienter

Tabell 1

Registrering av fysiske forulempninger mellom klienter 2 - 29 mars 1987 Nærlandsheimen, Grend II.

Type forulempning	Antall
Slag	70
Spark	10
Bitt	10
Klyp/klor	72
Riving i hår	16
Kraftig dytting	11
Annet	6

Fysiske skader	Antall
Blåmerker	26
Sår/skrammer	11
Bittmerker	5
Avrevet hår	6

Offerets reaksjon	Antall
Redsel/flukt	70
Forsøkte å beskytte seg	41
Gråt/skrik	19
Forvirring	2
Motagresjon mot forulemperen	10
Aggresjon mot andre	2
Selvskading	14
Gikk løs på inventar eller klær	6
Tilsynelatende ingen umiddelbar reaksjon	45

Fig. 2

Resultater av interne tiltak mot klientvold ved Nærlandsheimen.

Antall registrerte forulempningsepisoder:

Avd:	Vår 86	Høst 86	Vår 87	Høst 87
X	72 *	34	26	54
Y	22	19 *	12	15
Z	-	40	69 *	25

* - Tiltak iverksatt

Silvia Braut,
Nærlandheimen,
4350 Nærbø.

Antall forulempninger

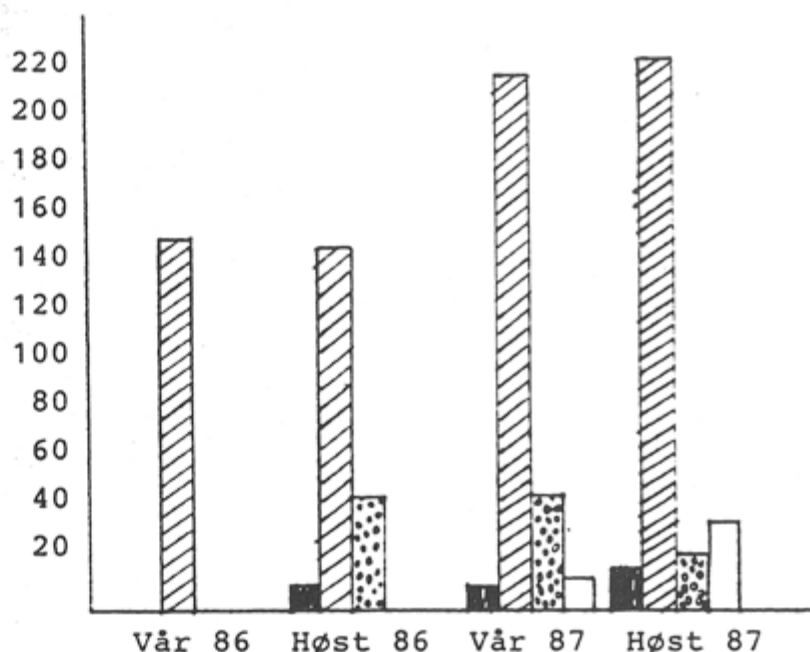


Fig. 1

Registrering av fysiske forulempninger ved Nærlandheimen. Hver registreringsperiode er på 4 uker.

Minst til de som trenger det mest

Av Egil Willumsen

Beskrivelsen fra Nærlandheimen gir grunn for mange følelser, refleksjoner og ennå flere spørsmål. Det mest påtrengende er naturligvis om dette er velferds-Norge 1989? Undertrykkning av svake, uskyldige og forsvarsløse. Vi kjenner igjen trekkene fra Reitgjerdet. Historien gjentar seg, og vi gjenkjenner ulike symptomer på forsvar, fortregning og ansvarsfraskrivelse, uttrykt gjennom standardformuleringen:

"Vi kan ikke foreta oss noe så lenge det ikke er penger".

Og i et samfunn hvor økonomi og penger er idolene over alle idealer blir dette akseptert, om og om igjen inntil det blir en sannhet.

Her ligger naturligvis den største faren, tendensene til tilvenning og resignasjon, som om det var uløselige problemer av eksistensiell natur.

Slik sett er dette et av de eklatante utslag av det store paradoks i vår helse-sosialtjeneste:

"minst til de som trenger det mest".

Det er alltid mer enn nok som må gå foran, alt fra forkjølelse og vonde rygger, til kolesterol og høyt blodtrykk. Eller 170 millioner kr. til fyrverkeri nyttårsaften mellom de herrens år 88/89.

Det er da vi fristes til å si med Obstfelder, forløperen for eksistensialismen i Norden:

"Jeg er visst kommet på feil klode".

Beveger vi oss videre i analysen kommer de mange og påtrengende spørsmålene:

Har vi etablert ordninger som bare passer for økonomiske oppgangstider med kontinuerlig vekst?

Er systemene så rigide at vi ikke makter å tilpasse oss selv marginale kutt i de samlede budsjetter?

Er det styring, og hvem er det som styrer, og ennå vanskeligere; hvem er det som har det egentlige ansvar?!

Er de psykisk utviklingshemmede helt uten basale rettigheter?

Er dette en sak for politi og domstol?

Det er fylkeslegen som fører det løpende tilsyn med alt helsevesen i fylket, på vegne av Helsedirektøren som har det overordnede tilsyn med landets helsevesen.

Hjemmelen finnes i en lov som ikke er altfor godt kjent:

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten fra 1984.

Den bygger på prinsippene om egenkontroll. Det innebærer at alle som utøver helsetjenester skal føre kontroll med egen virksomhet. Det skal gjøres ved at det etableres ordninger eller systemer som sikrer at lover og bestemmelser blir fulgt på en måte som sikrer at virksomheten blir forsvarlig, og som så langt gjørlig kan forhindre at det forekommer svikt.

De ansvarlige i alle ledd ved Nærlandheimen har rettet seg etter dette på en nærmest mønstergyldig måte, med konsekvensanalyserte registreringer som nærmer seg forskningskvalitet.

De faktiske forhold er således helt på det rene, og ingen har til nå gitt uttrykk for tvil om realitetene:

Virksomheten er ikke forsvarlig og den er ikke i samsvar med sykehuslovens bestemmelser.

Det er Helsedirektøren som er tillagt myndighet etter sykehuslovens paragraf 18. Den gir hjemmel for, på visse vilkår, å gi direkte pålegg om å rette opp forhold ved helseinstitusjoner som

kan ha skadelige følger for pasientene eller deres omgivelser.

Om nødvendig kan Helsedirektøren og stenge institusjonen.

Helsedirektøren har til nå valgt den "myke" linjen, dog med sykehuslovens paragraf 18 som riset bak speilet.

I møter og dialog med fylkeskommunen ble det enighet om visse tiltak, bla. tilbakeføring av klienter til hjemfylket, for på den måten å oppnå en relativt bedre bemanning mv. på Nærlandheimen.

Det førte ikke fram, og det er i seg selv illustrerende.

Fase II ble innledet tidlig høsten 1988 med skriv fra Helsedirektøren til fylkeskommunen.

Det vesentlige element nå er bevisst bruk av prismekanismen ad modum Reitgjerdet for på den måten å "tvinge" hjemfylkene til å ta hjem klienter. Heller ikke dette har ført til konkrete resultater, og der står saken. Det har nå gått 2 1/2 år.

Fylkeslegen har tatt opp dette med Helsedirektøren og i likhet med Nærlandheimen gjort uttrykkelig oppmerksom på at virksomheten fortsatt er i strid med sykehuslovens bestemmelser om faglig forsvarlig virksomhet.

Situasjonen som helhet er tiltagende vanskelig å leve med. Først og fremst for de klienter det gjelder og for de på ørende, men og for de ansatte og faglig ansvarlige på Nærlandheimen, for styret og for tilsynsutvalget, og naturligvis for tilsyns-myndigheten.

Fylkeslegen har overfor Helsedirektøren pekt på at alle forhold tilsier at sykehuslovens hjemmel om direkte pålegg nå må tas i bruk, for å sikre de psykisk utviklings-hemmede anstendige og levelige forhold, og for å gi alle oss andre en noenlunde anstendig samvittighet.

Egil Willumsen, fylkeslege i Rogaland.



NAVF's senter for barneforskning ble opprettet i 1982. Fra 1988 er senteret videreført som en permanent, nasjonal institusjon under navnet Norsk senter for barneforskning.

I november i fjor ga senteret ut en katalog over forskningsprosjekter vedrørende barns liv, oppvekst og utvikling. Katalogen dekker i alt 247 prosjekter, hvis formål er kort beskrevet med få linjer, opplysninger om prosjektansvarlig, medarbeidere, fagtilknytning, disiplin, geografi og prosjektvarighet.

Prosjektene er inndelt etter følgende hovedkapitler - som også vil gi en idé om bredden :

- normalutvikling og sosialisering
- problemgrupper og adferdsvansker
- funksjonshemninger, kronisk syke, risikogrupper
- helse, ernæring, forebyggende medisin, tannpleie
- barnekultur og kulturtilbud
- samfunnsutvikling, politikk, levekår
- integrering
- barn i historisk og komparativt perspektiv og i fremmede kulturer

Katalogen inneholder i tillegg et register med adresser på aktuelle institusjoner og henvisning til prosjekter som disse er involvert i, videre et personregister med navnene på prosjektansvarlige og deres medarbeidere, og til slutt et stikkordregister basert på dataopplysningene om det enkelte prosjekt

Barneforskning i Norden

Katalogen skal i løpet av inneværende år gjøres tilgjengelig over et databaseprogram, som senteret senere vil oppdatere kontinuerlig.

Katalogen er gratis og kan fås ved henvendelse til Norsk senter for barneforskning, Universitetet i Trondheim, AVH, 7055 Dragvoll.

Helsekroken i Rindal

Av Ola Lilleholt

Helse- og sosialarbeiderne er proppfulle av gode råd om hvordan hver og en skal forlenge livet. Etterhvert kolporterer vi ikke bare det *lange* liv, men også et stadig mer altomfattende budskap: de *gode* liv, livskvalitet etc. Innover oss velter laviner av informasjon som vi burde formidle videre til pasientene og folk flest i lokalsamfunnet. Helse- og sosialarbeiderne i Rindal er ikke noe unntak.

Vi er ikke alene på banen. Befolkninga eksponeres til alle tider for helseopplysning fra mange forskjellige seriøse og useriøse kilder. Sentrale helsemyndigheter, institusjoner, massemedia, pasientorganisasjoner o. a. bruker fantasi og store ressurser på å formidle mer eller mindre lødig helseopplysning.

Mange mener at målet med helseopplysning er å få folk til å endre atferd i en retning helsearbeiderne mener er gunstig. Personlig mener jeg at dette både er for ærgjerrig og manipulerende. Målet med helseopplysning bør være å sette mottakerne i best mulig i stand til å treffe valg ut fra en totalvurdering av egen situasjon.

Helt kursorisk minnes det om en del elementære poeng i formidling av helseopplysning:

- **Åpninger:** For å fange oppmerksomheten hos mottakerne, må en ha et repertoar av "åpninger". Konsultasjon i forbindelse med sykdomstilfeller kan være en slik åpning - pasienten vil være motivert for å skaffe seg kunnskap om hvordan ho/han skal unngå nye sykdomstilfeller. En ulykke eller en epidemi kan være en egnet åpning for en kampanje rettet mot befolkninga.

- Overfor individuelle ikke-pasienter må en nå fram med andre midler. Tilbud om premier etc, kan motivere noen, å

spille på nysgjerrighet lokker mange. Et spesialtilfelle av dette er å tilby enkle helsekontroller eller undersøkelser som åpning for helseopplysning.

- **Mediet:** Den kanadiske kommunikasjonsfilosofen Marshall McLuhans dictum/ordspill, "The medium is the message", gjelder også for helseopplysningsvirksomhet. Det betyr at den kanalen som informasjonen formidles gjennom er like viktig, ja, kanskje viktigere enn budskapet i seg sjølv. Og med "Mediet"/kanalen menes det ikke bare brosjyren, plakaten, radioen, TV-apparatet, ukebladet, avisa, men også helsearbeiderens formuleringer og helsearbeiderens person, klær, makeup, stemme, kroppsholdning etc, etc.

Nyhetsverdi: Vi bombarderes med informasjon og forskjellige budskap som konkurrerer om oppmerksomhet. Heldigvis har vi en stor evne til adaptasjon, slik at vi kan ignorere og stenge ute signaler som vi gjenkjenner. Sjølv om kjernen i budskapet har en viss konstans, må det stadig reformuleres.

Lokal helseopplysning.

Lokale helseopplysningstiltak må forsøke å finne fram til en egen nisje. I utgangspunktet må vi spille på to poeng:

- Befolkninga kjenner oss. Som oftest er det en fordel, men noen ganger er det et dårlig utgangspunkt. Dersom mottakeren vet at den helsearbeideren som formidler budskapet sjølv ikke lever som ho/han taler, er anstrengelsene stort sett bortkastet. (Igen: "The medium is the message").

- Lokale helsearbeidere kjenner lokalsamfunnets problemer, livsstil, helsevaner, lokale helsemyter etc. Dette gjør det mulig å profilere budskapet slik at det kan oppleves som relevant av dem det gjelder.

Helsekroken: bakgrunn.

Rindal er en landkommune med 2300 innbyggere. Kommunehelsetjenesta med legekontor, helsesøster/helsestasjon, heimesykepleie og kommunal bedriftshelsetjeneste opererer fra en felles base, sykehjemets sokkel. Sosialkontoret ligger ca. 100 m unna i kommunens administrasjonsbygg.

I en såpass liten kommune blir det god kontakt mellom de forskjellige enkeltmedarbeiderne. Mange saker løses uformelt og på sparket. Det er også naturlig å samarbeide om å realisere nye tiltak og ideer. Små forhold gjør at det også er lett å prøve seg fram med nye tiltak og rutiner.

Helsekroken er et eksempel på dette. Økende handelslekkasje førte til at det i 1987 ble bygget ut et lite kjøpesenter i Rindal sentrum, og i kommunehelsetjenesta øynet vi sjansen til å prøve ut en ny kanal for helseopplysning. Den kommunale helsetjeneste sikret seg en "krok" i nybygget. Før åpninga brukte medarbeiderne i den kommunale helse- og sosialhelsetjenesta kveldstimer og lørdager til dugnadsarbeide: Sparkling, maling, tapetsering etc. Sanitetsforeninga kjøpte møbler og belysning.

Rindalstorget og Helsekroken åpnet med mye festivitas i slutten av november 1987. Helsekroken er på ca. 12-14 kvadratmeter og inneholder til vanlig en sittegruppe, et par bord, stoler, en brosjyrekarusell og en oppslagstavle på hjul. Etter behov blir dette supplert med TV/video, automatisk lysbildeframviser/kassettspiller med dagslysskjerm og nødvendig utstyr for enkle helsekontroller. Bla. har vi stor glede av Reflotron fotometer. Med denne kan vi bestemme serumkonsentrasjonen av kolesterol i løpet av 3 minutter.

Fra før var befolkninga i området kjent med åpne helsekontroller kombinert med helseopplysning. Mange hadde vært til undersøkelser ved helsekontrollen i Surnadal i perioden 1976-82. Fra 1981 har helsekontrollen ved den kommunale bedriftshelsetjenesta i Rindal vært åpen også for alle som ikke har hatt tilknytning gjennom bedriftene, f. eks. husmødre og sjølvstendig næringsdrivende. Individuell helseopplysning har vært og er en viktig ingrediens og et viktig mål for disse helsekontrollene.

En annen bakgrunn kan også nevnes: De siste åra har helsesøster og bedrifts-sykepleier organisert lokale mosjonsgrupper i grendene i kommunen. På det meste har mer enn 20 grupper vært i aktivitet.

Mål for virksomheten.

Med helsekroken har vi ønsket:

1. Å nå den delen av befolkninga som vanligvis ikke kommer i kontakt med helse- og sosialtjenesta. Egentlig er ikke dette så mange fordi de fleste friske og arbeidsføre regelmessig kommer i kontakt med den kommunale bedriftshelsetjenesta.

2. Å kunne formidle mange typer helseopplysning, ikke bare våre mest sentrale anliggender i forhold til hjertekar-sykdommer, men også de mange andre gode råd og tilbud vi har.

3. Helsekroken er et nytt medium, en mye møteplass, for den kommunale helse- og sosialtjenesta. Nyhetsverdien er av utvilsom betydning i forhold til befolkninga og ny åpning for kontakt.

Aktiviteter.

Aksjoner med "livsstil", dvs. aksjoner om kosthold, mosjon og røyking osv. har vært gjentatt i forskjellige former, vanligvis med legekantoret og bedriftshelsetjenesta som ansvarlig for opplegg.

Av andre temaer kan nevnes (ansvarlig i parentes):

- Tekniske hjelpemidler (Hjemmesykepleien/sykehjemmet),
- Barneulykker, 2 perioder (Helsesøster sammen med sykepleie-elev),
- Tannhelse (Den offentlige tannhelsetjeneste),
- Trafikksikkerhet (Teknisk kontor),
- Reumatiske sykdommer (Reumatikerforeninga),
- Redningstjeneste (Røde Kors Hjelpekorps, før påske),
- HIV/AIDS (Legekantoret/helsesøster),

- "Bolig for livet", vandreutstilling formidlet av fylkeslegen (Sosialkontoret),
- Eldreulykker (Hjemmesykepleien/sykehjemmet),
- Forbrukeropplysning/miljø: Om nyinnført ordning for innsamling av brukte batterier, fosfatfrie vaskemidler etc. etc. (Sosialkontoret),
- Riktig belysning og synsundersøkelser. Måling av øyetensjon av besøkende over 60 år (helsepersonell), objektiv måling av refraksjon og kontroll av briller ved optiker (Legekantoret/hjemmesykepleien),
- Planlagte aktiviteter: Trygderettigheter (Trygdekantoret), barnemiljø (Helsesøster/sosialkontoret) og brannvern (Teknisk kontor). Flere frivillige organisasjoner ønsker å eksponere seg.

Økonomi.

Kommunen står som leier av lokalet, og husleia betales over underkapitlet for helseopplysning. Folk betaler noen ganger litt for undersøkelsene, f. eks. kolesterol kr. 20, Hgb kr. 10, måling av øyetensjon oa. kr. 20. Å få målt blodtrykket er gratis. En del forbruks- og AV-materiell har vært kjøpt over budsjettet for helseopplysning. Medarbeiderne fra de forskjellige avdelingene utfører planlegging, forberedelser og arbeide i Helsekroken i arbeidstida, slik at dette altså belastes hver enkelt avdelings budsjett.

Evaluering.

Det er notorisk vanskelig å evaluere effekten av alminnelige, enkeltstående helseopplysningstiltak. Det er praktisk uhyre vanskelig å skille effektene av en enkelt aksjon fra alle de andre påvirkningene folk eksponeres for. Helsekroken i Rindal er ett enkelt element i den samlede forebyggende aktiviteten som går ut fra den kommunale helse- og sosialtjenesta. Ved enqueteer kan vi konkret spørre om folk har lært noe av kontakt med Helsekroken. Vi har svært god oversikt over en del fysiologiske parametre i befolkninga, bl. a. serumkonsentrasjonen av kolesterol for ca. 35-40 % av alle i 20-70 års alder. Etersom vi satser mye på å endre kost-

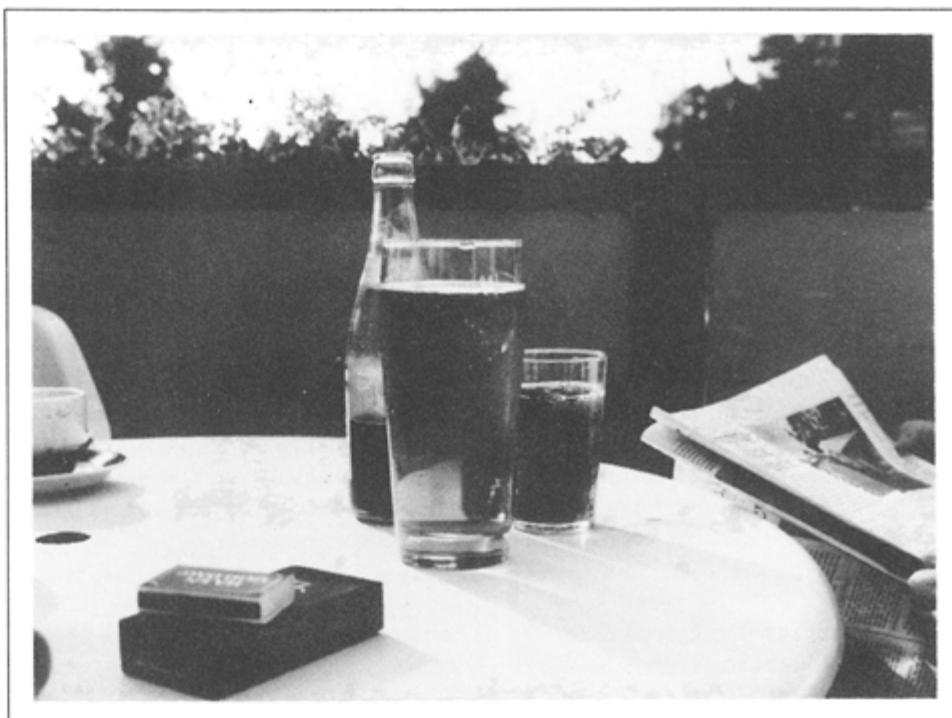


hold og livsstil, kan vi kanskje etter noen år registrere endringer i befolkningens lipidprofil. Det er helt urealistisk å tenke på å isolere effekter av helseopplysningstiltak i forhold til konvensjonelle mål på morbiditet og mortalitet i en så liten befolkning.

Perspektiver.

Helsekroken vil trolig ikke bli en permanent del av helse- og sosialtjenesta eller en egen institusjon. Vi vil bruke den som en egnet kanal for helseopplysning så lenge folk viser interesse og så lenge vi føler den er egnet til å formidle det vi har på hjertet. Økonomiske ulvetider kan naturligvis også komme til å sette en stopper for arbeidet før vi ønsker det.

Ola Lilleholt, kommunelege. □



KLAR BESKJED OM ET FØLSOMT EMNE

Utfloed er det mest alminnelige underlivsproblem.

I kvinnens skjede finnes en bakterieflora som under normale forhold domineres av melkesyrebakterier. På denne måten dannes en barriere mot infeksjoner. Den naturlige balansen mellom melkesyrebakteriene og sykdomsfremkallende bakterier og sopp kan ødelegges av indre og ytre årsaker, f.eks. varme, stress, overdrevet intimhygiene, syntetisk undertøy, i forbindelse med menstruasjonen og etter en antibiotika-
kur.

Ubalansen kan vise seg som økt utfloed, svie og kløe. Gynophilus er stikkpiller med samme type melkesyrebakterier som normalt finnes i skjeden. Gynophilus gjenoppretter således balansen på en naturlig måte.

Gynophilus – som kan kjøpes på apotek uten resept – inneholder 15 stikkpiller, nok til 1 ukes kur.

Første gang du får økt utfloed, svie eller kløe, eller hvis symptomene er annerledes enn tidligere, er det viktig at du tar kontakt med lege.

Det er også viktig å snakke med legen hvis plagene fortsetter tross en Gynophilus kur.



gynophilus

MELKESYREBAKTERIER – TIL NORMALISERING AV SKJEDENS NATURLIGE BAKTERIEFLORA.

ORGANON A.S · 1371 Asker

TETRALYSAL®

(lymecyclin)



Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyclinpreparat.

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

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

Lymecyclin er en videreutvikling av tetracyclin hydroklorid. En aminosyre er tilsatt, slik at absorpsjon skjer tidligere i G.I.-tractus. Fordelene er: Mindre G.I.-bivirkninger, bedre lipidløslighet og hurtigere absorpsjon.

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. mars 1988 (30 pkn. eller 14 pkn.)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg × 1	kr. 143,60
DOXYLIN	100 mg × 2	kr. 268,20
DUNOXIN	100 mg × 2	kr. 279,10
VIBRAMYCIN	100 mg × 1	kr. 169,70
VIBRAMYCIN	100 mg × 2	kr. 318,80
TETRALYSAL	300 mg × 2	kr. 143,10

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:

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 bakteriostatisk 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. 71,55 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 105,10 (20 pkn.) pr. person.

- b) Bronkitt 10 dager: kr. 105,10 (20 pkn.) (3)
- c) Salpingitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (5)
- d) Sinusitt 14 dager: kr. 143,10 (30 pkn.) (4)

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametre ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:

Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

Imidlertid styrkes oppfordringen i en senere studie (6) av D. Danielson, Ørebro. 5. dag lå alle som fikk 100 mg doxycyclin × 1 under Mic-verdien (1 µg/ml) (snittverdi)

(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 lymecyclin and doxycyclin 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 Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.* (6) D. Danielsson et al.: *Vilket tetracyclin bör väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*

Helse for alle i Norge

Hvor langt er vi kommet og hvilke problemer står vi overfor?

Av Torbjørn Mork

I 1987 ga Helsedirektoratet ut sin bok "Helse for alle i Norge?" Vi satte et spørsmålstejn bak tittelen, - og det hadde sine gode grunner.

Den resolusjonen som representanter for regjeringene i de vel 150 medlemsland i Verdens Helseorganisasjon ensstemmig hadde vedtatt 10 år tidligere i 1977, er en programmatisk prinsipp-erklæring: "Det viktigste sosiale mål for regjeringer og for Verdens Helseorganisasjon i de neste 10 år skal være at alle mennesker i år 2000 skal ha oppnådd et nivå av helse som vil gjøre det mulig for dem å føre et sosialt og økonomisk produktivt liv".

Men er ikke dette en utopi? Spørsmålet er naturlig i en verden preget av fattigdom og sult, økende avstand mellom de fattige og rike, ideologiske motsetninger, politisk og sosial undertrykkelse, millioner av flyktninger og våpnenes tale. Men de store endringer i menneskehetens historie har startet med utopiske filosofier som i sin tur har ført til handling. Helsebegrepet er uttrykk for av hvilken kvalitet ens liv er. Helse for alle er å bedre livskvaliteten for det enkelte individ. Helse for alle er et verdivalg, med det enkelte menneske i sentrum.

Helse for alle er også politikk. I Helsedirektoratets bok har vi uttrykt det sentrale spørsmål slik: "Vi har kunnskaper og ressurser til å oppnå helse for alle. Har vi vilje og mot til å planlegge slik at vi kan virkeliggjøre målet innen år 2000 i hver kommune, hver grend og hvert fylke i vårt vidstrakte land?" Hvor langt er vi kommet og hvilke problemer står vi overfor?

Hva har skjedd så langt?

Etter landskonferansen "Helse-85" ble det arbeidet med en norsk strategi før "helse for alle" for alvor ble satt på

dagsordenen her hjemme. I løpet av disse 3 årene har mange av oss arbeidet mot dette målet, og det kan være på tide å stanse opp og prøve å evaluere hva som har skjedd.

I tilslutning til konferansen i 1985 besluttet den daværende regjering at det skulle settes i gang arbeid med en nasjonal helseplan. Helsedirektoratet skulle skrive et faglig underlagsdokument, der vi vurderte den norske helsepolitiske utvikling fram til 1985 og så på hvor vårt eget land stod i forhold til den felles europeiske strategien og de 38 konkrete delmålene. Vårt bidrag var ferdig tidlig i 1987, og ble utgitt i bokform på Kommunalforlaget kort etter.

Sosialdepartementet skulle på sin side legge fram en Stortingsmelding som vurderte de helsepolitiske konsekvensene og inviterte Stortinget til å treffe beslutninger om hvordan vi skal arbeide videre. St. meld. nr. 41 (1987-88) Om nasjonal helseplan ble oversendt Stortinget 25. mars i år.

Sentralforbundets hovedoppgave var å ta det praktiske ansvaret for at strategien ble kjent i kommuner og fylkeskommuner utover hele landet, og bidra til at aktuelle problemstillinger ble drøftet på lokalplanet. Det har hele tiden vært et nært samarbeid mellom Sentralforbundet, Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Hovedtyngden av dette arbeidet skulle foregå i løpet av 1987.

Vi antok at det kunne være hensiktsmessig å bevege seg trinnvis utover, og oppfordret i første omgang til samarbeid i de 5 helseregionene mellom fylkeskretser, fylkeskommuner og fylkesleger.

Det ble holdt 3 regionkonferanser,

i Tromsø for region 5
I Bergen for region 3 og
i Sandefjord for region 2.

Regionkonferansen i Hamar for region 1 måtte avlyses pga. manglende deltakelse, mens regionkonferansen for region 4 kom i en konferanseserie, som begynte med fylkesvise ordfører- og rådmannskonferanser, ble fulgt av fylkesvise konferanser for helse- og sosialpersonell eller etatsjefer. Den tredje konferansen i serien var en regionkonferanse i Stjørdal med 15 deltakere med ulik bakgrunn fra hvert av de 3 fylker.

Erfaringene fra disse konferansene har vært svært forskjellige. Det var meningen å holde en landskonferanse, "Helse-87", for å oppsummere erfaringene og formidle disse til sentrale myndigheter og politikere, men tiden var ikke moden for det for ett år siden.

I mellomtiden har den bevegelse som ble satt i gang allerede fra "Helse-85" rullet videre med forskjellig hastighet i forskjellige deler av landet.

I oktober 1986 ble det holdt en stor konferanse i Honningsvåg om "Helse og ulikhet i Finnmark". Resultatet av denne ble et større program i Finnmark med flere enkeltprosjekter for å fremme finnmarkingenes helse.

FN-sambandet arrangerte en konferanse om HFA for frivillige organisasjoner som var engasjert i internasjonalt helsearbeid høsten 1987.

Norsk sykepleierforbund arrangerte sammen med Helsedirektoratet et arbeidsseminar om HFA ved Bergen i november 1987.

Etter disse større konferansene har det utover i fylkene vært holdt en serie helsepersonellmøter og kurs og seminarer for politikere, etatsjefer, helse- og sosialpersonell og andre.

Det er særlig fylkeskretsene innen KS, fylkeslegekontorene og sykepleierforbundets kretsavdelinger og en del fylkeshelsesjefer som både i fellesskap og hver for seg har satt HFA på dagsordenen. Noen har lagt hovedvekten på det generelle *politiske* innholdet, andre har valgt ut konkrete arbeidsmål med særlig lokal relevans, atter andre har lagt vekt på å utvikle det sektorovergrepene samarbeidet.

Konklusjonen er at regionene og de regionale helseutvalg *ikke* var noe naturlig fokus for HFA-arbeidet. Helse-regionene er samarbeidsorgan for sykehustjenester over annenlinjetjenesten, mens HFA-strategien legger hovedvekten på arbeidet i *lokalsammenheng*, dvs. i primærkommunene.

Det fylkesvise samarbeid mellom fylkeshelsesjef, fylkeskretser, fylkesleger og med interesserte organisasjoner har vært vesentlig mer fruktbart, men nytten har vært avhengig av i hvilken grad arbeidet har vært rettet mot konkrete, praktiske spørsmål.

Store konferanser med generelle foredrag ga *små* ringvirkninger. Enkle, billige konferanser med "matnyttige" gruppeoppgaver har skapt entusiasme.

Fylkeslegenes og Sykepleierforbundets mange mindre kurs og seminarer om konkrete emner har fått "små baller til å rulle". Det skal bli spennende å se hva som kommer ut av disse prosjektene, særlig om de når ut over helsesektoren og de frivillige organisasjonene som vi er vant til å samarbeide med.

Hvilke konkrete resultater kan vi vise til: En rekke fylkeskommunale og kommunale helseplaner er blitt revidert eller skrevet helt om i lys av HFA-strategien, andre er i ferd med å bli skrevet om. Enda viktigere er det kanskje at HFA-strategien til en viss grad har fått påvirke andre etaters planlegging både i enkelte fylkeskommuner og i noen flere kommuner.

En rekke konkrete undersøkelser og prosjekter for å følge opp enkelte delmål har også sett dagens lys. Særlig vil jeg nevne prosjekter rettet mot å redusere ulykker som rammer barn og unge, mot privat vold og prosjekter for en bedre eldreomsorg og for å finne modeller for et bedre samarbeid mellom etater som har viktige oppgaver for å fremme folkehelsen.

Det er særlig fra Nord-Trøndelag vi har mottatt rapporter om nytenking for å virkeliggjøre et mer effektivt, helsefremmende, tverretattlig samarbeid. I en serie interkommunale konferanser drøftet man helt konkret de forskjellige etatenes bidrag til helse og trivsel. Man drøftet også på hvilket nivå kommu-

nene best kunne organisere prosjekter for å løse problemer som stod i veien for god helse.

Hvis vi har forstått det rett, ble konklusjonene for det første at nesten alle etater ble klar over hvor viktig nettopp deres etat er for folkehelsen, og for det andre at sentrale kommunale politikere måtte engasjere seg i helsefremmende arbeid. Etatene må hver for seg føle ansvar for å si fra om problemer som krever innsats fra flere etater, og rådmannen må ta ansvar for å få problemene fullstendig belyst og for å organisere et samarbeid der alle nødvendige etater er med. Jeg tror dette er viktig. Det er ikke lett å organisere samarbeid på tvers av etatene nedenfra, fra fagfolkene. De bestemmer sjelden over budsjettmidlene, og de bør være forsiktede med å foreslå prioritering av arbeidsinnsatsen i andre etater. Det kan imidlertid rådmannen. Han kan også autorisere den fagperson som er best kvalifisert til å lede samarbeidet.

Hvis jeg skal oppsummere erfaringene gjennom disse tre årene, er det påfallende hvor ulik utviklingen har vært fra fylke til fylke, fra kommune til kommune. Om det har skjedd noe og hva som har skjedd, har vært avhengig av at det har vært enkeltpersoner som har blitt "tent" av HFA-ideen og om ildsjelene har vært "smittsomme" og spredd entusiasme omkring seg.

Det er naturligvis for tidlig å kunne måle noen resultater av innsatsen hittil i form av bedring i forskjellige indikatorer på befolkningens helse. Inntrykkene av de siste års utvikling er imidlertid både oppmuntrende og nedslående. På den positive siden kan vi merke oss en økt bevissthet og interesse blant folk flest for en mer helsefremmende og sykdoms- og ulykkesforebyggende livsstil. Imidlertid synes det bare i liten grad å ha skjedd en tilsvarende endring i adferd når vi går til data for forbruk av f. eks. alkohol og tobakk og sammensetningen av vårt kosthold. Og fremdeles er det privatbilen eller buss, trikk og tog og ikke sykkel eller apostlenes hester folk flest bruker når de skal forflytte seg selv korte distanser. Et positivt trekk er også den sterkt økende interesse og engasjement når det gjelder miljøproblemer og økologi, som vi finner ikke minst blant de unge, samt den



intensivering som har funnet sted de siste år i arbeidet med å redusere forurensinger av luft og vann.

Helse og ulikheter.

Men dessverre er de negative tendenser flere og sterkere. La meg bare her stikkordmessig nevne økende arbeidsledighet, økende økonomiske problemer, ikke minst hos mange unge barnefamilier, økt flytting fra utkantstrøk med derav følgende oppløsning av sosiale nettverk og kulturelle bånd, økt forskjell mellom landsdeler og kommuner i tilgang på nødvendige helse- og sosialtjenester og klare signaler om at det er den helsefremmende og forebyggende innsats som først står for hugg når de lokale politikere skal prioritere i økonomiske "ulvetider".

Helsesøstertjenesten som på mange måter har vært krumtappen i det individrettede forebyggende helsearbeid svekkes nå i mange kommuner ved at stillinger inndras eller holdes vakante. Ser vi på landsbasis på de enkelte tjenesteområdes andel av veksten i kommunehelsetjenesten fra 1985 til 1987, finner vi at helsesøstertjenesten er den gren som har fått den laveste vekst - ca. 5 % mot f. eks. 15 % for administrasjon. Dette er tankevekkende i en tid da vi i noen år har forsøkt å markedsføre "helse for alle" og i den nasjonale politikken satt helsefremmende og forebyggende arbeid i første rekke - ihvertfall verbalt.

Ser man så på de tolv resultatmål for helse for alle strategien, går jeg ut fra at de fleste av dem vil bli omtalt under andre programposter på konferansen. Jeg skal derfor begrense meg til kort å kommentere delmål 1: "Utjevning av ulikhet". Dette delmålet har en tendens til å komme i skyggen av det vi kanskje kan kalle de fire mest populære delmålene: Å redusere forekomsten av hjerte-karsykdommer, kreft, ulykker og selvmord.

La meg derfor minne om at den forventede levealder for menn i Sogn og Fjordane er 5 år høyere enn i Finnmark. Slike forskjeller kan man også finne innen den enkelte kommune. Middellevaldere for menn var i 1970-årene 3,3 år lavere på østkanten enn på vestkanten i Oslo og for kvinner 2,8 år lavere. Forskjellen for menn var

forøvrig den samme som i perioden 1930-1939 (Norsk institutt for by- og regionsforskning 1988). Eller uttrykt på en annen måte: Ottfestad (1987) fant at menn i aldersgruppen 50 til 54 år på østkanten i Oslo hadde 2,6 ganger høyere dødelighet enn menn i samme aldersgruppe på vestkanten i perioden 1977-1980. I aldersgruppen 60-69 år var dødeligheten av hjerteinfarkt 1,85 ganger så høy på østkanten og dødeligheten av kreft i aldersgruppen 50-59 år 2,3 ganger så høy. Slike tall demonstrerer på en dramatisk måte at det i vårt egalitære velferdssamfunn fremdeles er store forskjeller både geografisk og mellom sosiale klasser i helsestatus. Den manglende utjevning i dødelighet mellom bydeler i Oslo de siste 40-50 år demonstrerer også at generelle velferdstiltak ikke er tilstrekkelig til å utjevne helseforskjeller mellom befolkningsgrupper. Skal vi klare å oppfylle delmålet om å redusere forskjeller i helsetilstanden mellom befolkningsgrupper med minst 25 % innen år 2000, må det skje en positiv diskriminering til fordel for dem som er dårligst stillet. En sterkere fokusering på ulikhet i helse og i mulighetene for å bevare helsen er etter mitt syn den eneste muligheten for å oppnå aksept på en slik "diskriminerende helsepolitikk". Og det er nødvendig dersom vi skal nå målet om en *rettferdig* helsepolitikk.

Forebygging er politikk.

Hittil har det fra såvel helsetjenere som fra helsepolitikere vært lagt hovedvekt på det vi kan kalle livsstilfaktorer. Når man ser på sykdoms og dødelighetsmønsteret finner man gode grunner for en slik prioritering. Skal vi oppnå helse for alle må vi imidlertid i fremtiden legge langt sterkere vekt på miljøtiltak i videste forstand. Det er forøvrig i stor grad miljøfaktorer som også fastlegger rammevilkårene for individets muligheter til å endre adferd. Det er etter min mening litt for lett å si når det gjelder livsstilfaktorer å gi inntrykk av at det bare er et spørsmål om den enkeltes vilje til å legge om uheldige vaner. Det finnes underliggende årsaker til at Jeppe drikker og at Nille tar valium, - ofte slike som de selv har små eller ingen muligheter for å endre.

Ser vi på andre faktorer på vår "årsaksliste" som arbeidsmiljø, forurensinger,

trafikk, isolasjon, stress, er det lite den enkelte kan gjøre for å endre sin eksponering. De nødvendige tiltak blir også langt mer kontroversielle. Det koster så lite å si til Hansen at han skal "stumpe røyken", "kutte ut drammen" og jogge aggresjonen av seg isteden for å slå kona. Det er ikke så lett å pålegge industrien i Grenland å redusere utslippene av avfallsstoffer til luft og vann. Kort sagt, idet man i det forebyggende arbeid går ut over det den enkelte borger selv kan og bør gjøre for å ta vare på helsen står man ofte overfor sterke sektorinteresser og dype verdikonflikter. Luftforurensinger mot lønnsomhet i industrien, ernæring mot landbrukspolitikk, trafikkstøy mot effektiv transport, restriksjoner mot individets frihet, helse mot effektivitet, lavere skatter mot behov for økt offentlig innsats. Eksemplene kan forfleres og viser hvorledes løsningen på mange av våre dominerende helseproblemer, når det gjelder såvel den somatiske som den mentale helse, må gå gjennom tiltak utenfor helsetjenestenes ansvarsområde. Eller som Axel Strøm har uttalt det: "Primær forebygging av sykdommer i dag er først og fremst en politisk sak, ikke en medisinsk". Folkehelsen kan bare bedres og ulikheter i helsetilstander utjevnes dersom forutsetninger for god helse blir et overordnet ledende prinsipp for regionale og nasjonale utviklingsplaner og program innen alle samfunnssektorer fra utenrikspolitikk til opprettelse av arbeidsplasser i distriktene og trygging av barns skoleveier. Blir en gjensidig avhengighet mellom helse, levekår og utvikling ikke forstått og i fremtiden lagt til grunn for den overordnede samfunnsplanlegging vil vi komme til kort, og alle sektortiltak innenfor helsetjenesten vil bli vesentlig mer ressurskrevende. Et hovedvilkår for at vi skal nå de mål vi har satt oss om "helse for alle" er derfor at vi på alle forvaltningsnivåer får en sektorovergripende politikk som har helse for alle som et overordnet mål.

Helsepersonellens bidrag.

Helsetjenesten og helsearbeidernes viktigste bidrag i denne prosessen er å være initiativtakere, pådrivere og en kunnskapsmessig ressursbase når det gjelder hvilke faktorer som fremmer helse og forebygger sykdom og ulykker, samt om samspillet mellom



slike faktorer og mellom individet og det miljøet individet er omgitt av. Skal helsetjenesten i den enkelte kommune kunne være en slik kunnskapsbase, stiller det store krav til helsepersonellens kvalifikasjoner. Dessverre er det grunn til å anta at kompetansen når det gjelder slikt samfunnsmedisinsk arbeid er blitt betydelig svekket i en rekke av landets kommuner etter reformen i kommunehelsetjenesten i 1984. Det er dessverre, landet sett under ett, blitt en langt svakere rekruttering og en mindre stabilitet i de viktige stillingene som kommunelege I/helsesjef enn hva som var tilfelle under den tidligere statlige distriktslegeordning. Man ser i dag at et stort antall av disse stillingene må besettes med leger med ingen eller kortvarig erfaring i offentlig helsearbeid og uten videreutdanning i samfunnsmedisin, helseplanlegging og administrasjon. Når dette er skjedd samtidig med en svekkelse av den faglige "linje" fra kommuneleger til fylkeslege og Helsedirektorat og tilbake og en nedbygging av fylkeslegekontorene, er mulighetene for å få gjennomført en effektiv "helse for alle politikk" i den enkelte kommune betydelig svekket. Derfor er en viktig oppgave i tiden som kommer systematisk å etter- og videreutdanne nøkkelpersonell innen kommunehelsetjenesten i samfunnsmedisinsk arbeid. Her har såvel fylkeslegene gjennom sin kursvirksomhet og ikke minst helsepersonellens yrkesorganisasjoner, høyskoler og universitetene etter hvert lagt til rette et godt tilbud. Dessverre har det

vist seg at vansker med å få permisjon med lønn og vikar i stillingen under lengre etterutdanningsopplegg, hindrer en rekke interesserte helsearbeidere i kommunene å nyttiggjøre seg slike tilbud.

Skal vi lykkes med helsetjenestens del av arbeidet, tror jeg også det er nødvendig fordomsfritt å se på den måten vi har organisert vår kommunehelsetjeneste på og de finansieringsordninger som er etablert. Vi har finansieringsordninger som gjør diagnostisk og kurativ virksomhet langt mer lønnsom enn helsefremmende og forebyggende arbeid, både for leger og kommuner. En desentralisert avgjørelsesmyndighet i prioriteringer og mangel på sentrale retningsgivende normer synes å medføre en større ulikhet i tjenestetilbudet mellom de enkelte kommuner. Dette synes mer å reflektere forskjeller i lokalpolitiske preferanser enn ulikheter i kommunens helseproblemer og befolkningens behov, eller som det nylig ble spissformulert av en kommunelege: "Vi får en helsetjeneste tilpasset de lokale maktforhold".

Skal vi lykkes i "helse for alle-arbeidet" er kunnskaper og tilfredsstillende rammevilkår for arbeidet ikke tilstrekkelig dersom interesse og motivasjon mangler. For mange helsearbeidere kan det være spørsmål om å omdefinere sin yrkesrolle i forhold til den tradisjonelle, som stort sett fremdeles undervises ved våre universiteter

og høyskoler for helsepersonell. For personell innen andre samfunnssektorer kreves det en tilsvarende omstilling og kunnskapsmessig opprustning slik at det å fremme helse blir en ledestjerne også i deres arbeid.

Jeg har tidligere i dette foredraget hevdet at vi har kunnskaper nok til å oppnå helse for alle. Jeg må ta den reservasjon at det naturligvis ikke betyr at forskning ikke har sin plass i den samlede strategi. Men forskningsinnsatsen må i mindre grad enn hittil konsentreres om egenskaper ved ofrene. Dem kan vi så allikevel gjøre lite for å endre. Behovet synes kanskje større når det gjelder forskning på beslutningstakerne. Hva er det som bestemmer beslutninger om prioriteringer i folkevalgte organ, hvilke organisasjonsmodeller og finansieringsordninger gir de beste rammevilkår for "helse for alle"-strategien, hvorledes skal befolkningen få reell innflytelse på beslutninger som angår dens helse og velferd, hvorledes motivere helsetjenestens personell og de som har sitt arbeid innen andre etater til samarbeid og samhandling, hvorledes skal kunnskap formidles til befolkningen på en slik måte at den ikke bare blir registrert, men også fører til endring i helseskadelig adferd. Her ligger store oppgaver og venter, og det er å håpe at noen av dem kan løses bla. innenfor programmene til NAVF og NORAS.





NÅR DU GIR PASIENTENE NOE Å TYGGE PÅ - MÅ DU LÆRE DEM Å TYGGE RIKTIG !



nicorette[®]

NIKOTINTYGGETABLETTER

1. VELG MOTIVERTE PASIENTER
Det kreves fullstendig røykestopp for man begynner med Nicorette.
2. BRUK SPØRRESKJEMAET FOR Å FINNE PASIENTENS NIKOTINAVHENGIGHET
Dette gir større sjanse for å lykkes.
3. FORKLAR RIKTIG TYGGETEKNIKK
10-15 tygg, 1 min. pause, 10-15 tygg, ny pause osv. i 1/2 time.
4. FØLG OPP PASIENTENE
Jo bedre oppfølging, desto større mulighet for å lykkes.

For ytterligere opplysninger
se Felleskatalogen



Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik · Tlf. 02 - 54 90 95

Befolkningens rolle.

Helse for alle er imidlertid ikke noe som kan "produseres" hverken av helse-tjenesten eller av andre etater uten at befolkningen er medspillere. Helsetjenesten og andre etater skal ikke i første rekke gjøre noe for befolkningen, men noe *sammen med* befolkningen. Det betyr at vi gjennom et bredt opplysningsarbeid må markedsføre "helse for alle" på en slik måte at befolkningen forstår at dette er noe som er viktig for dem og deres.

Uten en slik bred oppslutning fra befolkningen i "helse for alle" arbeidet er det i et demokratisk samfunn lite politikerne kan gjøre. Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid har langsiktige perspektiver. Politikken er nesten alltid kortsiktig i sin natur og den er mer opptatt av nåtidens drama, i. eks. åpne hjerteoperasjoner enn av fremtidige resultater av forebyggende arbeid. Derfor har det forebyggende arbeid, naturlig nok og spesielt i ressursknappe tider, vanskelig for å slå igjennom i forhold til diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Legene er presset av pasienter på venteværelset. Politikerne er presset av uløste oppgaver innen pleie og omsorg og av trange budsjetter. Som jeg så ofte har hørt fra politikerne: "Vi kan ikke bruke penger på de friske når vi ikke har nok til de syke og pleietrengende". Det gjør det ikke lettere at det ikke med sikkerhet kan sies noe om hvorvidt forebyggende helsearbeid vil føre til inntekt eller utgift totalt sett. Det er derfor ingen grunn til å legge skjul på at både helsepersonell og politikere står overfor avveiningsproblemer som reiser vanskelige såvel individuelle som samfunnssetiske problemer.

Den politiske innsats er kanskje både den vanskeligste og samtidig den viktigste. Skal vi nå målet må de politiske myndigheter på alle forvaltningsnivå gi "helse for alle arbeidet" prioritet. De må ha vilje og mot til også å treffe beslutninger som ihvertfall i enkelte grupper kan være kontroversielle og upopulære. Vi kan kanskje si det slik at vi kunnskapsmessig har utviklet redskapene, men det kreves politisk vilje, mot og kløkt til å ta redskapene i bruk. Veien til bedre helse går igjennom et mer menneskevennlig samfunn, et samfunn tilpasset menneskene i mot-

setning til hva vi ofte ser i dag, at mennesket må tilpasse seg et miljø som representerer stadig større fysiske og mentale påkjenninger. På intet område illustreres dette kanskje bedre enn når vi ser på det kulturelle og sosiale miljøet. Et av de skremmende utviklingstrekk i de fleste industrialiserte land, også i vårt, er et betydelig økning i de mentale lidelser; rusmiddelbruk, selvmord, ikke minst blant unge. Verden og livet blir for vanskelig for stadig flere. Det er ikke uten grunn Verdens Helseorganisasjon som et hovedvilkår for bedre helse har satt fjerning av frykt for krig og vold. Det kan i dag være grunn til å minne om at vi vet at arbeidsløshet fører til psykiske problemer og flukt inn i rus eller ut av livet. Det å gi det enkelte mennesket trygghet for basale behov og følelse av menneskelig likeverd er kanskje det viktigste tiltak når det gjelder vår mentale helse.

Helse for alle betyr ikke at vi kan skape jammerdalen om til et paradisi. Sykdom og ulykker vil fremdeles ramme og døden vil fortsatt være en realitet for oss alle. Men vi har kunnskaper, teknologi og økonomiske ressurser til å skape et bedre liv og til å gjøre mulighetene for helse mer like for alle som bor i dette land, enten det er i et fiskevær på Finnmarkskysten eller i en kornbygd på det sentrale Østlands-området, enten det er på østkanten i Oslo eller i villastrøkene i Bærum. Fordi sosial rettferdighet, likhet og likeverd står så sentralt i den ideologi som gjennomsyrrer "helse for alle" filosofien, finner jeg ingen bedre

måte å avslutte dette foredraget på enn den illustrasjon av denne basale verdi som Kjartan Fløgstad med stor forfatterkunst har gitt i sin roman "Dalen Portland", når han legger disse ordene i munnen til den trofaste sliteren Durdei Høysand:

"Og om nokre dagar skal eg leggja meg inn på sjukehus for å operera vekk det eine brystet. Da skal eg reisa inn til Bergen og leggja meg i ei kvit og nyoppredde seng på eit lyst og triveleg rom på Haukeland sjukehus med laboratorier med alt det nyaste utstyret på alle kantar og kroppsiingeniørar i kvite frakkar skal stå rundt senga med røntgen og EKG og intravenøst og nikke på dei kloke hovuda sine og sjå ned på kroppen min som om det var ein Stang eller Mohr eller Vogt eller Christie eller Heuch eller Sibbern eller Selmer eller Hagerup og ikkje Durdei Høysand dei skulle stilla diagnosen på. Og eg skal få den beste behandling og det beste stell og fint tillagd mat og bli bukk ut gjennom dørene når eg er frisk og er kommen skikkeleg til krefter igjen utan å betale eitt øre for eg har betalt skatt og trygder heile mitt liv. Og ingen barfotlegar skal få nærma seg meg med førstehjelpsveskene sine medan rikfolka i byane blir opererte av dokterar med dyre italienske skinnsko på spesialsjukehus".

Det er denne tryggheten "helse for alle" dreier seg om. Vi har alle et ansvar for å medvirke. Vi har alle et bidrag å gi. Har vi vilje og mot?

Torbjørn Mork, helsedirektør. □

— — ruster ikke!

Jeg syner tilslutt Otelie og Jentoft Efrimsen som er ute i Grønnegata og tar seg en mys mot vårsola, — selv om deres egen høst ikke er fjern.

Fire lårhalser.
Og en kjepp.
Og to hjerter.





Nyttig om diabetes

- NSAM's handlingsprogram

Tore Dahlberg f. 1950. Spesialist i allmennmedisin. I allmennpraksis ved Gjøvik Legesenter i 10 år. 1 1/2 år på psykiatrisk sykehus, 1 år på medisinsk avdeling. Diabetes-kontaktperson i Oppland. Spesialinteresse: Akutt- / fjellmedisin.

De siste par år har det vært en betydelig offensiv når det gjelder informasjon og opplysning rettet mot diabetes mellitus. Bla. har helse-direktoratet utgitt et hefte om diabetesbehandling, og legemiddelfirmaet Norske Hoechst har utgitt en serie på 4 hefter om type 2 diabetes, forfattet av Stein Vaaler og Torbjørn Gjerdal. Disse er meget gode og informative og er lagt opp meget praktisk.

Samarbeide på tvers.

Nå utgir NSAM sitt andre hefte, denne gang handlingsprogram for diagnose, undersøkelse og behandling av diabetes, spesielt rettet mot allmennpraksis. Heftet, eller boken, omfatter 85 sider og er forfattet av Kristian Midthjell, stipendiat/bedriftslege i Verdal, Tor Carlsen, bydelslege i Skien, Kristian F. Hansen overlege dr. med, Aker sykehus, Gisle Roksund, kommunelege i Siljan og Michael F. de Vibe, allmennpraktiserende lege i Skien.

Det foreligger altså et samarbeid mellom flere instanser - Norsk Selskap for allmennmedisin (NSAM), Norges Diabetesforbund (NDF), Gruppe for helse-tjeneste-effektivisering i kommunehelsetjenesten (GHE-k 1985-86) og Avdeling for helsetjenesteforskning ved Statens institutt for folkehelse (SIFF).

Det er ellers en rekke personer og institusjoner som har

vært behjelpelige med å få ut dette arbeidsprogrammet.

Hovedformål.

En vil med denne boken prøve å høyne kvaliteten i diabetesbehandlingen i allmennpraksis, og la dette handlingsprogrammet bidra til at grunnprinsippene for diabetesbehandling blir mer ensartet.

Diabetes-komplikasjoner.

Det er ikke uten grunn at all denne informasjon spres til de fleste leger og aktuelle sykehusavdelinger i landet.

Det er totalt ca. 105 000 diabetikere i Norge. Ca. 20 000 har type 1-diabetes og ca. 85 000 har type 2-diabetes.

Det store tankekorset er at 15-20 000 mennesker går med sykdommen diabetes mellitus uten at diagnosen er stilt, mens komplikasjoner får utvikle seg og progrediere. Komplikasjonsfrekvensen er høy, og uttrykker i klartekst at diabetes ikke er en uskyldig sykdom - hverken type 1 eller type 2. Ca. 400 norske diabetikere mister lesesyntet eller blir blinde hvert år. 25 % av ikke-traumatiske amputasjoner gjøres på diabetikere. 15 % av de som nyretransplanteres er diabetikere. Det er dobbelt så stor dødelighet av infarkt hos diabetikere som hos ikke-diabetikere. Tallene uttrykker nok, - her har alle praktiserende leger en stor oppgave. Med disse skremmende store tall, både av erkjent og ikke erkjent

diabetes mellitus og av alvorlige komplikasjoner skjønner man nødvendigheten av et handlingsprogram.

Målet med boken har vært å finne nyoppdaget diabetes, samt behandle og kontrollere diabetikere.

Oppslagsbok eller lærebok?

La det være sagt med det samme; heftet, eller rettere sagt boken, er blitt et meget bra produkt og omhandler det aller meste som er viktig for diagnose, behandling og oppfølging av diabetes mellitus.

Det hevdes at det skal være en kortfattet håndbok som er lett å slå opp i, og ikke en lærebok. Dette er likevel langt på vei en lærebok, selv om den ikke omhandler emner dyperegående. Forutsetningen for å få god praktisk nytte av boken, er at en setter seg godt inn i hele innholdet. Boken er ganske omfattende, og en vil neppe ha fullt utbytte av boken bare ved å slå opp i den røde resyme-del i hvert kapittel, uten på forhånd å kjenne bokens innhold godt. Men det er ingen negativ kritikk at NSAM har utgitt en bok som både er utfyllende og omfattende. Boken er godt strukturert og oppbygget, og omfatter både teoretiske og praktiske emner. Den er faktisk blitt så praktisk at den egner seg godt til bruk i praksis! Og da er målet oppnådd. Men selv om boken i første rekke er beregnet på leger i praksis,

er den godt egnet for enhver lege som befatter seg med diabetes mellitus, enten det er på sykehus eller i praksis.

Innhold.

Både innholdsfortegnelsen og stikkordregisteret er utfyllende og gjør boken lett å slå opp i. Boken inneholder alt man tradisjonelt kan forvente når det gjelder diabetes mellitus.

En rekke emner omtales, så som trygderegler og skattemessige forhold, yrkesvalg og yrkesbegrensninger for diabetikere.

Førerkortforskrifter omtales, og tilgjengelige bøker og brosjyrer er opplistet både med tanke på lege og pasient. Dette er nyttig og praktisk informasjon i hverdagen med diabetespasienten.

Heftet har i særlig grad behandlet diagnose, kontroll og behandling av diabetikere, og omhandler dette bredt. Dette i håp om at behandling av diabetikere til en viss grad kan standardiseres, og gjøres mest mulig lik.

Kriterier for diagnose er omtalt utførlig, videre laboratorieprøver, klinisk undersøkelse og oppfølging og profylakse av komplikasjoner.

Egenomsorg.

Moderne diabetesbehandling går ut på at pasientene selv må ta ansvar for og mestre sin sykdom. Pasientene trenger å få tilstrekkelig informasjon, kunnskap og motivasjon, og det er legen

som er ansvarlig for dette. Det er flere måter å organisere undervisning av pasienter på både gjennom individuell opplæring, og også gjennom gruppebehandling i praksis. Man foreslår å opprette diabetesgruppe på kontoret bestående av lege(r) og kontormedarbeider(e). En bør alliere seg med diabetesteam ved sykehus hvor en kan benytte seg av spesialsykepleier, dietetiker, fotpleier, apoteker og evt. spesiallege både som samarbeidspartnere og i undervisning.

Den lokale diabetesforening og Norges Diabetesforbund kan være gode støttespillere både med utstyr til undervisning og kanskje økonomisk støtte for eventuelle tiltak.

Videofilm og undervisningsopplegg er nå tilgjengelig og er utmerket å bruke i undervisning av diabetikere. En slik behandlingsmodell vil helt sikkert være en fruktbar og interessant måte å arbeide på og en fin måte å møte pasienter på. Flere steder er en kommet igang på denne måten med positive erfaringer.

Huskelapp.

Man har utarbeidet et diabetesskjema for utredning og behandling av diabetes i allmennpraksis. Dette er ment å brukes som huskeliste eller sjekklister og er et positivt og konkret forslag for å bedre kontroller og oppfølging av pasienter. Skjemaet rommer en rekke

data for å samle og forenkle opplysninger om funn, behandlingsform, anamnese, men også sjekklister i undervisning, påviste senkomplikasjoner, lab. verdier og funn ved hver kontroll. Skjemaet skal være en veiledning og til hjelp og brukes som huskeliste, men for andre kan et slikt opplegg virke for tvangspreget. Dette er likevel en fin måte å standardisere behandling og utredning på og er en fin huskeliste og "påminner". En lærer seg å legge opp en behandlingsstrategi.

Sentrale emner som mosjonering, kostveiledning og kostopplegg, samt forebygging av komplikasjoner har fått rikelig plass. Når det gjelder kosthold har tradisjonelt leger vært lite flinke til å definere eksakt og konkret kostholdsopplegg for diabetespasienter. I dette heftet beskrives generelle kostholdsprinsipper, men en dukker også litt ned i dypet med konkrete råd og retningslinjer.

Dette kapitlet utfylles videre av mosjons- og livsstilveiledning.

Det er mange andre nyttige kapitler i boken.

Bla. har man omhandlet flerinjeksjonsbehandling. Selv om dette som oftest behandles i sykehus, er det nyttig å kjenne til prinsippene i behandlingen og beregning av doseringer.

Praktisk opplegg av peroral glucosebelastning, c-peptidtest og bestemmelse av mikroalbuminuri er nøye beskrevet og gjør boken nyttig som oppslagsbok.

Alle får boken tilsendt. Den fortjener nøye gjennomlesing. Det er godt opplegg for behandling og videreoppfølging. En har prøvd å få en pedagogisk innfallsvinkel i informasjon og undervisning av pasienter i gruppebehandling eller møtevirksomhet. Det kan gjøre diabetesbehandlingen inspirerende og med gjensidig nytte både for lege og pasient.

Forfatterne skal ha stor honnør for å ha fått til en bok som bidrar vesentlig til å bedre og standardisere diagnose, behandling og oppfølging av diabetespasienter.

Handlingsprogrammet blir møtt velkommen!

□

Konsensuskonferansen om mammografiscreening

Konsensuspanelet kom fram til et klart NEI til screening på det nåværende tidspunkt. Det er enestående i Norden, og vi vil i det følgende komme inn på bakgrunnen for denne nokså oppsiktsvekkende konklusjonen. Men først:

Av Janecke Thesen

Hva er en konsensuskonferanse (KK) ?

Etterhvert som nye medisinske tiltak introduseres på løpende bånd, får samfunnet et stadig større problem med å EVALUERE disse. Nyvinninger introduseres ofte av entusiastiske forkjempere som gjerne vil spre dette nye godet til flest mulig. Det å ta i bruk en slik nyvinning til store deler av befolkningen er imidlertid en komplisert affære som omfatter både medisinske, økonomiske, administrative, psykososiale og etiske vurderinger.

Ting skjer fort i vår tid. Et nytt tiltak kan være spredt til store deler av vårt samfunn før evalueringsspørsmålet kommer opp. Før i tiden nedsatte man gjerne et utvalg av fagpersoner for å skaffe seg faglig ryggdekning for administrative beslutninger. Men et utvalg bruker som oftest flere år på å komme fram til en konklusjon, og denne er ikke alltid samstemmig.

Her er det konsensuskonferansene kommer inn som en ny metode tilpasset vår tids problemer. Ideen ble utviklet i Amerika, og er nå tatt i bruk i store deler av verden. "Consensus Development Conferences" er fra 1988 et eget søkeord i Index Medicus og Mesh. Her i landet har Helsemyndighetene tatt metoden i bruk som ett av flere hjelpemidler i Medisinsk Teknologivurdering (MTV). Den første KK ble avholdt i august 1986, og handlet om ultralyd-screening i svangerskapet. Det er planlagt avholdt 2 KK årlig.

En KK er organisert som en åpen eksperthøring. Det er på forhånd utformet et sett sentrale spørsmål om det aktuelle tiltaket, og oppnevnt et panel av personer som nyter stor respekt i samfunnet generellt. Disse har bakgrunn innen medisin, men også innen jus, helseadministrasjon, politikk og journalistikk. De møter som enkeltpersoner, ikke som representanter for institusjoner eller organisasjoner.

Panelet hører først på foredrag fra inviterte eksperter, får anledning til å stille dem spørsmål, og høre innlegg fra salen. Det er et viktig prinsipp at KK er ÅPNE høringer, uenighet skal ikke skjules, og alle som mener de har viktige synspunkter kan møte og be om ordet. Panelet trekker seg så tilbake, og må i fellesskap komme fram til svar på de forhåndsformulerte spørsmålene. Konsensus-uttalelsen MÅ VÆRE ENSTEMMIG, og ingen av paneldeltakerne har anledning til å reservere seg mot uttalelsen, eller komme med opplysninger om prosessen som førte fram til den.



Konsensuspanelet. (Fotografier: Jon Arne Skolbekken, NIS)

Den beste karakteristikken av KK jeg har hørt var den professor Piene ga da han oppsummerte siste dag: Panelet er å likne med et landsbyråd, der de (eldste) og klokeste og mest innsiktsfulle personer kaller sammen til landsbymøte for å ta stilling i en vanskelig sak. De innkaller og hører eksperter, men alle kan møte og gi sine synspunkter tilkjenne før landsbyrådet fatter sin beslutning.

Nå er det ikke slik at det er landsbyrådet som fatter de daglige beslutninger i våre liv, ei heller i helsevesenet. Konsensusuttalelsen tjener formelt ikke til annet enn endel av beslutningsgrunnlaget for helseadministratører og helsemyndigheter. Men samtidig har vi erfaring for at den også tjener som en anbefaling for de som arbeider i helsevesenet, og som saklig informasjon til pasienter og publikum om et omstridt tema. Hvorfor dette er viktig skal jeg komme tilbake til.

Mammografi - mammografiscreening.

Mammografi har vært i diagnostisk bruk i over 30 år. Randomiserte, kontrollerte prospektive studier (HIP-studien, WE-studien) har vist redusert dødelighet av brystkreft (BK) hos inviterte til et screeningprogram. Reduksjonen synes å holde seg over tid. Mange private helseinstitutter tilbyr mammografiscreening til kvinner. I alle de nordiske land samt England foreligger det sentrale anbefalinger om å innføre screening, og de fleste er godt i gang. I Norge konkluderte NOU 1987:7 med at det burde innføres et landsomfattende screeningprogram. Allikevel konkluderte KK med et foreløpig NEI i Norge. Hvorfor?

Panelet hørte i alt 27 ekspert-foredrag, samt tallrike innfall/utfall før de trakk seg tilbake. I tillegg til generell innføring i screeningundersøkelser og gjennomgang av konklusjonene i NOU 1987:7 var vi innom følgende hovedemner:

Brystkreft: Forekomst, risikofaktorer, forløp.

Brystkreft kan ikke forebygges med de kunnskaper vi har i dag, bare tidlig oppdages. Den er som oftest en systemsykdom allerede på diagnose-tidspunktet, og vi mangler enda det store gjennombruddet i

behandlingstilbudene. Prognosen er blitt noe, men ikke avgjørende bedre enn for 20 år siden.

Om grunnlaget for mammografiscreening.

Her fikk vi en gjennomgang av de mest aktuelle studiene, HIP-studien og WE-studien er nevnt over. I tillegg fikk vi framlagt resultatene fra Malmö-studien som ble publisert oktober 1988. Den viser bare en meget liten, ikke-signifikant dødelighetsreduksjon av brystkreft hos de screening-inviterede kvinnene. Det var meget spennende å følge diskusjonen, og å se de impliserte i de svenske undersøkelsene (L. Tabar, I. Andersson) i engasjert diskusjon. Men konklusjonen ble at det ikke er sikkert dokumentert at screening er et effektivt tiltak for å redusere dødeligheten av brystkreft. Det er to undersøkelser til på gang i Sverige, i Stockholm og i Gøteborg. Det foreligger ingen resultater herfra foreløpig. Den svenske cancerforeningen har nedsatt en review-gruppe som skal gjennomgå dødsårsaksklassifisering, statistisk analyse og alle resultater fra de 4 svenske undersøkelsene i detalj. Dette forventes å ta et par år. Det viste seg at panelet la meget stor vekt på opplysningene om denne review-gruppen.



Kommunelege Myraker snakker om selvundersøkelse/klinisk undersøkelse

Alternativ til screening.

Her fikk vi framlagt en oversikt over veivalg i andre land, skisser utarbeidet av Statens Helseundersøkelser for selektiv screening og tallmateriale fra Ring-senterets mammografiscreening. Kommunelege E. Myraker påpekte de unike muligheter vi har til å utnytte den gode primærhelsetjenesten i Norge til en intensivert innsats på egenundersøkelse og klinisk undersøkelse av små brysttumores.

Forutsetninger for screening.

Her fikk vi en serie glitrende gode foredrag som påpekte at vi trenger flere ressurser før det er mulig å innføre mammografiscreening (mammografiapparater, radiologer, radiografer, patologer, spesielt interesserte kirurger.) Videre vil screening kreve klarere retningslinjer (handlingsprogrammer?) og føre til en sentralisering av brystkreft-behandlingen. Det vil også kreve økt strålekapasitet grunnet økt bruk av brystkonserverende kirurgi - alle disse pasientene må ha lavfraksjonert, postoperativ strålebehandling for å sikre lokal kontroll. Endel av disse økte ressurser må vi også ha etterhvert som den kliniske mammografi bygges ut, men i mindre omfang.

Andre konsekvenser av screening.

Her fikk vi gjennomgått strålerisiko, kostnads-nytte-vurderinger og etiske aspekter. Kvinnene selv fikk også anledning til å gi uttrykk for hva de mener ved at 2 intervjuundersøkelser ble lagt fram: En blant de "falsk positive" fra Tromsø-prosjektet ved I. T. Gram, og en fra 505 tilfeldig utplukkede og telefonintervjuede kvinner i regi av Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) ved A. R. Sætman. Sistnevnte hevdet at standpunkt mot, likesåvel som standpunkt for screening kan hevdes å være "kvinnedak".

Panelets time.

Panelet hadde tilslutt anledning til å be om synspunkter fra de tilstedeværende, det være seg innkalte eksperter eller salen generelt. Mange benyttet anledningen til å gi panelet velmente råd og gode ønsker mht nattens konsensusprosess. Denne var nok ikke helt enkel, for vi fikk neste dag vite at panelet først kom i seng kl 07 neste morgen før de møtte oss andre og presen til presentasjon av konsensusuttalelsen kl 10. En imponerende innsats!



Hovedkonklusjonene.

Konsensusuttalelsen er på 16 sider og trykkes i sin helhet i Tidsskr Nor Lægeforen. Her er imidlertid hovedkonklusjonene: (fig 1).

- Panelet anbefaler ikke masseundersøkelse (mammografiscreening) innført nå.
- Panelet finner det riktig å avvete resultatet av den samlede vurdering av de svenske vitenskapelige undersøkelser.
- Panelet anbefaler å styrke det kliniske mammografitilbud kvantitativt og kvalitativt på landsbasis.
- Panelet mener en slik styrking av den kliniske mammografi under enhver omstendighet er ønskelig. Den vil samtidig være en nødvendig forutsetning for en eventuell senere innføring av landsdekkende masseundersøkelser med mammografi.

Hovedbegrunnelsen for den oppsiktsvekkende konklusjonen finner vi på side 6 i uttalelsen:

"På det nåværende tidspunkt kan ikke panelet se at nytteverdien av masseundersøkelse med mammografi rettferdiggjør de betydelige omkostningene som innføring av denne metoden medfører."

Reaksjoner og veien videre.

Panelets uttalelse ble møtt med både anerkjennelse og skuffelse. Særlig interessant var vel reaksjonen til L. G. Larsson, svensk professor i Onkologi og leder av den svenske reviewkomiteen (se over). Han ga støtte til konsensusuttalelsen, kanskje ikke så mye fordi han trodde reviewkomiteen ville gi "det endelige svar", men mer grunnet de praktiske problemene med innføring av screening før oppfølgingssapparatet er skikkelig utbygd. Disse problemene har også svenskene følt på kroppen.

Men en ting synes det å være enighet om: Det har vært en alvorlig og gjennomført mangel på oppfølging av alle sentralt initierte faglige vurderinger på dette feltet, det være seg arbeidsgrupper, offentlige utvalg eller KK. Det er idag overhodet ingen uenighet om innføring av organisert screening vha -

cervixcytologi. Tallrike utredninger konkluderer med dette - hvorfor er ikke dette fulgt opp? Det er over 2 år siden KK om ultralydscreening i svangerskapet konkluderte med innføring av tilbud om en undersøkelse omkring 17. svangerskapsuke på visse premisser. Hvorfor er ikke dette fulgt opp?

Helsedirektorat/Sosialdepartement: Hvor er dere? Dette skjønner ikke vi som arbeider i helsevesenet noe av. Dersom dere kan forklare oss det er UTPOSTENS spalter åpne, hvis ikke: Sett igang!

Avsluttende kommentar.

MTV er svært viktig i dagens samfunn. Uten kritisk evaluering i forkant av utviklingen vil helsemyndighetene komme på defensiven i prioritering av ressurser til nødvendige helsetiltak. Befolkningen vil lett forføres av entusiastiske ildsjeler for nye tiltak til å tro at "mest er best". I denne situasjonen er KK en verdifull nyskapning og et meget godt alternativ til tradisjonelt utvalgsarbeid. Personlig er jeg overbevist om at forskjellen i nytteverdi på en Konsensusuttalelse og et utvalgsarbeide er neglisjerbar forutsatt en nitid og balansert forberedelsesarbeid. Forskjellen i tid ligger i størrelsesområdet 3 dager til 3 år.

Men arbeidet må følges opp!

Jeg kunne nesten vært fristet til å anbefale de ansvarlige for både utvalgsarbeid og KK om ikke å arrangere flere før den forrige er fulgt opp. Men jeg vet ikke om jeg tør..... Tross alt har utredninger og Konsensusuttalelser tjent som anbefalinger til helsepersonell og saklig informasjon til pasienter og publikum. Skulle vi miste også dette kan vi med rette sies å befinne oss i en medisinsk teknologijungel der decibelmetoden er den eneste med sikker - og dokumenterbar - gjennomslagskraft.

Kommunelege
Janecke Thesen

□



Behandling med Psykofarmaka

I 1988 utkom 2 bøker om dette tema med relevans for den allmenmedisinske hverdag:

A. Behandling med psykofarmaka - samspillet med andre behandlingsformer. Per Vestergaard, Jes Gerlach (red.) Munkgaard, København, 1 utg. 240 s. Kr. 248,-. Dansk tekst.

B. Psykofarmaka, Den medikamentelle behandling av psykiske lidelser. Odd Lingjærde. TANO Oslo 1988, 3 utg. 524 sider. Kr. 448,- ib.

A. Behandling med psykofarmaka - samspillet med andre behandlingsformer.

Boka har flere danske forfattere med erfaring innen klinisk psykofarmakologi. Den kjennetegnes av en særdeles tiltalende og oversiktlig redigering med bred marg som inneholder stikkord/emneord og gjør den rask og enkel å finne fram i.

De biologiske virkningsmekanismer er til dels vist ved hjelp av gode illustrasjoner og kurver. De forskjellige medikamenter innen hver gruppe er ført opp i tabeller ved begynnelsen av de aktuelle kapitler med både generisk navn og handelsnavn, den viser dosenivåer, halveringstider, rangering av bivirkninger og til dels de terapeutiske plasmakonsentrasjoner (hvor dette er kjent).

Boka gir en lett tilgjengelig, generell innføring i den kliniske bruk av psykofarmaka, de biologiske virkningsmekani-

nismer og farmakokinetikk. Samspillet med andre alternative behandlingsformer nevnes kort hvor dette er relevant.

Det er egne kapitler om bivirkninger, forgiftninger og interaksjoner, samt misbruks- og abstinensbehandling. Hvert kapittel har en litteraturhenvisning om emnet.

Boka har et reflektert syn på viktigheten av riktig diagnostisering før den eventuelle medikamentelle behandling og valg av disse iverksettes.

Kapitlene om anxiolytika og antidepressiva er eksempler på dette. Som allmennpraktiker satte jeg særlig pris på disse kapitlene, da dette er omfattende og viktige problemer i den allmenmedisinske hverdag.

Alt i alt er denne læreboken oversiktlig og pedagogisk tilrettelagt, og burde være et godt generelt tilskudd til allmennpraktikerens bibliotek.

Ønsker man derimot å sette seg *dypere* inn i psykofarmaka's virkningsmekanismer og den internasjonale forskning på området, er Odd Lingjærde's "klassiker" selvsikre, utkommet i ny og revidert form:

B. Psykofarmaka, Den medikamentelle behandling av psykiske lidelser.

Boka er tettskrevet, har hyppige innfødte avsnitt i små skrift, gjerne med henvisning til kontrollerte forskningsresultater,

kasuseksempler eller utdypende farmakologiske prinsipper etc. På grunn av sin informasjonsrikdom kan boka virke tungt tilgjengelig for leseren, men dette oppveies i stor grad av en god innholdsfortegnelse. Under hver kapitelfortegnelse er det et oversiktlig emne-register som gjør boka verdifull som oppslagsbok.

Sammenlignet med tidligere utgaver, er det i denne utgaven et nytt sykdomsorientert kapittel. I en ellers svært medikament- og forskningsorientert bok, er dette et godt tilskudd for den kliniske praksis, idet det gir en mer samlet oversikt over indikationsområder og alternative behandlingsformer.

Boka inneholder sannsynligvis det meste av det som i dag finnes av viten innen feltet "psykofarmaka", med en omfattende litteraturhenvisning, ca. 1200. For allmennpraktikeren er den å betrakte som en god oppslagsbok innen feltet, og/eller når en ønsker å fordype seg innen bestemte temaer som f. eks. diazepam, antidepressiva etc.

Som lærebok betraktet er nok Vestergaard og Gerlach's bok adskillig mere pedagogisk tilrettelagt.

Ester Fjellheim,
Gausdalsvn. 47,
9020 Tromsdalen





Tromsø Memorial Legenden om lysløypa Rekviem over seksti - søttiåra

Signaturen Kå Hå vil være kjent blant Utposten's lesere som illustratør. For oss som har vært unger nordpå er han bedre kjent som institusjonen "Han Torsp", - barnelege Kåre Håvard Torp. Som han selv uttrykker det:

"Etter 25 år ble man smått en del av landsdelens samlede helsetilbud, det kom i ny og ne sikre tegn på det. F. eks søknad om innleggelse i barneavdelingen: "Hun har vært hos helbreder i Fauske, hos håndspålegger i Vadsø, har brukt Branhams duk og diverse lokale urtemiksturer, - alt uten nytte. Har også prøvd dr. Torp".

Boka består av et lite 100-talls sider med epistler og tegninger basert på "10-15 år i en bortgjemt nord-norsk avisspalte". For denne leseren er boka først og fremst karakterisert ved den umiddelbare glede over den ukuelige frodighet etterhvert som man humrer seg frem over sidene, rikt illustrert av forfatterens Utpost-kjente strøk og med kjærlighet til den nordlige landsdel og menneskene der lysende fra sidene.

(Mange av illustrasjonene fra boka finnes spredt rundt i dette nr. av Utposten, så leserne kan se for seg selv).

Hva vil han med boka? Selv sier han: "Å debutere i sitt 75-ende er ikke hver manns sak. De fleste av oss er jo daue. Og av resten er jo mange ved sine fulleste fem, med vurderingsevne og selv-kritisk sans krystallklart i orden".

Man kan ha et behov for å formulere seg, og på sett og vis skriver man tilbake til seg selv. Og sånn sett er realiseringen av dette heftet en tilfredsstillende, ja ens private lille suksess, og det helt uavhengig av den ytre respons". "Dette å kunne meddele meg ut over egen levetid har fanget meg. Jeg har derved lik-som fått tak i en flik av evigheten".

Og leserne - vi andre - hva har vi fått ut av det foruten øyeblikkets artighet? Jeg aner vel et budskap og en livsfilosofi bak de skarpe observasjonene av folkeliv og natur, godt skjult i munter sjøloroni.

Enkelt sagt synes budskapet for meg å være noe slikt som:

Det lønner seg å gå.

Gående lever, opplever, observerer.

I tillegg er det sunt - uten at den siden av saken blir tillagt plagsom vekt. Det er særlig i kapitlet "Fotgäär" at dette blir tydelig. Her slår han til med en bit helseopplysning:

"Det viktigste minuttet i døgnet er tidlig på morran, for da avgjøres det inni deg om du:

1. skal ligge videre, så får du dårlig tid og må ta bilen, eller om du;
2. straks står opp og småjoger til jobben (og dermed må traske også i ettermiddag).

På årsbasis er dette hele forskjellen på å være, og ikke være i rimelig form. Og statistisk gir dette mange flere dager å vandre på, mens du minnes din venn bilisten som vandret så rent for lite, før han plutselig vandret heden".

Boka kan fås for kr. 107 fra forfatteren:

K.H. Torp, Haukåsen, 2380 Brummunddal eller fra bokhandlerne i Tromsø.

Berit Olsen



FOT-
GÅAR

Brev fra leserne:

Hvorfor jeg drar til 12 Wonca-kongress i Jerusalem 28.5 - 2.6.89

Per Fugelli, Kirsti Malterud og Steinar Westin mener at norske leger bør boikotte WONCA-kongressen i Jerusalem. De påstår at deltagelse betyr indirekte støtte til Israels fremferd mot palestinerne.

Denne påstands urimelighet er åpenbar og vil ikke overbevise kollegaer med intakt proporsjonsans. Hva vi enn mener om Israels politikk og fremferd kan den ikke legges Israels blomsterhandlere, symfoniorkestre, sirkusartister eller leger til last.

WONCA kunne sikkert ha valgt et roligere hjørne av verden, men hvor mange land blir tilbake hvis vi sorterer stater fra hvis politikk og metoder vi misliker?

Hovedparten av kommunistdiktaturer utgår sammen med de fleste stater i Sør-Amerika, Afrika, Asia og den arabiske verden. USA er vel neppe stueren - og etter første runde står vi tilbake med Canada, Skandinavia, Sveits, Ungarn, New Zealand og Seychellene. Hvis vi dernest ser på Norges håndtering av selfangsten, Sveriges våpensalg osv. osv. står vi til slutt tilbake med Bern, København, Budapest og Wellington som akseptable vertsbyer for medisinske kongresser.

En av måtene å fremme internasjonal forståelse på er å støtte internasjonalt samarbeide. WONCAs rolle som Non-Governmental-Organization under FN fortjener å bli støttet av flest mulig allmennpraktikere og nasjonale allmennpraktikerorganisasjoner over hele verden.

Det er derfor skuffende å se kolleger motarbeide en WONCA-kongress for å ri sine politiske kjepphester.

WONCA-kongressen i Jerusalem blir antagelig en ypperlig faglig kongress og et ørlite bidrag til økt forståelse, men vi vil savne Per, Kirsti og Steinar.

Nils Lønberg

Oppdrettsfisk full av medisin!

Skaper fiskeoppdrett syk fisk?

Av Svein Tore Kveim

48 tonn medisin ble brukt i norske anlegg for fiskeoppdrett i 1987. Dette står å lese i Aftenposten 23. april i år. Det alt vesentlige er antibiotika. Bortsett fra at det viser at næringen har sine problemer, så representerer dette også et betydelig miljøproblem som kan få betydning for oss mennesker.

48 tonn - 48 000 kilo - 48 000 000 gram. Hvis dette hadde vært penicillin, så ville det svare til 24 000 000 - 24 millioner - vanlige døgndoser til voksne personer. Det svarer til at 4 millioner voksne - hele Norges befolkning - skulle ha en 6 dagers kur med penicillin hver.

Disse mengder antibiotika brukes regelmessig i et fåtall anlegg rundt norskekysten - og i innlandet. Bruken skyldes at det har oppstått alvorlige sykdomsutbrudd i oppdrettsanleggene, blant annet den mye omtalte Hitrasyken.

Villfiskens påvirkning

Bruken av medisiner til anleggfish betyr også at det går ut betydelige mengder medisin også til villfisk. Villfisk forekommer i store mengder rundt anlegg, fordi endel av maten alltid vil gå ut av anlegget. Dermed skjer en utilsiktet behandling av fisk, som kan

fanges utenfor anlegget, og som man ikke kjenner til om har fått antibiotika eller ikke.

Sjansen for at det skal skape problemer for mennesker er betydelig, spesielt for allergikere.

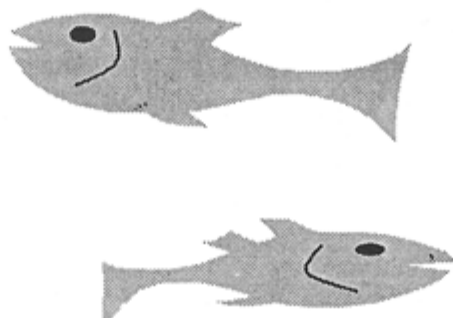
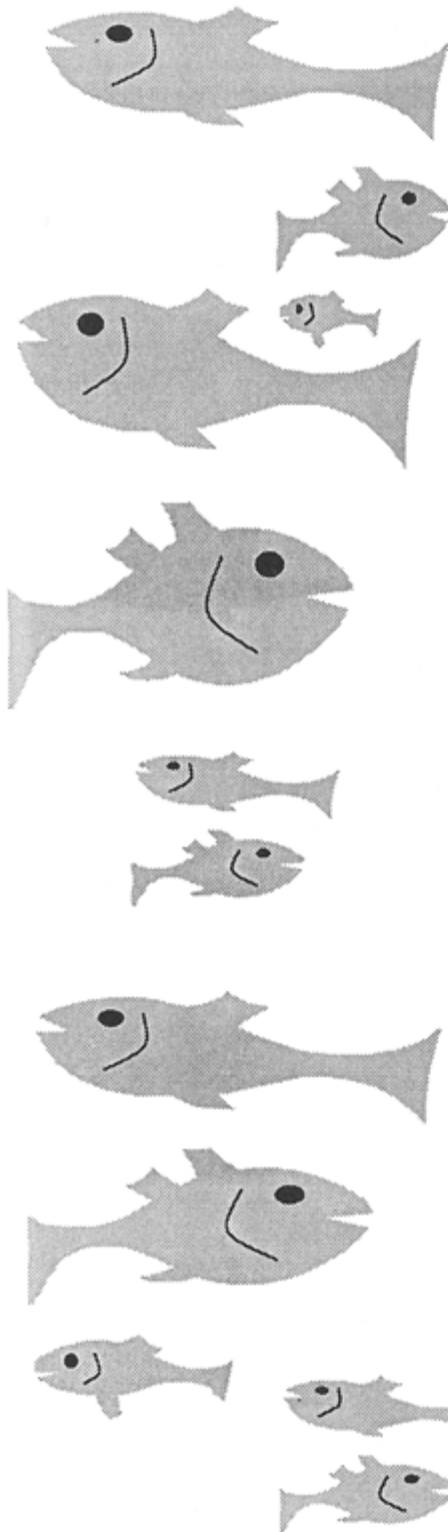
Jeg skal ikke her gå inn på problemer for mennesker, men vil heller se på oppdrettsnæringen som sykdomsskaper i fiskebestanden. Jeg vil belyse dette ved å vise til hva vi vet om miljø og helse hos mennesker.

Smittespredning i ghettoer

Fra medisins historie vet vi at infeksjonssykdommene var de dominerende i tidligere tider. Endel av disse var utbredt i alle samfunn - men endel var klart dominerende i byene. Med økende forståelse for smittsomme sykdommers utbredningsmåter, viste det seg at mange sykdommer lot seg begrense eller bekjempe med hygieniske tiltak, lenge før antibiotika fantes.

Men også i vår tid, med tilgang på en rekke medikamenter, har vi store problemer med infeksjonssykdommer i mange deler av verden. Storbyene er hardest rammet - og innen disse - er det verst i slummen. Her herjer de fleste smittsomme sykdommer, og krever en rekke menneskeliv.

Verdens beste medisin tiltross - sykdomsforekomst har alltid vært knyttet til sosiale grupper. Jo dårligere sosiale forhold - jo dårligere helse. Mennesker som bor tett sammen er sterkere utsatt for smittsomme sykdommer. Her kan nevnes slumstrøk, flyktningeleire, fangeleire, men vi kan også nevne barnehager, skoler og internater, som eksempler på steder hvor smitte lett brer seg.



Når fisken konsentreres

Når forholdene er slik hos oss mennesker, tillater jeg meg å bruke tilsvarende tenkning når det gjelder fisk. Samling av tusener av fisk på et begrenset lite felt, må få alvorlige konsekvenser for fisken. Det skal visstnok være kjent at den pådrar seg stress-symptomer. Dette vil i sin tur kanskje svekke dens fysiske helse. Blant mange individer vil der alltid være noen med forskjellige smittesykdommer. Den nærkontakten som nødvendigvis må oppstå i et fiskeanlegg, må like nødvendig føre til smittespredning.

Hadde den samme smittede fisk gått fritt i havet, ville den trolig blitt syk, og bukket under, uten å rekke å smitte særlig mange andre fisker.

Mennesket gjør fisken syk

Min påstand er - at det å lage konsentrasjonsleire for fisk, som et oppdrettsanlegg på mange måter kan sammenlignes med - i seg selv er det som skaper sykdom blant fisken. På lang sikt kan dette skape problemer for fiskerieringen selv.

Dette er et betydelig ansvar både for myndighetene, for næringen og for de veterinærer som foreskriver medikamentene. Disse må alle vurdere konsekvensene for fiskebestanden og påta seg ansvaret for at forbrukerne ikke får levert fisk som kan være helseskadelig.

Bør kanskje fiskerieringen vurdere om oppdrett av fisk kan skje på andre måter enn i dag? Kan man tenke seg at oppdrettet kan skje i langt større områder - kan bruk av mindre, avstengte bukter gi bedre forhold? Ville det skape triveligere og sunnere forhold for fiske, med mindre medisinbruk, bedre vekst og bedre miljø og økonomi.

Er dette miljørettet helsevern?

Svein Tore Kveim,
fylkeslege i Aust-Agder.

NSAM's referansegruppe i allmennt medisinsk kvinneforskning (Åsa Rytter Evensen, Reidun Førde, Sidsel Graff-Iversen, Kirsti Malterud og Ellen Rygh Myraker) sender i disse dager ut et spørreskjema til alle landets kvinnelige allmennpraktikere. Vi ønsker å kartlegge forskningserfaring og forskningslyst blant våre kolleger. Samtidig vil vi gjerne vite mer om hva som eventuelt hindrer kvinnelige allmennpraktikere i å forske. Vi håper alle tar seg tid til å svare. Resultatene vil vi gjerne legge frem på den 6. Nordiske kongressen i allmennt medisin i Århus.

Åsa Rytter Evensen

Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

2050 JESSHEIM

1341

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: Utposten nr. 3 1989

Leder Berit Olsen	side 99
Screeningundersøkelser i skolen Anders Grimsmo	side 100
Helsetjenesten i grunnskolen - noen tanker og idéer Jonny Hovland	side 106
Skolelegearbeidet - omprioritering i ressursknappe tider Anne Mathilde Hanstad	side 110
Sykelhjelm et kommunalt ansvar ? Martin Holte	side 114
NSAM's spalte	side 115
Barneulykker i Vestfold Vidar Bjørn	side 116
Voldsproblematikk på institusjon for psykisk utviklingshemmete Silvia Braut	side 120
Minst til de som trenger det mest Egil Willumsen	side 122
Helsekroken i Rindal Ola Lilleholt	side 124
Helse for alle i Norge Torbjørn Mork	side 128
Nyttig om diabetes - NSAM's handlingsprogram Tore Dahlberg	side 134
Konsensuskonferansen om mammografiscreening Janecke Thesen	side 136
Bokanmeldelse Ester Fjellheim	side 139
Bokanmeldelse Berit Olsen	side 140
Brev fra leserne	side 141
Oppdrettsfisk full av medisin Svein Tore Kveim	side 142