

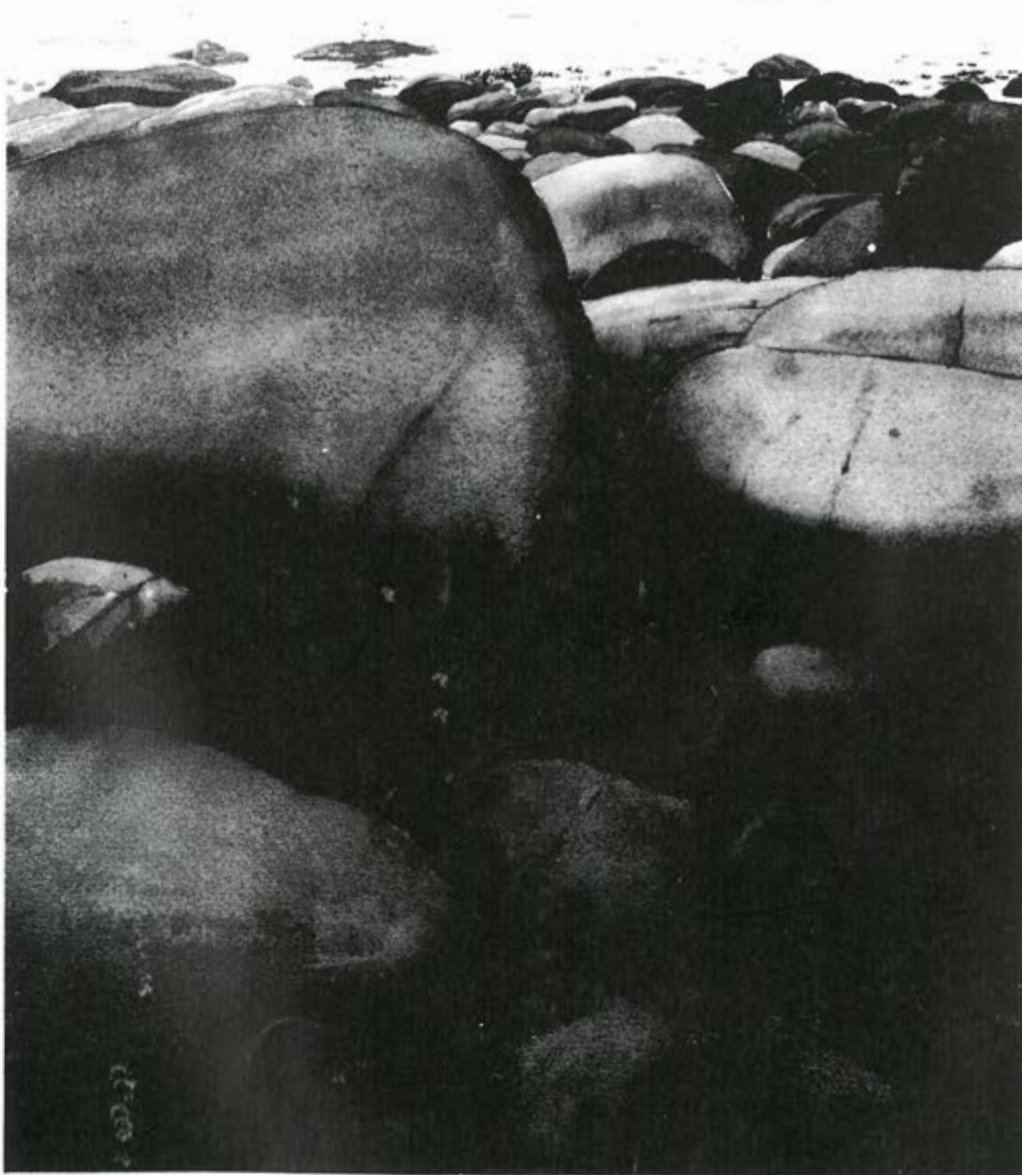
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1989

ÅRGANG 18



«Rullestein», akvarell SVEINUNG IVERSEN

Hovedtema: Hud



Foto: Kari Gorwitz

Pressemelding I

En ny sykdom
er kommet til landet

Hvis vi
kommer borti hverandre
eller tar på hverandre
eller kysser hverandre
går vi av på midten.

Underkroppen viser
animalske tendenser
mens overkroppene
sies å leve
et rikt indre liv.

Vi forbereder oss på
kommunikasjonskrise
og en lang
og kald
vinter.

Trond Botnen

Redaksjonen avsluttet 8.3.89

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

Gunn Aadland 6760 BRYGGJA	Mette Brække 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

Hudsykdommer er mer enn papler, vesicler, bullae ...

Leder:

Under arbeidet med dette nummeret av Utposten har et minne fra studietiden dukket fram:

Vi hadde en energisk og dyktig foreleser som underviste oss om psoriasis. En forelesningstime hadde han samlet en hel gruppe pasienter med forskjellige grader og sorter av psoriasis-utbrudd, unge og gamle, med og uten artritt osv, og alle hadde det til felles at de kom inn i undertøy. Vi studenter ble tatt fram en etter en for å beskrive de enkelte pasientenes utslett. Vi synes dette var lærerikt og "matnyttig". Vi fikk endelig se i virkeligheten det vi hittil bare hadde sett på bilder. Vi oppgav diametre, form-variasjoner (annulære, circinate, guttate....), lokalisasjoner, skrapte på flass og kjente på "skarp overgang til normal" hud.

Mitt kasus var en ung mann omtrent på min egen alder, og i løpet av beskrivelsen kom jeg til å ta på ham og kjente med ett at huden hans var glovarm! Han rødmet fra tær til hårfeste, så ned og var tydelig svært brydd. Jeg tror at grunnen til at jeg ennå husker denne brennende huden, er at dette kom overraskende og at jeg ble tatt på "fersk gjerning". Jeg hadde latt meg rive med av alle de "fine" utslettene, og helt glemt at det var utseendet til pasientene vi *egentlig* beskrev, utseendet til en ung mann på min egen alder som hadde kledd seg nesten naken for oss for å blottlegge de skavankene han vanligvis skjulte med høyhalset og langermet genser. Rekken av eksempler på "forskjellige manifestasjoner av psoriasis" skiftet med ett karakter; det trådte fram rødmende, kløende, brydde enkeltpersoner som skjemtes ved å vise seg fram.

Jeg tror dessverre ikke dette representerte noe definitivt vendepunkt i min måte å nærme meg pasientene med hudsykdommer på, men la oss håpe det var en forsiktig begynnelse. Hudpasientene har tradisjonelt vært: macler, papler, bullae eller vesicler, med og uten kløe, Hydrocortisonsalve eller ikke.

Derfor er Nina Malteruds artikkel i dette nr. av Utposten viktig. Hun viser oss glimt inn i den kronisk hudsykes motsetningsfylte virkelighet. Hun viser at pasienten har betydelig større vanskeligheter å slite med enn "Hydrocortison-salve eller ikke". Dette er vanskeligheter og tanker som har stor betydning for symptomer og forløp, og som ofte ikke kommer fram i konsultasjonen i det hele tatt.

Voss 15.02.89

Marit Hafting, som sammen med Gunn Aadland er ansvarlig redaktør for dette nummeret av Utposten.

Hardhudet og hudløs



Nina Malterud f. 1951.
Kunsthåndverker. Atopisk eksem,
asthma og allergi fra tidlige barneår.

Foto: Kari Gorwitz



**"ja, dette har du vel vent deg til
å leve med"**

Av Nina Malterud

Det er en bekjent som sier dette til meg. Vi har snakket om forkjølelser og influensaer, og jeg har sagt at det eneste som plager meg er eksem. Det er vel ikke så rart hun tror dette, at jeg som er 37 år og har hatt eksem i 36 1/2 år har vent meg til å leve med dette....., men jeg blir gående og lure. Har jeg det? Hva betyr det å leve med noe? Jeg lever jo med det enten jeg vil eller ikke, det er et fysisk faktum. Men i forsoning og akseptasjon? Heller en vedvarende konflikt. Maktkamp mellom det friske og det syke. Uendelige forventninger om en gang å bli frisk (helst snart) - og skuffelsen over at dette ikke skjer. Dette lever jeg også med.

Tørr, tørr hud. Jeg smører, men etter en tid er huden tørr igjen, stiv, sår, gjør krav på oppmerksomhet. Noen ganger bare etter noen timer, noen ganger en dag eller et døgn. Dette er mærrittet: ørkenen som sprer seg, tørken som sluker all fuktighet. Beredskapen: må ha fuktighetskremer i huset, i veska, på jobben. Prøver ut alle typer: billige,

dyre, apotek, parfymeri, alt skal være prøvet. Klisset sengetøy, klissete undertøy, skuffen må være full av rene trøyer, vaskemaskinen må være tilgjengelig. Dette er et opplegg en må øve seg i for ikke å gjøre det vanskelig for seg. Beredskapen blir rutine, går sin nødvendige gang. I oppmerksomme perioder forsøker jeg å fylle omsorgen med lyst og velvære - og slår kanskje over i en innett mani: her skal det pleies vekk, om så med makt. Møter, på bunnen: en vedvarende uvilje mot det hele. Sår som bare åpner seg, de samme om igjen eller på nye steder. Huden som skulle vært en hel flate, en beskyttelse, er full av huller og jeg må legge på en ny beskyttelse, en ekstra hud. En underliggende oppmerksomhet på temperatur, klima: det må ikke bli for varmt, for tett, for fuktig, for tørt, for støvete - huden utjevner ikke som den skal mellom innenfor og utenfor. Varme: et slags overtrykk som blir til irritasjon og kløe. Også min egen sve-
tåler jeg ikke alltid. Skorper som pilles av, flass i hauger. Umulig å la det være i fred, rastløse negler der jeg kan komme til. Ekkelt. Forestillinger om tonnevis av død hud, små hvite flak. Våkner midt på natta. Kløen er ild i kroppen, brann. Vil ikke våkne, i hvertfall ikke av dette, men blir langsomt tvunget av en kløe så intens at jeg vrir meg rundt, kaster meg rundt. Varmt, alt er for varmt, snur den varme dynen, om igjen etter tre minutter. Eneste svaret på kløen er å klø, jeg blir sint over å kjenne at jeg ødelegger meg, sint over nattesøvnen som blir ødelagt. Smører på alt mulig, rasende forsøk på å lindre og dempe. Etterhvert går det over og jeg sovner igjen, opprevet både i det indre og det ytre, en fortvilelse som sitter igjen også morgenen etter.

Frisk eller syk

Smertegrensen: Jeg holder på med noe, f. eks. å skrive denne artikkelen, opp-tatt i en tanke eller en bevegelse. Plutselig merker jeg at summen av mange små irritasjoner eller sår er blitt til en mengde som trenger seg opp i bevisstheten, en smerte som tar plass og oppmerksomhet og må tas stilling til - og det føles som om jeg har mistet en frihet, jeg er blitt invadert av meg selv. Min smertegrense er høy. Jeg er så og si blitt ganske hardhudet av å leve med så tynn hud. Mine ønsker om å gjennomføre en plan uforstyrret, kan noen ganger bli ganske hensynsløse. Og overfor andre: en forakt for folk som tåler mindre enn jeg selv. Men så, når det blir så ille at jeg må erkjenne meg selv som syk, er alt i orden igjen: jeg kan ta i bruk både medlidenhet, omsorg og oppmerksomhet. Mine egne definisjoner påvirker altså opplevelsene. Er jeg frisk, er alt dette uvedkommende og forstyrrende. Er jeg syk, kan jeg ta meg av det.

Det uberegnelige

En fredelig søndag hjemme. Jeg står sent opp, planlegger dagen, rusler rundt og går meg til. Etterhvert blir jeg var en tiltagende kløe uten noen synlig årsak: underkjeven, halsen, sprer seg til hele ansiktet og tar helt overhånd, umulig å la være å klø. Øynene til slutt bare små sprekker i et hovent rødt ansikt - dette er skjedd på en halv time. Uvel og deprimert går jeg til sengs igjen og begynner dagen på nytt senere på ettermiddagen.

Eller: En reise. Morgen, frokost på et hyggelig hotell, rundstykker, kaffe, ost, smør. Under samtalen flimrer en svak lukt av fisk forbi meg, men finner ikke feste i noe jeg kan se. Jeg klør litt i øret mens jeg snakker, distre, plutselig registrerer jeg at kløen har tiltatt, og på et kvarter er øret dobbelt så stort, halve ansiktet er hovnet opp - og jeg er gått rett ned.

Forklaring: Smørpakken hadde antagelig ligget i en fiskeanretning dagen før, og jeg har klødd fisk rett inn i øret. Jeg føler meg overfalt, angrepet, utsatt for en sammensvergelse.

Behandling

Cortisonsalvene: Lettelsen, befrielsen i overgangen fra en hektisk rød, kløende tilstand til en rolig blek, helet - for en stund. Jeg vet at det kommer tilbake, at helbredelsen ikke er varig. Huden tettes igjen for en tid, eksemene skyves innover og legger seg i hi til den sprenger seg ut igjen. Ingen kan overbevise meg om at disse stoffene ikke er farlige, at jeg kan bruke dem med full tillit og sinnsro - som jeg skulle ønske. Mellom barken og veden, hva vil du helst ha av pest og kolera.

Mine ønsker til legene her:

- Snakk om dette med de pasientene som vil, om og om igjen.
- Bruk fantasien på alle former for mer uskadelig behandling.
- Tenk på å trekke inn psykoterapi og fysioterapi.
- Se på om allmenntilstanden kan bedres, også ang. f. eks. stress og økonomi.

Det mest truende

"Synes du ikke dette ser kjempeekelt ut?" sier jeg til venninnen min. Jeg viser henne noen bilder i en brosjyre om eksem: blekrosa hud med rødt utslett. Tja, sier hun og er slett ikke så berørt. Mens jeg, som har blekrosa hud med rødt utslett, greier nesten ikke å se på disse bildene. Jeg synes de er vemmelige, skremmende, assosierer til spedalskhet, deformerte mennesker. Jeg ser denne skrekken gjennom bildene, mens når jeg ser på meg selv, er den kamuflert i det tilvente. En slags trussel om å kunne bli utslettet? av denne ustyrlige sykdommen som kommer og går sine egne veier utenfor min bevisste forståelse og styring. Deler av huden min ser ut som om den tilhører en gammel person. Rynkete tørt skinn. Dette truer meg ikke. Det er etter stormen, overlevd, gjennomlevd, og påkjenningene den har vært gjennom, er synlige.

Beruset mann på restaurant ser skrekkslagent på meg, lener seg over bordet og griper hånden min: men hva har skjedd med deg? Mine gamle hender forstyrrer tydeligvis hans bilde av en ellers alminnelig utseende yngre kvinne, og det vil han mer enn gjerne meddele meg. Jeg blir utålmodig og irritert over å bli gjort til en kuriositet og et sentimentalitetsobjekt, føler meg



ikke truet av en slik idiot. Dette er ikke en engangshendelse, snarere en klassiker. Men det er nok av andre mer voksne måter å møte en sykdom på, til at denne blir farlig for meg.

Allikevel er det noe: Når jeg har sett reklame nr. tusen med disse glatte jentene som er hud og hår og knapt noe mer, og ikke greier å skyve dem tilbake der de hører hjemme: i en moderne uvirkelighet. Plutselig ser jeg disse bildene overalt, og skrekken for å være et slags monster i en verden av silkeglatte skjønnheter, kryper innpå.

Ekksklusjon eller integrasjon

Språket røper meg: "Kroppen min motarbeider meg" kan jeg f. eks. komme til å si når jeg skal si noe om eksemen. Et bilde hvor den delen av kroppen som representerer sykdommen er Fienden som ødelegger for den Egentlige Meg, som er frisk og uforstyrret. I denne måten å uttrykke meg på, ser jeg at jeg ikke vil ta sykdommen til meg, leve i den eller med den i forsoning. Jeg vil ekskludere den, få den bort så mitt egentlige jeg kan komme fram og bli lykkelig - et barnslig håp om at det du ikke vil se, blir borte, at det kan være måten å bli frisk på.

Hva er det jeg gjør feil? Er det min egen skyld at jeg ikke blir frisk? Dette er det selvplagende forsøket på å ta realiteten til meg, ta på meg ansvaret for å gå rundt med en sykdom som ikke blir kurent. Avstanden mellom hvordan det er og hvordan jeg skulle ønske det var, å vedstå meg den, der ligger den vanskelige integrasjonen.

Rødt ansikt og blå himmel

Som kunsthåndverker fikk jeg et større oppdrag: en utsmykking på en vegg. Fra første ide til det ble ferdig arbeidet jeg med et stort blått himmelaktig felt, luftig, klart. Visste ikke hvor jeg hadde ideen fra, tilskrev den delvis stedets arkitektur.

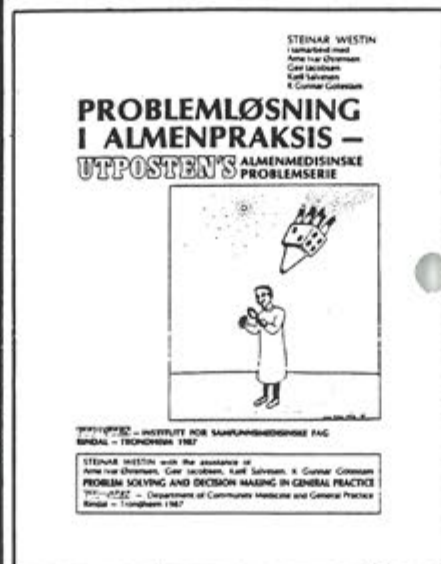
Flere måneder senere på TV: Serien om den syngende detektiv, Philip Marlowe ligger i sykesenga med psoriasis: Knallrødt skorpete ansikt, tett som en maske, øynene ligger innunder, langt bak. Spontant identifiserer jeg meg med dette: slik har jeg hatt det selv. Det røde ansiktet slipper meg ikke - og plutselig ser jeg at i det blå himmelmotivet har jeg laget det omvendte. Jeg har laget det jeg savner, eller prøvd å gjenopprette en balanse mellom det røde, varme, tette og det blå, kjølige, lette. Dette liker jeg: at det uventet viser seg at et arbeid jeg ikke kjente motivasjonen for, hadde en dyp bakgrunn i mitt eget liv.

Kunsthåndverker

Nina Malterud
Vidars gt. 11
0452 Oslo 4

annonse

Enda ikke utsolgt UTPOSTENS almenmedisinske problemserie -



med seks kliniske oppgaver, løsnings, kommentarer og flere etterfølgende artikler om problemløsning i almenpraksis.

Boka er på 114 sider og kan bestilles for kr. 100,- (fritt tilsendt) ved innsending av slippen nedenfor til:

"Problemløsning"
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Eirik Jarls gate 10
7030 TRONDHEIM

Ja, send boka om Utpostens almenmedisinske problemserie fraktfritt for kr. 100,- til

Navn

Adresse

Kliogest®

(ØSTROGEN - GESTAGEN KOMBINASJONSPREPARAT)

Postmenopausal substitusjonsbehandling uten månedlige blødninger



Nøytral lipidprofil¹

1. Jensen, J et al, *Br J Obstet Gynecol*, 1987; 94: 130-35

Kliogest «Novo»

Østrogen - progestogen kombinasjonspreparat

ATC-nr.: G03F

TABLETTER: Hver tablett inneholder: Østradiol 2 mg, noretisteronacetat 1 mg.
EGENSKAPER: Klassifisering: Østrogenprogestagenpreparat bestående av det naturlige humane østrogen 17- β -østradiol og progestagenet redusert østrogenproduksjon, slik at de subjektive østrogenmangelssymptomer forsvinner eller reduseres. Tilsetning av en lav dose noretisteronacetat inducerer eller opprettholder et atrofiisk endometrium. Absorpsjon: Noretisteronacetat absorberes hurtig. Fritt mikronisert østradiol absorberes hurtig etter oral administrasjon, og maksimal serumkonsentrasjon oppnås etter 2-4 timer. Metabolisme: Hurtig dels perifer og dels i leveren. Utskillelse: Hovedsaklig via urin.

Indikasjoner: Symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner.
Kontraindikasjoner: Ved kjent eller mistenkt brystcancer, kjent eller mistenkt østrogenavhengig neoplasma som endometriumkarinom eller andre hormonavhengige tumorer skal det ikke gis østrogenbehandling unntatt i samråd med terapeutisk onkolog eller spesialist ved avdeling for gynekologisk cancerbehandling. Leverfunksjonsforstyrrelser. Nåværende eller tidligere tromboflebit, tromboembolisk lidelse, cerebrovaskulær sykdom koronartrombose og klassisk migrene. Udiagnostisert, unormal genital blødning. Graviditet. Delvis synstap eller diplopi pga. vaskulær eyesykdom. Portlyn.

Bivirkninger: Blødningsuregelmessigheter (spotting og gjennombruddblødninger) samt brystspenning de første måneder er som regel av forbigående karakter og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. Vektøkning, hodepine, ødem eller kvalme kan forekomme. Blodtrykket har ikke steget under de utførte undersøkelsene.

Forsiktighetsregler: Generelt: Økt risiko for endometriumcancer må tas med i vurderingen når østrogenbehandling startes eller fortsettes, da østrogener har en naturlig proliferasjonsfremmende virkning på endometriet. Tilsetning av progestogen kontinuerlig med østrogen reduserer imidlertid faren for overstimulering og hyperplasi ved at endometriet omdannes til eller forblir atrofiisk. Anamnese: Det er holdningspunkter for at østrogen og antagelig hypertensjon og diabetes mellitus er predisponerende faktorer for endometriumkarinom, og det bør utvises særlig forsiktighet i disse tilfeller. Forsiktighet må også utvises ved

myomer/vekst av myomer. Pasienter med epilepsi, migrene, diabetes, astma eller hjerteforstyrrelser bør kontrolleres omhyggelig, da østrogener evt. kan forverre disse tilstander. Undersøkelser: Pasienten undersøkes nøye for å utelukke enhver mulighet for genital- eller mammaetumor. Klinisk og gynekologisk undersøkelse bør for sikkerhets skyld foretas regelmessig, minst 1 gang årlig. Seponering: Ved tegn på tromboflebit, tromboembolisk lidelse, akutt hepatitt, migrene lignende hodepine, plutselige synsforstyrrelser eller signifikant økning av blodtrykk. Det anbefales å seponere behandlingen 4-6 uker før operativt inngrep, under lengre tids sengelie eller ved immobiliserende skader. Hvis det opptrer unormal blødning etter de første 2-3 måneders behandling, eller etter opphør av behandlingen, 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. Preparatet har ingen kontra-septiv effekt. Interaksjoner: Samtidig behandling med nitampicin, antiepileptika og barbiturater kan medføre blødningsforstyrrelser. Dosering: 1 tablett pr. dag kontinuerlig. Behandlingen kan startes når som helst. 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 utenfor den glemte tablett. Ved uregelmessig tablettinntak kan det oppstå blødninger.

Pakninger: 28 tabletter i dispenser med avmerkede ukedager og 3 x 28 stk. i dispenser.

NOVO

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



Barneeksem - atopisk eksem

Ole Fyrand er cand. med. fra Sveits. Distriktslege i Lofoten i 3 år. Han har vært hudlege fra -71. Han har vært på hudavd., Rikshospitalet, hvor han nå er professor. Han har med. doktorgrader ved Basel Universitetet og ved Universitetet i Oslo. Interesser: Den normale huden, spesielt dens betydning som mellommenneskelig kommunikasjon, hud og kulturbildet, hudens sensualitet. Innen mer tradisjonell medisin - kviser, solproblemer, hud og aldring. Han har også deltatt i debatten om legeetik, legerollen og legen som maktutøver.

Atopisk dermatitt

Av Ole Fyrand

Innledning

Meget krevende pasientgruppe. Sykdommen har ringvirkninger både for pasienten og hans miljø - pårørende, skole, barnehage, arbeidsplass.

Diagnostikken er grei. Vanskeligheten er å formidle sykdommens totalitet - at pasienten er født med en grunnleggende konstitusjon som via sideveier disponerer for frigjøring av histamin, som gir kløe og eksem.

Atopikere må derfor hele livet leve bevisst - kjenne disposisjonens grenser, og rette seg etter dette. Vite at dersom disse grenser overskrides, reagerer organismen med atopi.

Hva er typisk for en pasient med atopisk eksem?

1. Huden klør lett.
Huden har flere mastceller, og disse frigjør lettere histamin via en rekke forskjellige mekanismer.
2. Huden er tørr.
Talgkjertlene er små, og danner lite talg. Huden er derfor matt, og binder lite fuktighet.
3. Huden har et nedsatt infeksjonsforsvar.
Det utvikles lett pyodermier, soppinfeksjoner og virusinfeksjoner (herpes recidivans).
4. Huden er blek.
Hudens blodkar tenderer til vasospasmer.

Konsekvens

Fordel: Kosmetisk gunstig hudtype. Blek hud med små porer og matt overflate. Sjelden talgkjertelrelaterte sykdommer - acne, rosacea, seborre.

Mangel: Tørr hud med flassing, kløe. Utvikler lett eksem og infeksjoner.

Konsultasjonen

Mål: Lære hva sykdommen er, slik at pasientene selv kan foreta valg og vite hva konsekvensene blir. Lære seg via behandlingsknep å gripe inn i sykdommens forskjellige faser.

Vanligvis er dette en langvarig, krevende og utmattende formidling av kunnskap.

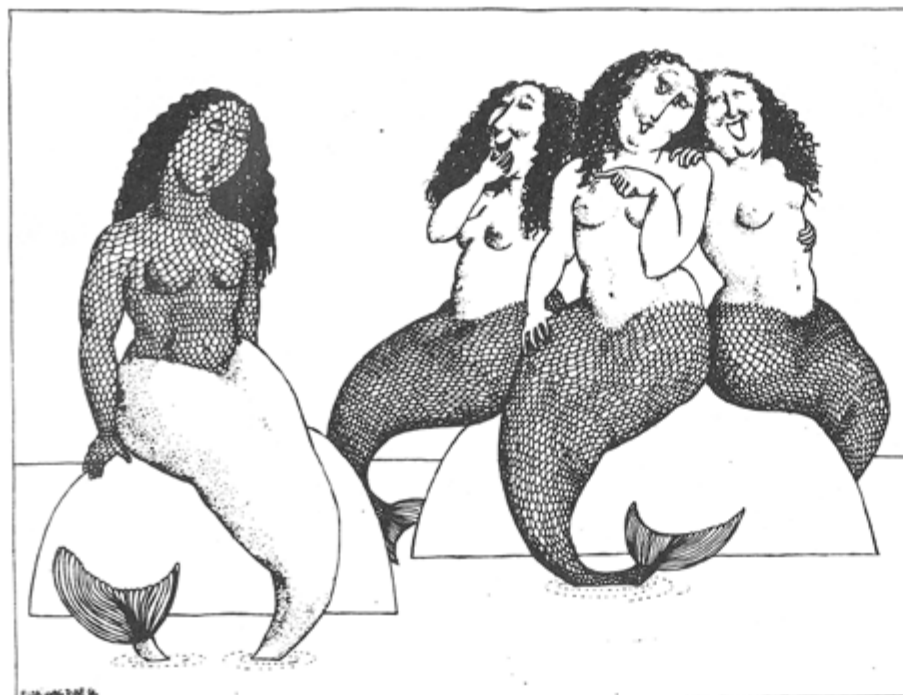
Tips: Bare en atopisk pasient daglig. Tidsoverskridelse er legio, derfor sist på konsultasjonslista. Få med et par ekstra pårørende, slik at det vanligvis hyperaktive barnet kan få reise hjem etter den innledende kliniske undersøkelsen. I samtalen etterpå bør to pårørende delta. La dem få god tid til å fortelle om deres problemer, og forsøk å løse disse først. Ikke gi for mye muntlig ved første konsultasjon. Gi heller en generell orientering og sørg for litteratur til videre selvstudium. Anbefal noen enkle behandlingsopplegg - og avtal kontroller. Be om at det føres liste over spørsmål til neste gang, og gjenta da de viktigste informasjonene. Be om at det i detalj fortelles hvordan den første behandlingen er gjennomført. Korrigjer feil, og supplér med nye opplysninger. Avtal ny tid etc.

Generell informasjon

Liste over kløefremkallende forhold (Se vedlegg).



Illustrasjoner: Karin Skallsjø



Eldbjørg Ribe: Havfruer

Generelle råd om kosten

Kostholdsfaktorer er bare en del av sykdomsproblemene. Næringsmidler kan virke histaminfrigjørende på mastcellene - enten direkte eller via immunsystemet (allergener), eller fremkalle eksem og kontakturtikaria på kontaktstedet (hender).

Vanligste næringsmidler: Egg, kumelk, fisk, skaldyr, soyaprodukter, nøtter (alle typer), kakao, sjokolade, godter, leskedrikker, sitrusfrukter, syltlige frukter, umoden frukt, jordbær, tomater, bønner, rå gulrøtter, korn (hvete, bygg), pærer, plommer, fersken, selleri, krydder, ketchup, eddikholdige matvarer, røkt kjøtt, skarpe oster.

Eliminasjonstest: De pårørende må observere hva som kan fremkalle og forverre kløe og eksem, 15 minutter til 24 timer etter eksposisjon. Eliminer det suspekterte næringsmiddel i en periode, og reeksponer pasienten overfor midlet etter en eventuell bedring og se om tilstanden forverres. I så fall fjernes midlet i 1 år fra kosten, før det igjen testes. Slike diettforsøk er imidlertid vanskelig å gjennomføre.

Hyperaktive barn

Noen barn er problematisk hyperaktive. Prøv om forholdet bedres ved å fjerne alle typer av raffinert sukker i en periode - i kaker, godter, leskedrikk etc. Ved normalisering av aktiviteten, bør det vurderes om denne dietten skal fortsette.

Daglig hudpleie

Huden blir lett tørr og irritert. Vask med rent lunkent vann. Hvis såpe skal brukes, så velg de milde nøytrale. Ansiktet kan også rengjøres med fuktighetskremer, spesielt for å fjerne kosmetikk. Bruk lettere typer av fuktighetskremer om dagen, og fetere typer om natten. Såpe: Lactacyd, Neutrogena, SebaMed etc. Fuktighetskremer: Se nedenfor.

Behandling av eksem

Behandlingen bygges på tre faktorer - infeksjon, tørrhet og inflammasjon.



Er eksemet infisert?

Ved pyodermier forverres eksem. Pyodermier viser seg vanligvis ved fuktige gulbrune skorper, oftest i oppklorte områder.

Infeksjonsbehandling

1. *Desinfiserende oppløsning*
- Pyrisept, klorhexidin eller lignende. Vask området, og fjern løse skorper.

2. *Desinfiserende bad*
- virker på større hudpartier. Kjøp reseptfritt 5 % kaliumpermanganatoppløsning, og tilsett så mye av dette til et kar fylt med vann, at vannet blir svakt saftfarget.

Bad i 1/2 time. Vannet må ikke være for varmt. Gni huden forsiktig, og skyll hår og hodebunn. Ikke bruk såpe. Tilsett gjerne badeolje. Avslutt med dusj og forsiktig tørking. Deretter smøres en egnet fuktighetskrem eller tjærekrem på eksempartiet, og en fuktighetskrem på tørr hud.

Desinfiserende bad tas daglig i begynnelsen, senere sjeldnere. Etter 1 uke er infeksjonen vanligvis borte.

Ved å bruke vaselin eller neglelakk på neglene under badingen unngås brunlig misfarging. Vask til slutt karet med JIF og skyll det godt.

3. *Desinfiserende fargepenslinger*
- hos mindre barn kan eksempartier pensles en gang daglig med 0,3 - 0,5 % vandig krystallfiolettoppløsning, gjerne etter bad. Når fargen er tørr, kan kortison eller tjærekrem brukes.

4. *Desinfiserende kremer*
- brukes på mindre hudpartier (Hibitane, Brulidin). Husk fare for sensibilisering.

5. *Systemisk antibiotikabehandling*
- gis ved uttalt infeksjon, gjerne etter resistensskjema (penicillin, ekvacillin eller erythromycin etc).

Er huden tørr?

Atopikere har vanligvis tørr hud, spesielt på inflammerte partier. Daglig bruk av fuktighetskremer er en naturlig del av den vanlige hudpleien.

Fuktighetskremer:

Består av fett, vann og en emulgator som gjør fett hydrofilt. Kjøp helst



parfymefrie fuktighetskremer til atopikere. Apoteket har forskjellige typer med forskjellig fettinnhold. Pasienten må prøve seg frem for å finne sin individuelle rette type. Virker best når huden har vært fuktig - etter bad/dusj. Brukes etter behov. Bruk gjerne en fetere type om natten.

Obs: Vær forsiktig med karbamidpreparater - disse kan svi og resultere i "salveskrek" hos mindreårige (Carbaderm).

"Lettere" kremer	"Fetere kremer"
Apontiserien	Locobase
Natusanserien	Vaselinkrem RH
Apobase	
Ultrabase	
Rikshospitalets Krembase	
SebaMed	

Oljebad.

Fint ved behandling av generell tørrhet. Kjøp en oljetilsetning på apoteket (Apotekets badeolje, Balneum Hermal), og tilsett badevannet. Apotekets type: Vanligvis 2 spiseskjeer til et badekar. Følg ellers bruksanvisningen. Individuell justering er ønskelig. For å unngå kløefremkallende svette, må ikke vannet være for varmt.

Bad 15-30 minutter uten å bruke såpe. Dusj ikke etterpå, men lufttørk i varmt rom, eventuelt dyttørk med frottehåndkle. Masser inn kortison/tjære på inflammete partier, og avslutt med fuktighetskrem over det hele.

Lokalbehandling av eksemet

Valget står mellom stenkulltjære og kortison. Tjære er vanligvis ikke aktuelt hos eldre barn og voksne.

Tjærebehandling.

Brukes som krem eller pasta i 2-5 %. Smøres på rene eksem-partier, gjerne etter pensling med krystallfiolett, etter et desinfiserende bad - gjerne tilsatt olje. Dekk med myke bomullslapper, for eksempel fra et gammelt laken. Gjenta behandlingen daglig. En gang i blant kan tjærerester forsiktig fjernes med fuktighetskrem. Tjærebehandling er fint i kortisonfrie pauser. Preparater: 2-5 % stenkulltjære i en fuktighetskrem, 2 % stenkulltjærepasta RH (meget bra, men kan gi tørr hud, som bør kompenseres med fuktighetskrem).

Kortisonbehandling.

Bruk helst krem uten tilsetninger. Velg to typer - en sterk (Gruppe 3) og en svak (Gruppe 1-2). Hos voksne brukes Gruppe 3 noen dager til eksemet er bedret, deretter en svakere gruppe. Hos mindreårige brukes hele tiden Gruppe 2, eventuelt Gruppe 1. Gruppe 3 kan også unntaksvis brukes i noen dager hos barn som innledning. Gi skikkelig behandling med innsmøring morgen og kveld i begynnelsen, og reduser ved bedring. Bruk svakere styrke på ømfindtlige hudpartier - som ansikt, intertriginøse partier, genitalia (barn hydrokortison, voksne Gruppe 2). Legg inn kortisonfri pause på 1 uke etter 2 ukers bruk. Masser inn kremen morgen og aften, etterfulgt av en fuktighetskrem.

Læge M. Høfting
Vossesprånget
Voss

John Pedersen
*

Rp. Zinci oxidi 20%
Talc. pulv. 20%
Paraff. liq. 20%
Vaselin ael 100%

dssn
Fugtighetscreme
paasmøres ved behov.

Voss sept. 3 1979
Marit Høfting

Tablettbehandling av kløe

Antihistaminbehandling følger vanlige retningslinjer. Bruk av ikke-sederende typer (Teldanex) er ikke alltid så effektiv som de sederende. Systemisk kortisonbehandling skal ikke gis.

Lysbehandling av eksem

Atopisk eksem blir ofte bedre om sommeren. Bedring kan skje ved solariebehandling med kombinasjon av UVA+UVB hos dermatolog eller i hudavdeling. Unngå varmeutløst svette ved behandlingen, da dette kan forverre eksemet.

Behandling med "naturmedisiner"

Mange pasienter angir bedring av eksemet ved samtidig bruk av naturprodukter som *Preglandin* (nattlysolje) eller *Ecomer* (haileverolje). Disse produkter inneholder stoffer som kan blokkere inflammasjon i huden. Dose: 6 (seks) tabletter daglig til voksne, tilsvarende mindre til yngre. Bruk midlene forsøksvis i et par måneder. Ekstra tilskudd av vitaminer, mineraler og sporelementer kan være klokt ved uttalt eksem, for eksempel Vita-Mineral fra apotek.

Eksempler på eksembehandling

Småbarn:

Begynn med desinfiserende kaliumpermanganatbad daglig, tilsatt badeolje. Pensle eksem-partier med krystallfiolett oppløsning, masser inn tjærepasta og dekk med bandasje. Fuktighetskrem på tørr partier. Antihistamin ved sterk kløe.

Større barn og voksne:

Ved infeksjonsmistanke - desinfiserende bad tilsatt badeolje. Desinfiserende kremer. Kortisonbehandling av eksem, etterfulgt av fuktighetskrem på tørr hud. Antihistaminika. Eventuelt systemisk antibiotikakur. Ecomer eller Preglandin.

Avsluttende bemerkning

Lov pasienten bedring, aldri helbredelse. Understrek viktigheten av kunnskap om tilstandens behandling og helhetsforståelse av atopikonstitusjonen. Pasienten må på basis av dette finne ut av sin egen situasjon, og kartlegge muligheter og begrensninger. Den psykiske tilstand er viktig. Atopiske barn er svært aktive og krevende, spesielt de første årene. Formidle dette til de pårørende - så de unngår selvbredelser. Få dem til å arrangere sitt liv med avlastning og

"skift-ordninger". Forklar at ifølge sykdommens natur følger perioder med forverrelse, perioder med bedring. Trøst de pårørende og pasienten med - når utslettet er som verst, at når dette går tilbake, hvilket det gjør hos de aller fleste - så kommer den perfekte fotomodellen frem istedet. Glatt, småporet, matt - og blek. Det hele er vanligvis bare spørsmål om tid før eksem tendenser bedres og forsvinner.

Forslag til litteratur for pasienter og pårørende

1. Kort oversikt:

Barneeksem - orientering for pasienter og pårørende.

Gratis instruksjonshefte - fås ved henvendelse til Collet-Marwell Hauge, postboks 205, 1371 Asker, tlf. 78 30 60.

2. Mer omfattende:

Har barnet ditt eksem?

Ole Fyrand, Tanum - Norli 1983

Professor dr. med.

Ole Fyrand

Hudavd. Rikshospitalet

Pilestredet 32,

0027 Oslo 1



Forhold som kan fremkalle og forverre kløe

Tørr hud

Tørr luft

Næringsmidler

•Ekte allergier

•Hudkontakt med matvarer

•Ikke allergier

Klimapåvirkning

•Kulde og varme

•Årstidsvariasjoner

•Lufttrykkvariasjoner

•Statisk elektrisitet

Røyking og røykfylte rom

Parfyme

Sterke lukter

Psykiske påkjenninger

Bading i svømmebasseng

Kontakt med dyr

•Dyrehår

•Flass

•Spytt

•Svette

Svette

•Fysisk aktivitet

•Nervøsitet

•Varme bad

•Varm fuktig luft

•Solvarme

Klær

•Ull

•Kunstfibre

•Grove plagg

•Tettsittende plagg

Mekanisk irritasjon

Infeksjoner

Vaksinasjoner

Sengeutstyr

Husstøv

Pollen

Muggsopp

Menstruasjon



Kosmetikk



Åsa Rytter Evensen er cand. med. fra Oslo 1967, bydelslege ved Røa helse- og sosialsenter fra 1975 og dr. med. fra 1988. Hun var forskningsstipendiat 1981-85 med eldreomsorgsprosjektet "Aksjon venteliste". Hun har bred erfaring med helseopplysning fra massemedia (radio, frokost-TV, ukebladet *Kvinner og Klær*), og har ikke påtrengende fritidsproblemer.

Av Åsa Rytter Evensen

"Each morning I wake up, before I put on my makeup", synger Aretha Franklin. Hun, jeg og millioner av kvinner over hele verden, deler det samme morgenritualet. Jeg kan ikke tenke meg å vise meg utenfor husets fire vegger, enten det nå er for å gå på jobb, en tur i skogen med en venninne, på teater eller fest, uten å "kle på" ansiktet mitt. Jeg starter med en fuktighetskrem med det lovende navnet "visible difference". Den skal hjelpe til å bekjempe ubønhørlige alderdomstegn. Over denne kreves en ny krem for å beskytte mot solstråler og vær og vind. Er jeg ekstra blek og dradd, følger en brun make-up krem. Dernest kan jeg sette farge i fjeset. Først må jeg ha øyensverte for å gjøre vippene lenger, deretter kajalstift fordi jeg innbiller meg at jeg får et mer interessant blick. Leppestiften står forhåpentlig til klærne jeg har valgt den dagen. Av og til plusser jeg på med rouge. Forhåpentlig er resultatet et blussende ungdommelig utseende. Om kvelden må jeg være nøye med rengjøring for å holde huden myk og klar. Først bruker jeg renseskrem, deretter hudvann, og så en nærende nattekrem. Rundt øynene trengs en spesialkrem som lover at huden bevarer sin elastisitet.

Alle mine kremer kommer i små lekke krukker med gullokk. De er igjen innpakket i store, rosa esker, slik at det er mye luft omkring krukkene. I eskene finnes bruksanvisning med inngående beskrivelse av produktets mirakelvirkninger samt en fortegnelse over de andre nødvendige produktene i serien. Hver gang innholdet i en krukke eller flaske går mot slutten, oppsøker jeg mitt favorittparfymeri for å høre om de muligens har fått inn et enda mer mirakuløst virkende produkt. Jeg forlater sjelden butikken uten å ha spandert noen hundre kroner. Hva hjelper det vel at Fryand hevder at Natusan baby lotion

gjør samme nytten som alle mine fine krukker til sammen. Det kan umulig være et like virksomt innhold i den billige plastikkflasken. Isabella Rosselinis perfekte ansikt med den lytefrie huden på Lancomereklamen kan da ikke lyve. Og når Estee Lauder kaller sin nye krem "Future perfect" og samtidig lover meg at sporene slettes, tidsuret stilles tilbake og huden blir ung igjen, da har jeg simpelthen ikke råd til å la være å spandere fem hundre kroner. Min hud, med en trist rynket og eldet fortid, går en pen fremtid i møte. En fremtid som årene går sporeløst over, dersom jeg bare kjøper "Future perfect".

Kosmetikk, av gresk kosmetikos, kunsten å smykke, forskjønne, er en fellesbetegnelse på produkter som brukes for å bevare og utvikle kroppen, hårets og særlig ansiktets skjønnhet. Sminke, av tysk schminken, er betegnelsen på preparater som brukes for å forandre en persons naturlige farger og utseende, for å fremheve det personen anser som vakkert ved seg selv og skjule det som er mindre heldig. Kosmetikk spilte en betydelig rolle allerede i oldtiden. Sminkekunsten har hatt en kulturhistorisk rolle i forbindelse med opptog og seremonier av rituell karakter og i religiøse og profane skuespill.

Aretha og jeg fortsetter en årtusen-gammel tradisjon, vi er kulturbærere. "Future perfect" gjør for meg det badene i eselmelk gjorde for Kleopatra. Jeg kjenner velvære, jeg har følelsen av å gjøre det jeg kan for å bekjempe forfallet. Og fargeklattene jeg maler på ansiktet, som ikke er "av det slag som sitter fast", får meg til å føle meg så pen som jeg kan bli. Sannsynligvis er virkningen av kosmetikk stort sett bare av psykologisk natur. Sikre bevis for at kremene vi smører på oss virkelig bekjemper rynker, finnes ikke. Hverken jeg eller andre kvinner er villige til å behandle halve ansiktet i årevis i vitenskapens tjeneste.



Foto: Kari Gorwitz

Det selges kosmetika for hundrevis av millioner kroner i Norge hvert eneste år. Hvor trygge er så disse produktene som de fleste av oss bruker uten å stille særlig mange spørsmålstegn?

SIFF har utarbeidet et regelverk for omsetning og kontroll av kosmetiske produkter i Norge på vegne av helsemyndighetene. Produktene skal merkes med produsentens navn og adresse, eller navnet og adressen til markedsføreren. Det skal følge med en bruksanvisning. En varedeklarasjon, som kan fortelle oss hvilke stoffer huden utsettes for, er ikke påbudt. Det hevdes at de kjemiske navnene ikke ville gi den alminnelige forbruker mulighet til å vite om produktene er helseskadelige eller ei.

I forskriftene for omsetning og kontroll av kosmetiske produkter i Norge, finnes liste over stoffer som er forbudt, over stoffer som er tillatt i bestemte konsentrasjoner, over tillatte fargestoffer, tillatte konserveringsstoffer og tillatte solbeskyttelsesstoffer. Videre finnes ingen godkjennelsesprosedyrer for kosmetika, men alle produsenter skal registrere produktene. SIFF er faglig rådgiver for Helsedirektoratet,

som skal påse at forskriftene blir fulgt. FDA i USA har anslått at over 4000 ingredienser brukes for å fremstille kosmetikk og ytterligere 4000 brukes i parfymeprodukter. Annonsene for skjønnhetskremer antyder at de inneholder stoffer med undergjørende virkning, men det viser seg at konkurrerende produkter innen en bestemt kategori vanligvis er ganske like i sammensetning. Hva som betinger at en krukke koster 500 kroner og en annen 50 er fabrikkhemmeligheter, men sannsynligheten for at forskjell i effekt er forklaringen, er ikke stor. I litteratur om skadevirkninger av kosmetikk, påpekes det at bivirkningene er få i forhold til den utbredte bruken. Når det gjelder sikkerheten av kosmetiske produkter, er følgende spørsmål aktuelle:

- Risiko i forhold til nytte:

Nytten av kosmetikk ligger vesentlig på det psykiske plan. Risikoen ved kosmetikk er lokal irritasjon og sensibilisering, men også systemisk absorpsjon av kjemikalier, toksisitet og kroniske effekter. Alle kosmetiske ingredienser penetrerer huden. Vi har

liten informasjon om penetrasjonsrater og utskillelsesveier. Vi vet heller ikke hvilke ingredienser som metaboliseres og hvilke som lagres i kroppen.

- Bakteriell forurensning:

I USA har kosmetikk blitt trukket fra markedet på grunn av bakteriell forurensning. Vekst av *Pseudomonas* i produktene var årsaken. Kosmetikkleverandørenes Forening kjenner ikke til at noe slikt har forekommet i Norge.

- Akutt og kronisk toksisitet:

Listen over forbudte kjemikalier skal sikre den norske forbruker mot toksiske bivirkninger. Enkelte toksiske stoffer, som formaldehyd og kvikksølv, er tillatt i meget små mengder fordi de er velegnede konserveringsmidler. Det er rapportert at mascara og eyeliner kan kontamineres av stafylokokker fra brukerens normalflora og gi opphav til blefaritt og kronisk konjunktivitt. Dette dreier seg om makeup med utilfredsstillende konserveringsmidler.

- Karsinogene egenskaper:

Noen av ingrediensene som brukes i kosmetikk har vist seg å gi kreft hos



forsøksdyr uten at det dermed er fastslått at de også gir kreft hos mennesker. The National Cancer Institute har rapportert at seks bestanddeler i hårfargemidler brukt i USA, har gitt kreft ved foringsforsøk. Selv om antagelig mengden karsinogene stoffer som kan penetrere huden er liten, er det likevel noen forskere som mener at selv ganske små mengder kan forårsake malignitet hos særlig utsatte individer. Dette er en påstand som ikke er underbygget av epidemiologisk forskning. I USA har kosmetikkindustrien likevel endret sammensetningen av hårfargemidler for å unngå mulige karsinogener.

- Allergifremkallende og hudirriterende egenskaper:

Hovedbivirkningen av kosmetiske produkter skyldes irritasjon fra hygiene-produkter, som såpe, shampo, badeskum og deodoranter. I forhold til bruken, er alvorlige allergiske reaksjoner sjeldne. Kontaktallergiske reaksjoner svarer for mindre enn 10 % av alle bivirkningene av kosmetikk. Imidlertid må vi anta at bare et mindretall allergiske reaksjoner blir rapportert, fordi en forbruker på egen hånd vil slutte med et produkt som gir problemer. I en undersøkelse over allergener i kosmetika, ble det funnet at flest reaksjoner var forårsaket av hudpleieprodukter, fulgt av neglekosmetikk, parfyme og hårpleiemidler. Konserveringsmidler var hyppigst involvert, fulgt av duftstoffer og emulgatorer. Det klart viktigste allergen var Kathon CG, et konserveringsmiddel. Andre relativt hyppige årsaker til kosmetikkrelatert kontaktdermatitt var toluensulfonamid/ formaldehyd resin i neglekosmetikk og oleamido-propyl dimetylamin, en emulgator i en baby lotion.

I en studie fra FDA i USA ble 30000 forbrukere bedt om å rapportere alle uønskede virkninger av kosmetikk gjennom et tidsrom på tre måneder. Til sammen kom det inn 703 meldinger om reaksjoner. Av disse anså dermatologer 589 sannsynlig eller sikkert å være forårsaket av kosmetikk. Klart viktigst i denne forbindelse var deodoranter/ antiperspiranter (182 tilfeller). I en mellomstilling kom såpe (74 tilfeller), og til sist en stor gruppe ulike produkter (30-10 tilfeller). Lavest kom eyeliner med 10 tilfeller.

Øyeblikket er av spesiell interesse, fordi øynene og deres omgivelser er

følsomme områder. Sveie i øynene uten observerbare forandringer er den hyppigste bivirkningen av øyeblikket.

Fordamping av irriterende stoffer er en av hovedårsakene til dette, men det rapporteres også om toleranseutvikling etter noen tids bruk, slik at brukeren etter hvert tåler produktet.

Såkalt allergisk konjunktivitt kan oppstå på grunn av ren mekanisk irritasjon av mascaraflak, støv fra øyenskygge eller partikler av nylon eller rayonfibre i kosmetikken. Midler som brukes til å fjerne øyeblikket kan gi kjemisk irritasjon.

Alle slags midler som brukes i øynene må has in mente som mulig årsak til en allergisk konjunktivitt, blant annet også visse anti-allergiske midler til øyeblikket.

Når det gjelder kontaktdermatitt i øyeblikket, er det imidlertid svært interessant å merke seg at "skurken i dramaet" ikke bare er øyeblikket, men annen kosmetikk som brukes i hår, ansikt eller negler. Det er viktig å vite at det ikke behøver å oppstå dermatitt der disse stoffene primært brukes. Det kan derfor være litt av et detektivarbeid å fastslå årsaken til en allergisk kontaktdermatitt i øyeblikket.

En enkel test på om øyeblikket forårsaker allergi, er å smøre kosmetikken på huden på innsiden av albuebøyen morgen og kveld. Her er huden tynn og ligner huden i øyeblikket. Blir huden rød, er brukeren sannsynligvis allergisk for preparatet.

En del hudpleieprodukter er i dag allergitestet. Det gir en ekstra garanti for at de fleste brukere tåler preparatene, men ingen produkter kan garanteres 100 %, hverken for Aretha eller meg.

- Komedondannelse:

Denne bivirkningen har særskilt betydning for kvinner med fet hud og tendens til akne. De bruker ofte kosmetikk for å skjule sin akne, og kan bli verre av preparatene som skulle hjelpe dem. Komedondannende egenskap ved et kosmetisk produkt kan testes i kaninøret, fordi kaninøret har talgkjertler. Kosmetikken som skal testes smøres på den indre overflaten av kaninøret daglig i 14 dager. Det andre øret er kontroll. Follikulærkeratose i testøret vurderes klinisk. Stoffet som gir et positivt testresultat i kaninøret bør unngås av acnepasienter. En rekke stoffer som brukes i ansiktskremer er komedondannende, f. eks. lanoliner. D&C rødfargestoffer, som er i allmenn bruk i kosmetikk, særlig i rouge, har også vist seg å være komedondannende. Det er dessverre umulig for forbrukeren på forhånd å vurdere om tids bruk gir henne tilstoppede, grove porer og acnetilbøyelighet. En tommelfingerregel er å unngå fete produkter. Det er en misforståelse å tro at jo mer krem en smører på, jo mer ungdommelig holder huden seg. Det er en balanse mellom mikrobemiljøet og lipidene på hudens overflate som forstyrres ved bruk av for mye fuktighetskrem.

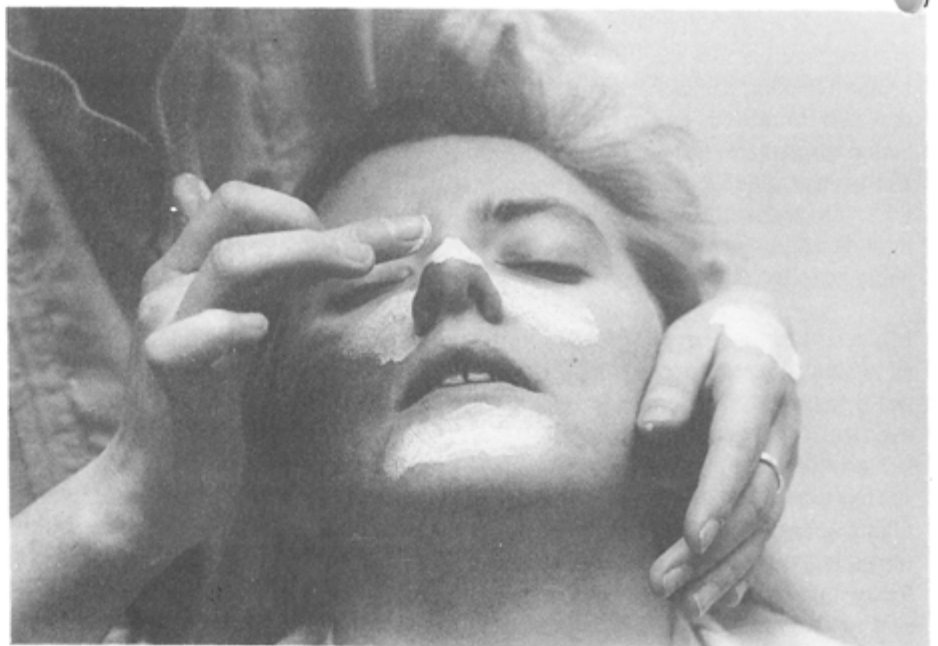


Foto: Kari Gorwitz

Konklusjon

Det er lett å latterliggjøre bruken av kosmetiske produkter. De har ingen målbare gunstige virkninger for menneskers liv eller helse. Det finnes en viss bivirkningsfare, selv om den er liten i forhold til den utstrakte bruken. De koster forbrukeren store summer. Hvorfor er de da en multimilliard-industri?

Bruk av kosmetikk er en årtusen-gammel tradisjon som vi må anta dekker dype behov hos mange kvinner og et økende antall menn for å gjøre det beste ut av utseendet sitt. En ungdoms- og skjønnhetsdyrkende kultur skaper et ytre press på å forebygge og skjule aldersomtegn. Mennesker som hevder at et rynkete ansikt er vakkert, snakker ofte om andres ansikter.

Selv relativt fornuftige kvinner lar seg derfor lokke av løftene om en rynkefri fremtid til å kjøpe produkter til svim-

lende priser som de vet koster en brøkdel å fremstille. Den salgsfremmende virkningen av delikat innpakning er uvurderlig. Det synes som kvinnene tror det er en sammenheng mellom utseendet av forpakningen og innholdets virkning på deres eget utseende. Det gamle ordtaket om at verden vil bedras, gjelder i sannhet for kosmetikk.

Dagens kosmetikkindustri bruker store beløp til forskning for å frembringe stadig bedre og sikrere produkter. Enkelte firmaer hevder å kunne bevise vitenskapelig at deres nye kremer virkelig bekjemper rynker, og de legger frem fotografier fra før og etter behandlingen som skal underbygge påstanden. Så lenge dette ikke er direkte motbevist, velger mange å tro på reklamen. De er ikke villig til å avstå fra soling, det aller beste og billigste tiltak mot aldring av hud.

Nytteverdien av kosmetiske produkter kan ikke vurderes innenfor en rasjonell referanseramme. Velvære og følelsen av å være så vakker som mulig, lar seg ikke måle. Min mann latterliggjør meg når jeg kommer ut med hektiske rouge-røde kinner og spør om jeg lider av tæring. Så lenge jeg imidlertid ser at han snur seg på gaten etter de oppsiktsvekkende, velstelte jentene, fortsetter jeg å male meg. Kosmetikk er et hjelpemiddel i den spennende seksuelle leken, og jeg vil være med så lenge som mulig. Når den er slutt, kan jeg strekke våpen og legge alle mine små esker og tuber i en skuff.

I. amannuensis dr. med.
Åsa Rytter Evensen
Institutt for allmennmedisin,
Fredrik Stangsgt. 11-13,
0264 Oslo 2

KLAR BESKJED OM ET FØLSOMT EMNE

Utflod 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 utflod, 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 utflod, 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

Beröringen

- förbisedd faktor i relationen mellan patient och läkare



Bengt Mattsson f. -41. Dr. med. -74 på avhandling om Huntingtons Chorea. Dosent i allmänmedicin vid Umeå Universitet og distriktslege ved Mariehems vårdcentral, Umeå.

Dette er en artikkel på grunnlag av et innlegg på den nordiske allmennmedisinkongressen på Island i 1987. Den har tidligere vært publisert i Läkartidningen nr19/88. Den trykkes her etter tillatelse fra Läkartidningens redaksjon.

Av Bengt Mattsson

Patient - läkarkontakten är av central betydelse i allmänmedicinen. Konsultationen utgör utgångspunkten för det fortsatta arbetet, och att i upptakten av ett professionellt medicinskt möte få en korrekt känsla av var patientens hjälpbehov har sitt ursprung är av stor betydelse.

Relationen mellan läkare och patient har många dimensioner. Det medicinska innehållet utgör den axel kring vilket det mesta sker. Samtidigt händer emellertid mycket som är av stor betydelse för vad som kommer ut av mötet. En aspekt som jag vill lyfta fram är beröringen, den fysiska kontaktens betydelse.

I mötets inledning, i handslaget, etableras vanligen den första fysiska kontakten. Handen säger något om den person som vi skall vara tillsammans med den närmaste stunden. Är den varm och torr eller fuktig och kall? Hur är greppet - fast och bestämt eller är den en "död mans hand"? Via vårt sensorium uppfattar vi mer eller mindre medvetet dessa handens kännetecken.

Begreppet kontakt

Kontakt är språkligt en sammansättning av latinets con = med och tactus = känsel. "Med känseln" uppstår kontakt, och rörd av någon kan jag bli när jag berör någon - tar på någon.

Engelskan har i ordet "touch" samma dubbla betydelse. I engelsk medicinsk litteratur kan man också läsa om "therapeutic touch", beröringens helande och läkande betydelse (1).

Några experiment

Några amerikanska experiment som belyser beröringens starka kraft visade för några år sedan i svensk television (2). Medvetet lade man en dollarsedel i en telefonkiosk och inväntade nästa besökare till automaten. När personen steg ut från kiosken gick försöksledaren fram och ställde en fråga, på olika sätt varannan gång. Det första var att bara fråga: "Jag tror att jag glömde kvar en dollarsedel - jag ringde före dig - har du sett den?" Det andra sättet var att säga precis samma sak och att samtidigt lägga handen på personens axel. I det senare fallet fick försöksledaren tillbaka betydligt fler sedlar än i det första.

I ett annat exempel gavs en bibliotekarie i uppgift att i vartannat fall mycket lätt, "subliminalt", beröra låntagarens hand. I vartannat fall skedde ingen beröring alls mellan bibliotekarie och låntagare - en bok hölls hela tiden emellan. En psykolog stod utposterad vid bibliotekets utgång och frågade samtliga besökare hur de allmänt sett hade upplevt besöket. De som "berörts" av bibliotekarien gav i avsevärt större utsträckning positiva omdömen än de andra. De flesta som berörts av handen gav också positiva omdömen om bibliotekarien - "hon log", "var glad" och "allmänt vänligt inställd". Hennes beteende var i själva verket tämligen neutralt under hela experimentet.

Kan detta säga oss som allmänläkare något om våra dagliga patientmöten?

Beröringens betydelse

Beröringssinnet är ett av de sinnen som vi först utvecklar. Som spädbarn utforskar vi omvärlden genom känsel, och våra föräldrars beröring är av betydelse för vår utveckling. Vi har alla ett behov av att beröra och själva beröras för att utvecklas till friska livskraftiga individer. Kramar och nära kontakt under vår barndom är av betydelse för vår självuppfattning och för vår självkänsla (3).

Vår verklighetsuppfattning är beroende av beröringssinnet; personer som förvägrats hudkontakt i experimentella

situationer blir påtagligt isolerade och avstängda från mänsklig samvaro, s k kontaktstörda. Sympati, kärlek, förståelse och uppskattning uttrycker vi också genom beröring. Onda och smärtsamma områden, egna eller andras, masserar vi eller smeker vi gärna, det ger lindring (4).

Många patienter som söker primärvården saknar entydiga fysiska besvär. Deras problem kan inte förstås utifrån en strikt medicinsk modell. I stället får människors ensamhet, spänning och s k livsstilsfaktorer vägas in när det gäller att finna den punkt där patientens hjälpbehov har sitt utsprung.

Många lever idag ensamma, antalet enpersonershushåll har aldrig varit större. Ett uppdämt behov av kontakt och beröring finns sannolikt hos dessa grupper.

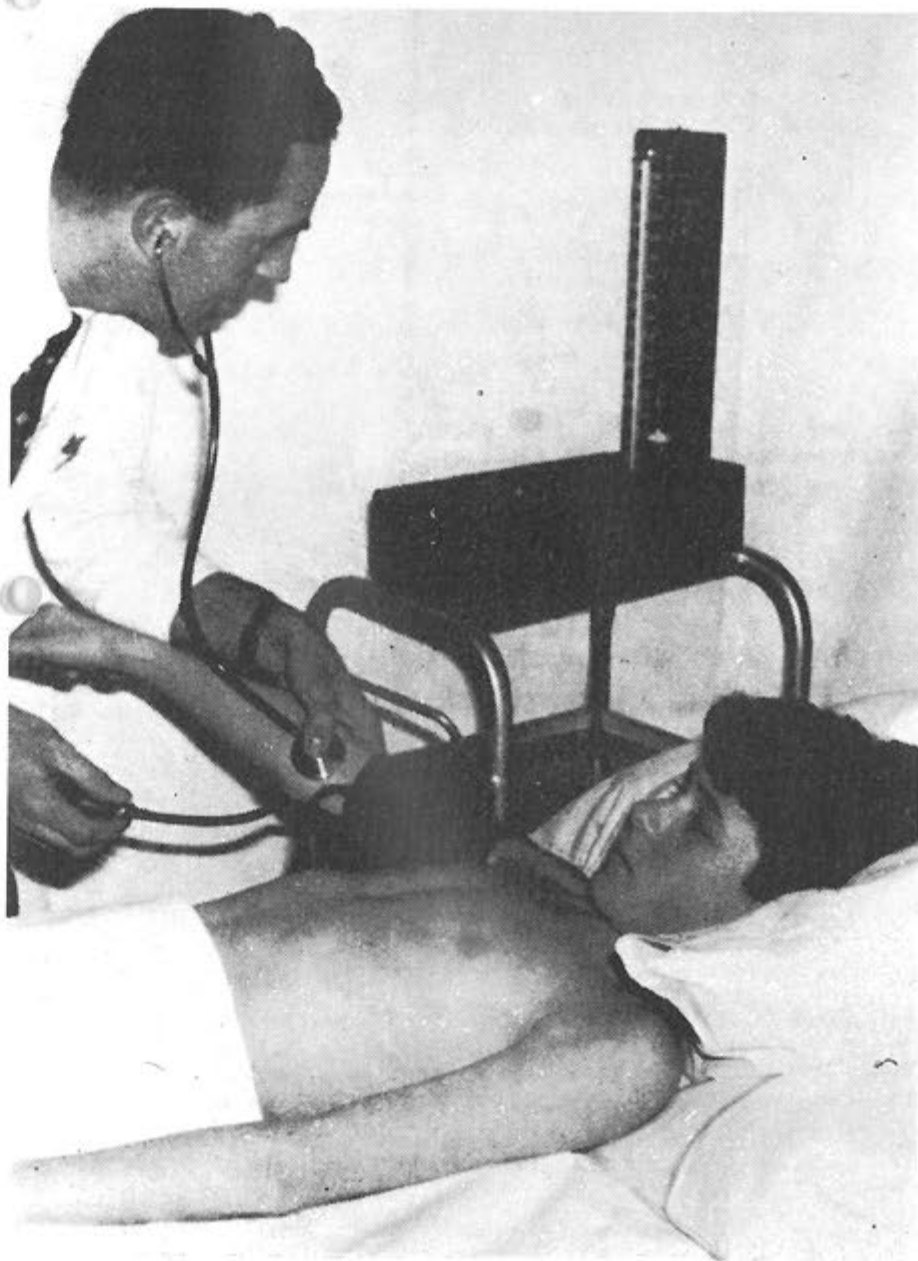
Beröringen under den fysikaliska undersökningen får en särskild betydelse mot bakgrund av detta perspektiv. Beröringen väcker till liv djupa och tidiga erfarenheter. Omedvetet kan det att "bli tagen på" associeras med att bli omtyckt och att bli omhändertagen (=tagen om med händerna; åter en språklig överensstämmelse).

Beröringens kvalitet är av betydelse. Den kalla handen, de skarpa naglarna eller det fuktige greppet förknippas kanske med bestraffning, hot eller slag, en annan sida av känselsinnets tidiga erfarenheter. Värme, fyllighet, beslutsamhet och tydlighet är några kvalitativa beskrivningar som upplevs som positiva. Att vara närvarande i sina händer är viktigt. Att medvetet tänka på hur de läggs på den främmande kroppen är av betydelse. För att kontakt skall uppstå bör rituella och opersonliga rutiner undvikas.

Ett moment i undersökningen där betydelsen av kvaliteten i kontakten är särskilt värdefull är vid hjärtauskultationen. Hjärtat är ett medicinskt centralt och betydelsefullt organ, och bröstkorgen och bålen är något av känslans kroppsliga centrum. Det är till detta område starka känslor som sorg, upprymdhet, förvisslan, ensamhet förläggs. Känslorna upplevs som tryck, värk eller spänning, som ett band eller som andra sensationer över bröstet.

Om inte de medicinska förutsättningarna tvingar till annat, föredrar jag att göra detta centrala undersökningsmoment stående med patienten sittande på en hög undersökningsbänk. I höger hand finns stetoskopet som ligger an mot thorax vänstra sida. Den egna vänstra handen får hudkontakt, ansikten kommer ungefär i samma höjd och ögonkontakt kan etableras lätt. Positionen innehåller moment av att bry sig om, att trösta, att värma och skydda, att utforska. Den vänstra handens läge på axeln/ryggen kan förskjutas och därigenom kan denna innehållsrika position förstärkas eller försvagas både fysisk och känslomässigt

⇒





har något att säga just när dina händer kommer i fysisk beröring med patientens bröst. Det är ett av konsultationens moment där en fördjupad kontakt kan ske, och det ögonblicket skall inte slarvas bort. Bli det ingen kommentar, sätt stetoskopet i öronen och lyssna på hjärtats toner".

Litteratur:

1. Kreiger D. Therapeutic touch: The imprimatur of nursing. *Am J Nurs* 1975; 75: 784-7.
2. Kleinke CL. Compliance to requests made by gazing and touching experimenters in field settings. *Journal of Experimental Social Psychology* 1977; 13: 218-32.
3. Geldard F. The human senses. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons, 1972.
4. Montagu A. Touching: The human significance of the skin. New York. Columbia University Press, 1971.
5. Lidell L. Massageboken. Västerås: ICA Bokförlag, 1986.

Artikkelen er illustrert med bilder fra lærebøker i klinisk undersøkelsesteknikk.

Docent/allmänläkare
Bengt Mattsson
Mariehems vårdcentral,
Morkullevägen 9,
902 37 Umeå
Sverige

Integritetsfrågan

Vid konsultationen sker beröringen inom ramen för en professionell relation. Den legitimerar och gör det taktilla till något tillåtet och samtidigt nödvändigt. I vår kultur är dock beröring, särskilt sådan som gäller personer av motsatta kön, något som lätt associeras till och sammanblandas med sexuella handlingar. Professionaliteten sätts på prov i dessa ögonblick, och en egen medvetenhet om vilka krafter (både egna och patientens) som kan väckas till liv blir viktiga att känna igen.

Det är väsentligt att skilja mellan personliga och privata förhållanden. Privatisering av läkar - patientrelation är att gå utanför god praxis. Professionaliteten och objektiviteten kan förstärkas eller försvagas av flera faktorer. Således spelar t ex läkarens klädsel (vit rock eller ej) och undersökningsrummets karaktär (olika grader av medicinsk prägel) roll.

Bruket av och reaktionen inför beröring är också något som är kulturellt betingat. I tider av ökad invandring är det något att beakta. Nordbor brukar räknas som känslolösa, och för dem kan beröringen betyda annat än för personer från kulturer där det är mer naturligt att "ta på varandra".

Beröringen är en ömsesidig process - två personer är inblandade och läkarens egen upplevelse av hudkontakt spelar en icke oväsentlig roll. Som behandlare kan jag genom beröring öppna upp egna slumrande tilbakahållna behov. Inom t ex massagen har beröringens gynnsamma effekter satts i system. Både den som behandlar och den som behandlas berörs av massagen (5).

Ett viktigt ögonblick

En engelsk kollega har berättat om en personlig erfarenhet kring den fysikaliska undersökningen som belyser något av det ovan sagda. Han tyckte att just vid hjärtauskultationen, som ofta inleder den somatiska undersökningen efter en anamnestic fas, är det många patienter som börjar prata. De startar just i det ögonblick som läkarens hand läggs på patientens bröst, och det som patienten vil säga är ofta av stor vikt. Dock, den ambitiöse doktorn hindrar patienten att uttrycka tankar med ett "jag kan inte höra dina hjärttoner om du pratar".

Därför gav kollegan rekommendationen:

"När du inleder hjärtauskultationen, låt för några sekunder inte stetoskopet sitta i öronen utan låt det ligga rundt halsen. Avvakta och se om patienten

NYHET

Mindiab[®]

(glipizid)

NYTT TABLETTALTERNATIV

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 øyevetvet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet insulinspeil (kompensatorisk hyperinsulinemi). Glipizid senker her først blodsukker og gir mer normalt insulinspeil. Virkningstid inntil 24 timer. Har ingen antidiuretisk effekt og kan derfor også gis til pasienter med kardiovaskulære 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 etappesvis 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 følingsreaksjoner 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 utvaskningspause 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 overvåkning i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)



Marit Hafting er født i -48. Arbeidet som distriktslege/kommunelege i Volda og Ullensvang. Nå kommunelege i Voss og NAVF-stipendiat

Metodebok for leggsårbehandling

Høsten -88/vinteren -89 samarbeidet personalet i heimesjukepleien og under-tegnede om å lage en "metodebok" for behandling av leggsår i primærhelse-tjenesten her på Voss. Prof. Allan Nyfors, Hud-avdelingen, Haukeland sjukehus har gitt oss verdi-fulle kommentarer. Metodeboken tar ikke mål av seg til å gi en fullstendig fremstilling av emnet, men er ment å være et arbeidsred-skap tilpasset arbeidssitua-sjonen vår. Vi har forsøkt å systematisere emnet for å lette evalueringen som tradi-sjonelt ofte har vært "synsing" av typen: "Nå er vi gørrlei dette såret, var det ikke en representant her forleden med et nytt middel?".

Leggsår

(kroniske sår på leggene, uansett årsak):
85 % overveiende venøs årsak
10 % overveiende arteriell årsak
Hos eldre ofte kombinerte arterielle og venøse sår.

Disponerende faktorer:

Nedsatt venøs tilbake-strømning (tidligere dyp venetrombose, varicer) og/eller *arteriosclerose*.

Immobilisering: trykk, dårlig sirkulasjon.

Hudforandringer pga. alderen: mindre underhuds-fett, tørr hud/kløe, mindre elastisitet.

Dårlig ernæringstilstand: anemi, sinkmangel, protein-mangel, vitaminmangel.

Dårlig allmenntilstand: (fysisk og psykisk).

Dårlig regulert diabetes.

Faktorer i såret som hindrer groing:

Ødem
Infeksjon
Nekrose
Allergi

Diagnostisering av såret:

a. Arterielt/venøst sår.
b. Beskrivelse av såret: (lokalisasjon, størrelse, dybde, sårbunn, omgivelser).

Generelle behandlingsprinsipper:

Kan disponerende faktorer påvirkes?
(vitaminmangel, anemi, S-Zn, serumalbumin, blod-sukker, hjertesvikt, mobili-sering, depressjon).

Venøse sår:
Redusere ødem (elastiske strømper, diuretica, fotskam-mel, heve fotenden av sen-gen).
Bedre vevpumpen (elastisk bind, Zn -limbandasje).

Arterielle sår:
Bedre sirkulasjon (varme, kardilaterende midler, TNS).

Lokalbehandling:

Nekrose:
Svart: henvisse lege/kir. poliklinikk.

Gullhvit: oppløsende

enzymmer (ved tykt lag):
Varidase
Elastase
Trypsin.

Andre midler:
Debrisan
Lapis/Nelex
5 % saltvann
0,9 % saltvann
grønnsåpebad

NB: Gangrenøse affeksjoner skal behandles tørt, dvs. ikke omslag eller bad. Event. renses med vegi-tabilsk olje (ol. arachidis).

Infeksjon (Puss/eksessiv væsking):
Lite hensikt med systemisk antibiotikabehandling pga. sirkulasjonssvikten. Ved spredning til omliggende vev (rosen) behandles raskt med antibiotika. Det gjøres resistensbestemmelse.

Hovedbehandling ved ikke-nekrotiske sår:
Oppsugning av væske, sikre fuktige og rene sårflater, dvs. skifting av oppsugende bandasje og desinfeksjon.

Desinfeksjon:
Hydrogenperoksyd 3 %
Pyrissept/Hibitane
0,9 % saltvann
Kloraminomslag/
eddiksyrebuffer 1,9 %
(ved pseudomonas).

Oppsugende bandasje:
Semipermeabel
Absorberende
Hindre skorpedannelse og uttørring.

Eks. på bandasje med en viss oppsugende effekt:

Comfeel
Tegaderm
Omniderm
Duoderm
Gilje + Gasbind
Mesalt + Gasbind
Mezinc + Gasbind

NB: Rikelig væsking i begynnelsen av behandlingen kan skyldes lymfetilstrømming og er da en del av tilhælingsprosessen.

Overfladiske sår:
Vaselinkompresser for å hindre uttørring.

Omliggende hud:
Beskytte med vannavstøtende salve eller pasta.
Fargpenslinger ved infeksjonstegn.

Allergi:
Unngå:
Lokal antibiotika applikasjon
Parabener (konserveringsmiddel i kremer)
Ullfett/lanolin (i salvegrunnlaget).

Behandlingsstrategi:

1. *Still en helhetlig diagnose* (disponerende faktorer, beskrivelse, sårtype).

2. *Legg opp en plan for ca. 14 dagers behandling.*
Dersom såret etter noen dager på dette regimet forverres, må planen revideres.

3. *Revisjon/evaluering av regimet etter 14 dager.*
Still helhetlig diagnose.
Fortsette regimet med ny revisjon om 14 dager eller endre regimet.

Det enkelte team/ behandlingsgruppe velger ut et begrenset antall regimer (medikamenter, desinfeksjonsmidler, bandasjer etc.) som de blir fortrolig med.

Hovederfaringen er at man er for rask til å skifte regime.
Husk: Ting Tar Tid.

Noen oppskrifter:

Omslag/rensing:

Natriumklorid 0,9 %
Lapis 0,25 %
Kloramin 0,24 %
Hydrogenperoxyd-oppløsning 3 %

Acetatbuffer ph 4,8:

Rp: Natriumacetat 41 g
Konsentrert eddiksyre 19 g
Sterilt vann til 1000 ml

Rundt såret:

Krystallviolett 0,5 %

Zincpasta (RH):

Zinci oxidi 20 %
Talc. pulv. 20 %
Paraff. linqv. 20 %
Vaselin ad. 100 %

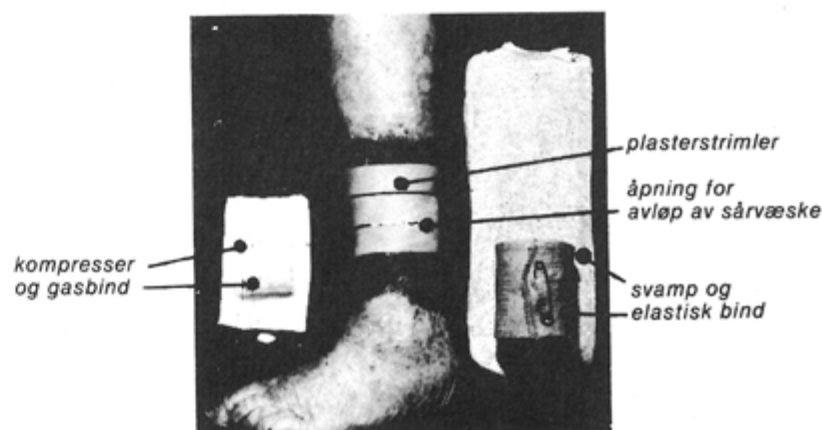
Pasta zinci molle:

Rp: Zinci oxid 25 g
Talcum 25 g
Ol. arachid. 25 g
Adeps lanae ad. 100 g

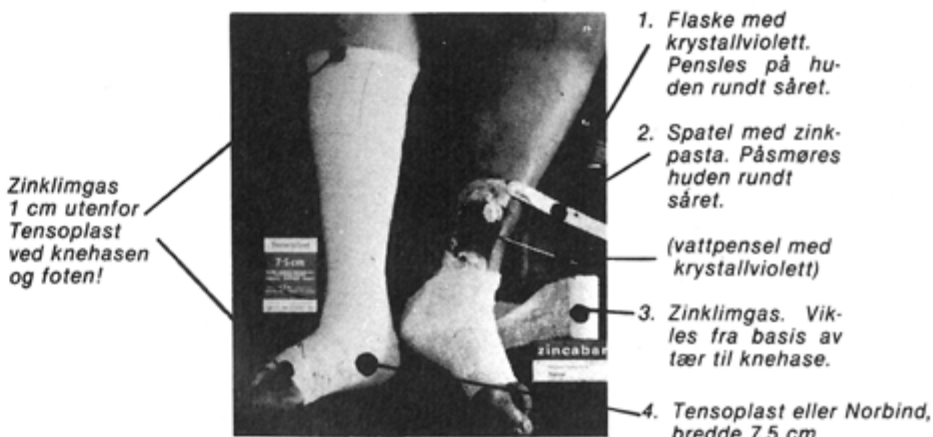
Bad:

Kaliumpermangat 3 %
vanndig oppløsning.
Uttørrende, rensende og anti-septisk. Det beste uttørrende middel ved venøse leggsår, væskende håndeksem og impetigo. Virker ved å felle ut protein i sårbunnen i tillegg til karkonstringsjon.

Kommunelege
Marit Hafting,
5700 Voss. □



Gilje-bandasje



Zinc-lim - bandasje



Taktil kommunikasjon

Lis Thrane Mortensen:
Taktil kommunikasjon.
 Socialpedagogisk bibliotek,
 Munksgaard forlag.

Lis Thrane Mortensen er fysioterapeut, seinare cand. psychol. Ho har i mange år arbeidd med retarderte barn, og er medforfattar av MPU-testen (Motorisk Perceptuell Utviklingstest), eit observasjonsskjema for barn 0-7 år, som er anerkjent og mykje brukt i tverrfagleg habiliteringsarbeid.

No har ho skrive ei viktig og god bok "om følesansens betydning for barnets utvikling".

Viktig fordi den fokuserer på eit emne som til no har vore via liten interesse, spesielt i vår del av verden. God fordi den formidlar stoffet på ein grundig, men lettfatteleg måte, som burde interessera alle faggrupper som er involvert i arbeid med barn, enten "funksjonsfriske" eller familiar med spesielle hjelpebehov.

L.T.M. hevdar at strukturering og organisering av CNS lar seg påverke av omfanget av taktile stimuli. På same måte vil utviklinga av sansorganer i huda bli påverka av taktile stimulering. Via det retikulære aktiveringssystem i hjernestammen vil taktile impulsstraum påverke det generelle bevisstheitsnivå, og ho peikar på at det er samanheng mellom hudstimulering og påverknad av den "homeostatiske prosess" via det autonome nervesystemet. Og endeleg - det ser ut til at taktile persepsjon er den tidlegast fungerande sansen hjå barnet.

Dette er grunnlaget for å hevde at taktile stimulering er svært viktig dei første levemånadene, og at taktile deprivasjon kan føre til perceptuelle, emosjonelle og adferdsmessige avvik hjå barnet.

Taktil innlæring er den første innlæringsprosess, seinare læring av teikn gjennom syn/hørsel og symbol/abstrakte begrep gjennom språk, byggjer for ein del på desse taktile erfaringar.

Eit par kapittel omhandlar fødselen og første leveår sett i forhold til taktile opplevsalar.

Leboyer sine tankar om at fødsel kan vere ein angstfylt, smertefull og traumatisk opplevelse for barnet er kjent stoff, og på dei fleste fødeavdelingar har ein vel tatt konsekvensen av dette ved å gje tid for hudkontakt, roleg berøring og ro like etter fødselen. Når barn av ulike grunnar vert adskilt frå mor umiddelbart etter fødsel, går det glipp av viktige stimuli i ein sær sensitiv periode for forholdet mor/barn.

L.T.M. talar varmt for bruk av "Baby-massasje" i slike situasjonar, likeeins bruk av "kenguru-metoden" som alternativ til kuvøse så snart dette er medisinsk forsvarleg.

Meir ukjent er A. Montagu sin teori om at ein normal fødselsprosess representerer ei sterk stimulering via barnet si hud, og også av dei indre organ. L.T.M. viser til fleire undersøkelser der det blir konkludert med at barn

fødde ved keisarsnitt ofte har tendens til:

- Meir døsig og sløve i våken tilstand dei første leveveker,
- Svak utvikling av dei medfødde refleksar,
- Nedsette reaksjonar på stimuli frå omgjevnadene,
- Mindre gråthypigheit,
- Mindre styrke og kraft ved gråt og andre lydframbringelsar,
- Hyppige luftvegsinfeksjonar første leveår.

L.T.M. konkluderer med at ein av årsakene til desse komplikasjonane er mangel på taktile stimulering når barnet blir forløst ved keisarsnitt, og meiner at også her vil det vere indisert å kompensera dette med "baby-massasje".

Betydninga av at barnet får tilfredsstilt sine basale behov første leveår vert understreka. Taktile kontakt og tilfredsstillelse av sugebehov er vesentlege faktorar for å utvikle eit symbioseforhold til mor eller morsfiguren, som grunnlag for at barnet seinare skal kunne lausrive seg og utvikle sin eigen identitet. Det blir fokusert på amming som den ideelle situasjon for å etablere nær og god kontakt mor/barn. Dersom dette av ulike grunnar ikkje lykkast, kan "baby-massasje" vere ein måte å oppnå "kontaktcomfor" på, f. eks. når mor har vanskeleg for å etablere kontakt med bakgrunn i sin eigen barndom, eller i tilfeller der foreldra har vanskar med å

akseptera sitt funksjonshemma barn.

"Baby-massasje" har sin opprinnelse i Midt-Østen og India. Eit større avsnitt i boka gjev detaljerte anvisningar av massasjeteknikk, med gode bilete til. Eit viktig poeng er at det under massasjen er ei roleg atmosfære, mest mulig fri for forstyrrelsar utanfrå. Å skape ei atmosfære for kontakt og kommunikasjon er truleg viktigare enn ein korrekt utført massasjeteknikk.

Sitat L.T.M.: "Ved hjelp af hændernes blide og rytmiske berøringer af barnets hud og gjennom øyenkontakt og smil taler man det taktile sprog".



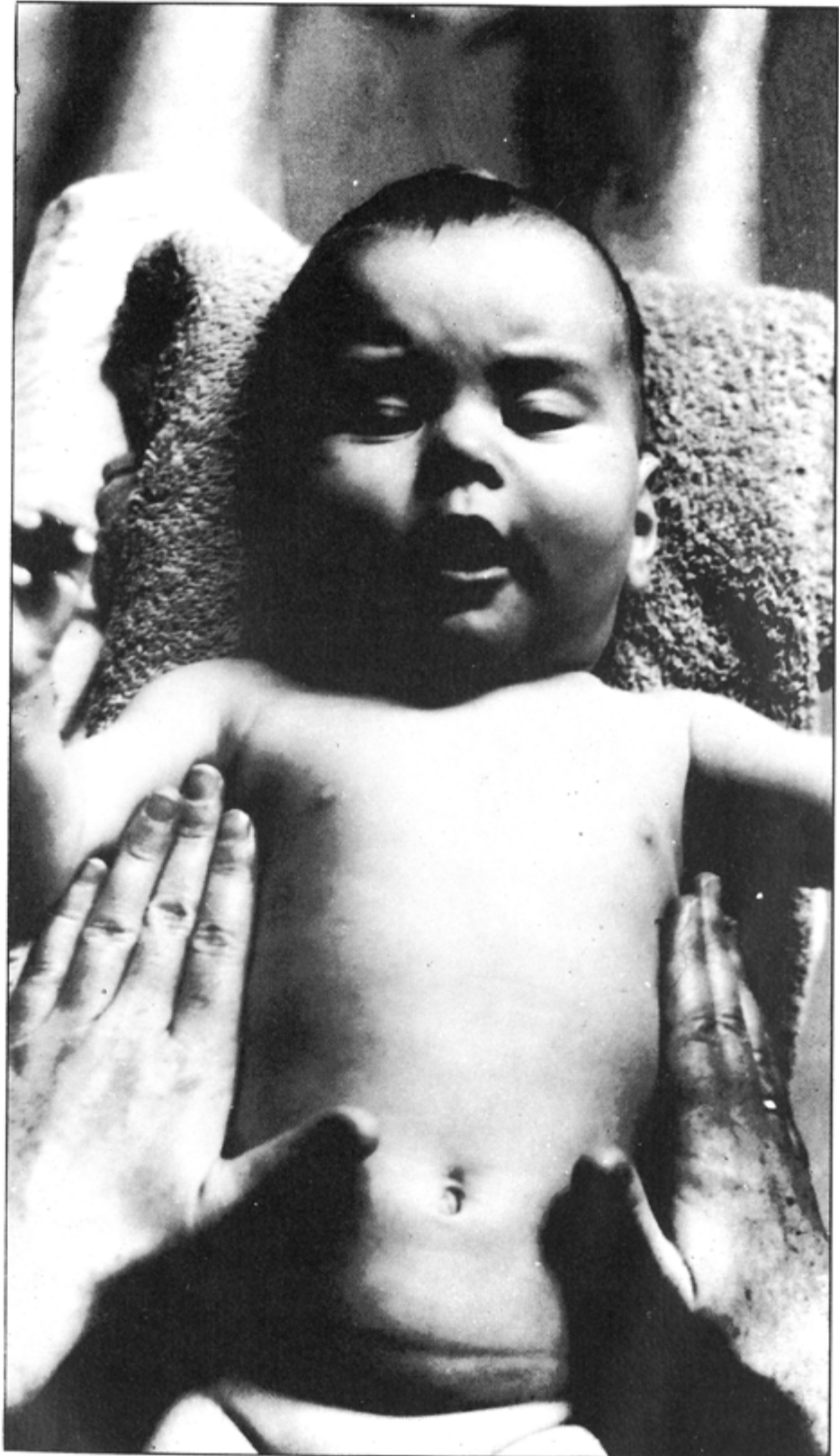
Forfatternen beskriv fleire casi der metoden er brukt på barn med ulike funksjons-hemmingar, f. eks. Down syndrom, premature barn, autistiske barn og barn med misdannelsar. Sentralt i forhold til verknaden av massasjen står dette med etablering av blikk-kontakt, spontant smil og andre teikn til trivsel og velvære. Dette betyr svært mykje i forholdet barn/foreldre og vil ofte koma til å overskygga negative følelsar i forhold til barnet si funksjons-hemming. Massasjen vil og ofte ha positive effektar på integrering av refleksar, motorisk funksjon og vektregulering, iflg L.T.M.

Boka drøftar og dei meir langsiktige effektane av taktil deprivasjon i forhold til førskulealder og tidleg skulealder, og trekkjer forbindelsar til lærevanskar og adferds-problematikk. Fleire avsnitt gjev detaljerte og praktiske anvisningar på korleis driva taktil trening/stimulering i denne alderen.

Gjennom denne boka har Lis Thrane Mortensen fokusert på betydninga av taktil kontakt og stimulering som føresetnad for harmonisk utvikling.

Dette er ein dimensjon som vi bør ha i tankane i vår kontakt med barn og småbarns-foreldre. Det må vera viktig å identifisera taktil deprivasjon hjå barn som er funksjons-hemma eller som på annan måte har eit spesielt utgangspunkt. For såkalla normale spebarn bør ein kunne nytte metoden for å sikre god kontakt og eit rikt erfarings-grunnlag av taktile signal. Metoden er enkel å formidle, og foreldra vil som regel oppleve ein positiv respons frå barnet.

Kommunefysioterapeut
Arvid Eide,
6810 Dale □



Gjengitt med tillatelse fra forlaget Munksgaard

Spedbarns



Ole Sverre Haga har vært spesiallege i pediatri på Nordfjord sykehus fra -77. Han er også områdepediater for kommunene i Nordfjord. Han har bl. a. vært interessert i "Habilitering av barn" og deltatt i debatten om HVPU.

Av Ole Sverre Haga

Siden -82 har jeg hos en del nyfødte anbefalt og instruert i spedbarnsmassasje. Dette er en oljemassasje av huden. Det har dreid seg om barn som vi allerede ved fødselen vet har en skade som vil kunne gi utviklingshemming, eller barn der vi mistenker at det kan være tilfelle. Hypotesen er at stadige taktile impulser vil stimulere sentralnervesystemet til en bedre utvikling enn om denne stimuleringen ikke fant sted. Resultatene er naturligvis vanskelig målbare, men det er i ferd med å komme litteratur som angir sannsynlig effekt av hudstimulering. Det vi helt sikkert kan si, ut fra erfaringen med spedbarnsmassasje fra mange kulturer gjennom mange hundre år, er at metoden i hvert fall ikke er skadelig. Den har tvert i mot en svært gunstig effekt både på barnet som får massasjen, og på forholdet mellom barnet og den som utfører massasjen, vanligvis en av foreldrene. Barnet vil få tilfredsstilt et av sine basale behov, nemlig behovet for nærhet og kontakt, og resultatet av det man gjør for foreldrene blir automatisk en nærere binding i positiv forstand. At man fra mange kulturer i tillegg mener å se effekter i retning av bedre søvn, mindre spedbarnskolikk, mer harmoniske barn jevnt over, skulle ikke svekke vår interesse for å bruke spedbarnsmassasje som stimuleringsprinsipp. En annen viktig ting er at denne massasjen blir utført av foreldrene. Vi har en metode som er lett å utføre, og den medfører bare glede for foreldrene, som lønnes med et barn som etter hvert nyter det. Dette i motsetning til fysioterapiøvelser som kan være en mare å utføre for enkelte foreldre.

Egentlig burde spedbarnsmassasje være noe vi gjorde med alle barn. Når barna blir født, bør de legges direkte opp på morens nakne bryst, slik at en direkte

hudkontakt etableres straks. Dette er nok først og fremst viktig for moren som dermed får en intens opplevelse av det nye liv. Deretter vil spedbarnsmassasje allerede fra første levedag være den naturlige fortsettelse av denne kontakt mellom mor og barn. Jeg har gjort den feilen at spedbarnsmassasje ikke ble gitt straks etter fødselen; i stedet ventet vi noen dager. Dette førte til at mange mødre følte seg litt fremmed ovenfor metoden, og mange har gitt det opp etter å ha drevet med massasjen i noen uker. I det hele tatt må vi regne med at den norske befolkning er uten "massasjetradisjoner", og derfor vil føle seg litt fremmed ovenfor det å skulle stryke et barn systematisk over hele kroppen, f. eks. 2 ganger pr. dag de første levemåneder. Der vi mener at det kan være direkte ønskelig med denne form for stimulering, må vi som terapeuter derfor stå på ovenfor foreldrene og inspirere til at de fortsetter. Dette er et av deres viktige bidrag til at barnet skal få en best mulig utvikling. Her kunne vi få med oss helsesøstre og fysioterapeuter til å hjelpe foreldrene å holde motivasjonen oppe, fram til det tidspunkt da foreldrene selv begynner å nyte metoden i sin omgang med barnet.

Det er to små og leseverdige bøker på markedet som gir oss både begrunnelsen for, erfaringene med, og oppskriften på spedbarnsmassasje. Boken "Babymassasje" av Amelia Auckett utkom på norsk i 1981. Boken gir en varm framstilling av temaet, hovedsaklig med bakgrunn i ulike kulturers tradisjoner, og med en hele tiden underliggende tro på hudkontakt som nødvendig og livgivende for en god utvikling både kroppslig og sjelelig.

Den andre boken som nylig er utkommet tar mer utgangspunkt i moderne medisin og ny viten om hva som gagnar barnets utvikling. Denne boken heter "Taktil kommunikasjon",

massasje



Foto: Kari Gorwitz

(Om følesansens betydning for barnets utvikling), av Lis Thrane Mortensen (Munksgaard). Hudberøring i form av massasje kombinert med trykkende bevegelser mot muskelgrupper blir her kombinert, og anbefalt.

Metodene er enkle, men litt mer enn en enkel mekanistisk oppskrift trengs for

at vi med den nødvendige glød skal kunne få foreldrene til å drive spedbarnsmassasje.

**Barnelege
Ole Sverre Haga,
Nordfjord sykehus,
6770 Nordfjordeid**

□

Trygghetsalarm for eldre og funksjonshemmede



Eelco Boonstra, cand. med. 1969, siden 1970 distrikts-/kommunelege i Askvoll kommune. 78-80 NORAD-engasjement i Botswana, senere div. oppdrag for NORAD. Pt. elev ved Halsovårdhøgskolan i Gøteborg. Har skrevet om u-landsmedisin, om distriktsjordmørtjeneste. Arbeider pt. med utvikling av kommunediagnose i Askvoll i samarbeid med Inst. for Allmenmedisin i Bergen.



Birgit Friele er utdannet sosionom, tolk og ledsager for døvblinde. Har tidligere arbeidet som sosialkurator, ved P.P. tjeneste og som konsulent for funksjonshemmede hos Fylkeslegen i Akershus. I 8 år sosialkurator ved St. Sentralteam for Døvblinde, et sosialmedisinsk team tilknyttet Helse-direktoratet. Skrevet om Ushers syndrom som er en kombinert syns- og hørselshemming.

Medisinsk teknologivurdering belyst ved brukersynspunkter

Av Eelco Boonstra og Birgit Friele

Del I - Medisinsk teknologivurdering

Bakgrunn

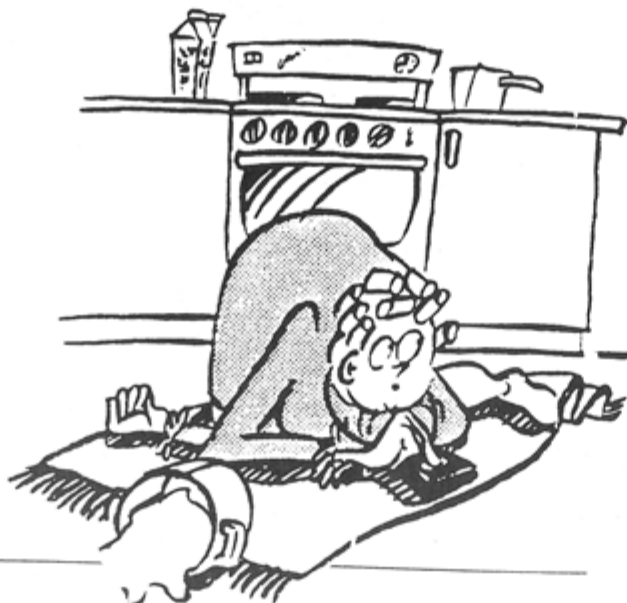
Trygghetsalarm representerer en forholdsvis ny teknologi som mer og mer tas i bruk som hjelpemiddel i den åpne omsorgen. Med trygghetsalarm menes anlegg for enslige, eldre og funksjonshemmede som pga. funksjonshemming eller sykdom har behov for raskt å kunne varsle hjelpeapparatet (1). Brukt på riktig måte, kan trygghetsalarm være et viktig supplement til øvrige hjelpetiltak i den åpne omsorgen. Som all medisinsk teknologi kan disse alarmer også misbrukes, f. eks. som erstatning for ulike former for hjelpetiltak og omsorg.

Foreløpig er det publisert svært lite materiell om trygghetsalarm (1, 2, 3, 4). Det er viktig at all ny medisinsk teknologi underkastes en kritisk helhetsvurdering.

Medisinsk teknologivurdering er, snevert betraktet, vurdering og utprøving

av sikkerhet og klinisk effekt av en medisinsk teknologi. Ut fra en bredere betraktning er det en prosess, som undersøker de kort- og langsiktige konsekvenser av enkeltstående medisinske teknologier og dermed blir en nødvendig informasjonskilde for beslutningstakere ved formulering av regler og lovgivning, for industrien ved utvikling av nye produkter, for de profesjonelle i helsevesenet ved undersøkelse, behandling og pleie av pasienter og for forbrukerne ved deres beslutning om egen helse (5). Med andre ord bør en medisinsk teknologivurdering omfatte såvel tekniske, organisatoriske, etiske og økonomiske aspekter (gjerne i form av kostnad-nytteanalyse).

Vi har i denne artikkelen prøvd å vurdere noen av disse aspekter. Ved hjelp av intervjuer blant eldre og blant yngre funksjonshemmede brukere av trygghetsalarm, har vi forsøkt å spesielt belyse deres syn på og behov for alarmen.



Satsing på den åpne omsorg

Det er en sentral målsetting i alt omsorgsarbeid for eldre og funksjonshemmede å legge forholdene tilrette for at de kan bli boende i eget hjem så lenge som mulig. Viktige forutsetninger er i hvilken grad familien/pårørende makter å gi omsorg og hvor godt utbygget det offentlige hjelpeapparat er. Hjemmel for rett til åpen omsorg finnes i sosialloven og kommunehelseloven. Kommunehelselovens paragraf 1-3, pkt. 4 sier at kommunens helsetjeneste skal omfatte bl. a. pleie og omsorg utenfor helseinstitusjon. Problemet har imidlertid vært å definere hvor langt retten til å få hjelp i eget hjem går i forhold til kostnadene ved institusjonsplass. Sykehjemsreformen, som overførte sykehjemmene til kommunene fra 01.01.88, har medført at kommunene i langt større grad kan foreta en mere helhetlig planlegging av omsorgen for eldre og funksjonshemmede (6).

Trygghet : en viktig del av omsorgen for eldre og funksjonshemmede

Trygghet er et sentralt begrep i omsorgsarbeidet. Å kjenne seg trygg er en verdi i seg selv. Følelsen av trygghet kan være en viktig forutsetning for realisering av andre mål, f. eks. et selvstendig liv, selvbestemmelse og mulighet for å bo i eget hjem.

Ved stigende alder og/eller funksjonshemming følger ofte sosiale forandringer. For mange brytes eller minkes kontakten med pårørende og venner, samtidig som behovet for hjelp i dagliglivet øker. Angsten for ikke å kunne få kontakt og hjelp ved behov, kan f. eks. begrense valg av bolig til mer skjermet boform enn det en egentlig ønsker.

Totalt sett er hverdagsomsorg utført av pårørende/private, langt mere omfattende enn den offentlige omsorg for eldre og funksjonshemmede.

I utgangspunktet skal omsorgsansvaret ligge hos hver enkelt, i familiene og nærmiljøet. Helsetjenestens oppgave blir primært å fungere som en støtte for denne omsorg og i enkelte tilfeller erstatte den (6).

Tilrettelegging av bolig, bruk av tekniske hjelpemidler og ulike former for hjemmebaserte tjenester er ikke alltid tilstrekkelig for å skape en trygg og selvstendig bosituasjon. Som en del av tryggheten legges det stadig større vekt på muligheten for å kunne tilkalle hjelp i nødvendige situasjoner. For de fleste rekker det med tilgang til en vanlig telefon. Imidlertid kan funksjonsnedsettelse av ulike slag gjøre det vanskelig eller umulig å benytte den i nødsituasjoner. Det er i slike tilfeller at en trygghetsalarm kan være et viktig hjelpemiddel og et supplement til en vanlig telefon. Men skal trygghetsalarmen medvirke til økt trygghet, er de viktigste momenter at den er driftssikker, kan tilpasses individuelle behov og sikre rask hjelp.

Målgrupper for trygghetsalarm

De viktigste målgrupper for tildeling av trygghetsalarm er eldre og funksjonshemmede, samt syke mennesker som ønsker å bo i eget hjem, trygdebolig eller servicebolig. Det er behovene, ikke alderen, som er avgjørende.

Kriterier for tildeling av trygghetsalarm

For samfunnet er det viktig å medvirke til at dette hjelpemiddel utvikles på en måte som er til gagn for alle parter. Misbruk bør forhindres. For det offentlige kan systemet med trygghetsalarm representere en fristelse til å forsømme plikten til å skaffe egnet institusjonsplass og/eller annen heldøgns-service. Det er derfor viktig at kommunene finner fram til kriterier for tildeling av trygghetsalarm.

Bergen og Fjell kommuner har foreslått følgende kriterier:

- sykdom som kan føre til et akutt behov for hjelp
- tidsbegrenset behov pga. sykdom eller rekonvalesens etter sykehusopphold
- klienter som er institusjonstrengende, men som motsetter seg plassering i sykehjem
- klientens pårørende har behov for avlastning
- alvorlig fysisk eller psykisk funksjonshemming



Ill: Gunnar Bøen - hentet fra publ. Trygghetsalarmer, utgitt av Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede.



Unntatt tildeling er søkere som lider av alvorlig mental svikt pga. senil demens, misbruk av alkohol eller narkotika. Det må være et avgjørende kriterium for tildeling, at klienten har den innsikt og førlighet som er nødvendig for å kunne klare den enkle betjeningen av alarmen (4).

Hovedkomponenter av trygghetsalarm

Systemet består generelt av følgende tre hovedkomponenter:

1. Telefon i hjemmet som er slik oppbygget at alarm kan utløses og samtale føres uten at bruker må løfte telefonrøret. Utstyret består av en sender som brukeren bærer på seg, en hovedenhet hvor det på forhånd er programmert hvortil alarmen skal gå, en høyttaler med mikrofon som aktiviseres når alarmen utløses og videre en telefon (tastafon).
2. Mottakersentral hvor faglig personell mottar alarm og vurderer behovet for hjelp. Ved hver alarm får sentralen automatisk brukers navn og adresse. Utstyret i mottakersentralen består av tastafon som ringer ved utløst alarm og robofon hvor telefonsignalet dekodes og skrives ut på en papirstrimmel.
3. Aksjonsapparatet som utgjøres av hjelpeapparatet. Dette utstyret består av personsøker til vakthavende hjemmesykepleier og mobiltelefon.

Brukerkrav

Trygghetsalarmen må være slik utformet at den kan tilfredsstille kravene til brukerne.

Viktige krav er:

- optimal ergonomisk utforming
- trygghet i informasjonsutveksling mellom bruker og mottakersentral
- driftssikkerhet
- enkel å betjene
- relativt enkle vedlikeholdsrutiner som kan utføres av lokalt personell (f. eks. vaktmester)

Del II - Brukerens syn på trygghetsalarm

Metode og materiale

Ved hjelp av intervjuer har vi innhentet brukersynspunkter på trygghetsalarm blant seks eldre brukere i Askvoll kommune og fire yngre funksjonshemmede brukere i Oslo-regionen.

A. Intervju av seks eldre brukere i Askvoll kommune.

Intervjuene ble foretatt i aug./sept. -88 av seks eldre brukere som hadde fått utlånt trygghetsalarm fra sosialkontoret etter vurdering av hjemmesykepleien. Det ble benyttet et spørreskjema, som ble utfyllt av hjemmesykepleien ved hjemmebesøk. Spørreskjemaet besto av 23 spørsmål og en sammenfattende vurdering.

Resultat:

Brukerne, fire kvinner og to menn, hadde en gjennomsnittsalder på 84,2 år. Fem var aleneboende, en bodde sammen med sønnen. Trygghetsalarmen var av typen tastafon multialarm, som er et toveis alarmapparat. Årsak for tildeling var selvopplevd utrygghet pga. alderdom hos fire (gjennomsnittsalder 89 år) og utrygghet pga. sykdom hos to (gjennomsnittsalder 75 år). Antall timer hjemmehjelp varierte fra 16-56 timer pr. mnd (gjennomsnittlig 29 timer). Samtlige hadde hatt trygghetsalarm fra 1/2 - 2 år. Fire hadde ikke brukt alarmen, en hadde benyttet den en gang og en flere ganger. Tildelingen av trygghetsalarm hadde hos fire ikke endret omfanget av tilsyn fra det offentlige hjelpeapparatet. Hos en førte trygghetsalarmen til noe redusert og hos en til noe økt tilsyn fra hjelpeapparatet. Imidlertid har alarmen ikke medført endring i brukernes antall kontakter med pårørende og naboer. Fem av brukerne var fornøyd med alarmen, fordi den medførte økt trygghetsopplevelse. En bruker greide ikke å betjene alarmen, vesentlig pga. mental reduksjon.

Problemene som oppleves ved trygghetsalarmen var følgende:

- alarmen utløses for lett (hos en)
- falsk alarm-utløsning forekom (hos tre)

- for sterk lyd ved utløsning av alarmen (hos en)
- alarmen skades lett pga. tordenvær/lynedslag (hos to)

En av brukerne ville sannsynligvis vært innlagt i sykehjem, dersom hun ikke hadde hatt trygghetsalarm. Brukeren (75 år med leddgikt, coxarthrose og betydelige gangvansker) hadde allerede 56 timer hjemmehjelp pr. mnd. og to daglige tilsyn av hjemmesykepleier. En annen av brukerne (mann 89 år) ville ikke ha klart seg alene i hjemmet om vinteren uten trygghetsalarm.

B. Intervju av fire yngre funksjonshemmede brukere i Oslo-regionen.

Intervjuene ble foretatt i sept. -88. Det ble benyttet et spørreskjema med 15 spørsmål, som ble utfyllt av intervjueren.

Resultat:

Brukerne, tre kvinner og en mann, hadde en gjennomsnittsalder på 40 år. To var aleneboende og to bodde sammen med en annen funksjonshemmet person. To hadde selv tatt initiativ til å få alarm, de øvrige hadde blitt anbefalt hjelpemiddelet fra hjemmesykepleien. Erfaringen med alarmen varierte fra 1/2 - 2 1/2 år. To hadde benyttet alarmen en gang, de andre ikke. Den ene var fornøyd med hjelpen etter utløst alarm. Den andre opplevde det altfor lenge å måtte vente i 20 minutter før hjelpen kom. Trygghetsalarmen hadde ikke medført endringer i brukernes antall kontakter med familie og venner.

Problemene som opplevdes ved trygghetsalarmen var følgende:

- ikke tilstrekkelig informasjon/opplæring i bruken av alarmen
- kvalitetssvakheter, dvs. alarmen ble for lett skadet ved støt, fall etc

For en av brukerne var trygghetsalarmen avgjørende for valg av selvstendig boform. For de andre hadde den ikke hatt innvirkning på selve valget, men ville sannsynligvis ha det med hensyn til framtiden. Samtlige opplevde alarmen som en økt trygghet og som et supplement til andre hjemmebaserte tjenester.

Diskusjon og anbefalinger

(7)

Materialet fra intervjuene er lite og en bør derfor være varsom med å trekke for vidtgående konklusjoner. Imidlertid belyses viktige aspekter av en forholdsvis ny teknologi som trygghetsalarmerne representerer, bl. a:

Anvendelsesområdet

Kommunehelsetjenesten, i samarbeid med det øvrige hjelpeapparat, bør utarbeide kriterier og kartlegge behovet for trygghetsalarm. Intervjuene viser at alarm som er tildelt etter visse kriterier, ikke fungerer som en erstatning for, men som supplement til øvrige hjelpe-tiltak. Målgrupper og kriterier må være kjent såvel innad i det offentlige hjelpeapparat som utad i befolkningen. Dette for å avgrense helsetjenestens oppgaver og for å skape realistiske forventninger blant evt. brukere.

Informasjon om tilbudet bør definitivt høre innunder helsetjenestens opplysningsplikt.

Effektivitet

Intervjuene ga inntrykk av at trygghetsalarmerne var medvirkende til brukernes opplevelse av større livskvalitet pga:

- følelse av økt trygghet og selvstendighet
- mindre uttalte plager som søvnløshet, angst ol. hos enkelte
- unngåelse av institusjonsinnleggelse i visse tilfeller

Men dersom klienten ikke selv ønsker trygghetsalarm, selv om han/hun fyller kriteriene, vil nytten være liten

Sikkerhet

Med hensyn til sikkerheten av trygghetsalarmerne som et teknologisk hjelpemiddel, er det intet i vårt materiale som tyder på at alarmerne forårsaker bi- eller skadevirkninger av alvorlig art. Imidlertid medfører svikt ved alarmerne straks utrygghet hos brukerne og merarbeid for hjelpe-personalet. Helsetjenesten bør overfor produsent kreve at trygghetsalarmerne utformes i tråd med brukerkrav (kfr. tidligere avsnitt), samt garanti for sikkerhet og holdbarhet. Det bør innhentes tilbud fra ulike produsenter for å finne det produkt som oppfyller disse krav.

Øvrige brukeraspekter

Intervjuene viser at trygghetsalarmerne som en integrert del av det totale hjelpeapparatet, ikke medfører færre vanlige sosiale kontakter. Alarmerne oppleves som et supplement til de øvrige hjelpe-tiltak. Men det er nødvendig med gjentatt opplæring av brukerne om trygghetsalarmens funksjon og konsekvenser ved utløst alarm.

Organisatoriske aspekter

Det er viktig at trygghetsalarmerne tilknyttes allerede eksisterende ressurser som en integrert del av det totale hjelpetilbud og at ansvarsforhold klargjøres. Dette for å gi full utnyttelse og hindre merbelastning på hjelpeapparatet. I Askvoll kommune er ansvaret for organisering og drift lagt til hjemmesykepleien, da denne oftest har et omfattende kjennskap til brukerne.

Økonomiske aspekter

Eksempler fra Askvoll kommune viser at bruk av trygghetsalarm har spart ihvertfall en institusjonsplass (ca. 250 000 kr. pr. år). Også eksempel fra Oslo-regionen viser at alarmerne har vært avgjørende for valg av selvstendig boform, hvor alternativet kunne ha blitt institusjon.

Intervjuene viser også at de fleste brukerne ikke legger større beslag på det offentlige hjelpeapparatet. Brukerne blir ikke påført utgifter såfremt det offentlige hjelpeapparat tar ansvar for kjøp/utlån og drift av

alarmene.

Den økning av livskvalitet som bruk av trygghetsalarmer medfører, representerer en verdi som imidlertid ikke kan uttrykkes i økonomiske termer.

Litteraturfortegnelse

1. Trygghetsalarmer. Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede, 1987.
2. Trygghetsalarm, Larm- og signalsystem för åldringar och handikappade. Psykotekniska institutt, GOTAB Stockholm, 1978.
3. Ds S 1982: 4. Trygghetsalarm - inte bara teknik. Betänkande av äldreberedningen. Socialdepartementet.
4. Prosjekt trygghetstelefon for eldre og kronisk syke. Avd. Pleie og omsorg, Bergen kommune.
5. Torben Jørgensen/Bent Danneskiold-Samsøe: Medicinsk teknologivurdering - hvordan? Dansk Sygehus Institut, 1986.
6. St. meld. nr. 41 (1987 - 88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan. Sosialdepartementet.
7. Eelco Boonstra, Einar Fosstveit, Birgit Friele: Medisinsk teknologivurdering av trygghetsalarm i hjemmesykepleien. Prosjektarbeid, Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1988.

**Kommunelege Eelco Boonstra ,
6980 Askvoll**

**Sosialkonsulent Birgit Friele,
Norges Handikapforbund,
Galleri Oslo, Schweigaardgt 12
0185 Oslo 1**



Værøy hamn. Tegning: Eelco Boonstra



Nytt fra Referansegrupper

Klinisk sexologi - i allmennpraksis?

"A general practitioner who wants to do his best for his patients cannot afford to ignore the management of sex-problems".

Redaktør Stephen Lock. British Medical Journal, i forordet til artikkel-samlingen "Sex problems in practice".

NSAM's referansegruppe for klinisk sexologi ble opprettet våren 1986 etter forespørsel fra NSAM's daværende formann, Olav Rutle.

Interessen for klinisk sexologi syntes å være økende blant allmennpraktiserende leger. Emnet ble tatt opp som et eget symposium på 5. Nordiske Kongress i Allmennmedisin på Island i 1987. Det er for tiden stor interesse for kurs og foredrag i dette emnet.

Etter HIV-epidemiens debut nytter det ikke lengre å lukke øynene for sammenhengen mellom helse og seksualliv. Epidemien har medført økende interesse for sexologi som medisinsk fagområde, også hos ansvarlige helsemyndigheter.

Helsedirektøren sier blant annet i sin tiltaksplan for bekjempelse av HIV-infeksjonen (AIDS-skriv nr. 17, 1986):

"Det er idag få helsearbeidere som er spesielt godt forberedt til å møte seksuelle problemer, snakke om seksualitet og veilede individer som har behov for rådgiv-

ning på dette feltet. Det er derfor behov for bedre utdanning og skoling i dette for alle typer helse- og sosialarbeidere".

Det går ikke fram av Helse- direktørens skriv hvor han har dette fra og hva han konkret akter å gjøre med dette.

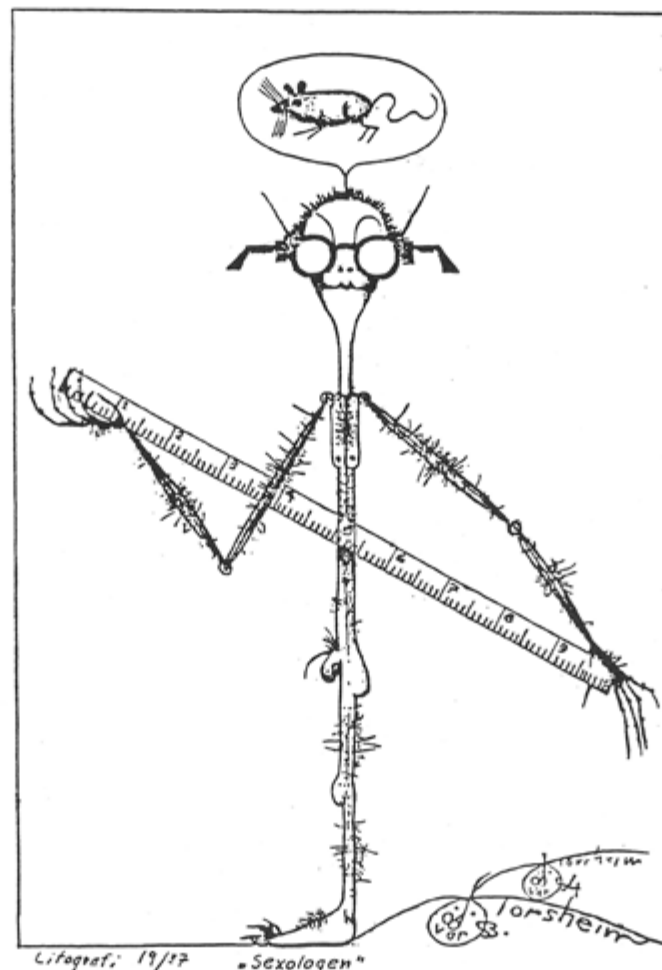
Uavhengig av dette har personer tilknyttet Referanse- gruppa for klinisk sexologi engasjert seg i dette arbeidet. Gruppa har hele tiden hatt en "løs struktur". Antall medlemmer har vært noe vari-

erende, den "harde kjerne" har bestått av Åsa Rytter Evensen, Haakon Aars og Kjell-Olav B. Svendsen. I starten hadde vi regelmessige møter ca. hver andre måned hvor ulike seksologiske problemstillinger og kasuistikker ble diskutert. Etterhvert har mesteparten av vår energi blitt konsentrert omkring kursvirksomhet i klinisk sexologi for leger og andre helsearbeidere. Vi føler nå et behov for å starte opp igjen med regelmessige møter med kasuistikk-

diskusjoner og egen- skoling, noe vi vil gjøre i løpet av 1989.

Vår hovedmålsetting har vært å spre kunnskaper om klinisk sexologi slik at allmennpraktikere føler seg bedre rustet til å møte pasienter med seksuelle problemstillinger, diskutere seksualitet og gi råd og veiledning, og å sette fag- området klinisk sexologi inn i en allmennmedisinsk ramme. Fagområdet har tradisjonelt vært dominert av psykiatere, psykologer og "sexologer", noe som har medført "spesialist- tenkning" og fokusering på de psykogene seksuelle dysfunksjoner. De siste årene har en fått et mere utvidet og helhetlig syn på klinisk sexologi, hvor årsaks- pendelen har beveget seg mer i somatisk retning. I dette perspektivet vil allmennpraktikeren kunne spille en viktig rolle. Referansegruppa arbeider ut fra de målsettingene som er satt opp for NSAM's referanse-grupper. Vi arrangerer årlige 3-dagers- kurs i klinisk sexologi, som er godkjent tellende til spesialiteten i allmennmedisin. Første kurs ble avholdt i januar 1988, årets kurs avholdes på Soria Moria 6. - 8. mars. Innholdet vil variere noe fra år til år. Følgende emner vil bli behandlet på årets kurs:

- Klinisk sexologi i allmenn- praksis
- Det sexologiske intervju



Ill: Odvar Torsheim: Sexologen

- Sexologisk terapi i allmennpraksis (sensualitetstrening, start-stop teknikk etc)
- Seksualfunksjonen ved coronarsykdom
- Seksualfunksjonen ved urologiske/endokrinologiske sykdommer
- Seksualfunksjonen ved gynekologiske sykdommer
- Seksualfunksjonen ved nevrologiske sykdommer
- Huden og seksualiteten
- Handikap og seksualitet
- Medikamenter og seksualfunksjonen
- Eldre og seksualitet

I tillegg til nevnte kurs deltar gruppas medlemmer som foredragsholdere på andre sexologikurs for lokale legeforeninger, veiledningsgrupper i allmennmedisin, medisiner-studenter etc. Vi holdt innlegg på sexologisymposiet på den 5. Nordiske Kongress i Allmennmedisin på Island i 1987, og har nylig deltatt i Rogaland legeforsknings ukeskurs, hvor sexologi inn gikk 2 av dagene.

I tillegg til kursvirksomhet arbeider vi med et video-program om den "vanskelige konsultasjonen" i samarbeid med Pedagogisk avdeling, Den Norske Legeforening og NSAM's Referansegruppe HIV. Vi har også tenkt på en praktisk rettet håndbok om seksuelle problemstillinger og vansker i allmennpraksis, hvordan de utredes og behandles, hvem som skal henvises, hvor henvises etc.

Gruppens medlemmer har også nært samarbeid med Norsk forening for klinisk sexologi, hvor vi blant annet har vært med på en MMI-undersøkelse om det norske folks seksualvaner, og har tatt et initiativ overfor Helse-direktoratet angående behovet for sexologisk enhet her i landet.

Jeg vil slutte med følgende påstander:

- flertallet av seksuelle problemer sees i allmennpraksis,
- de fleste pasientene ønsker å ta disse opp med sin allmennpraktiker,
- med litt skolering vil også de fleste problemene kunne behandles der.

Den ovenfor nevnte spørreskjemaundersøkelse (MMI) til et landsrepresentativt utvalg av 1120 personer i alderen 15-70 år fra oktober 1987, underbygger noen av mine påstander (Almås, Benestad og Svendsen, under publisering til Nordisk Sexologi).

16 % svarte at de noen gang hadde hatt seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse. 29 % hadde behov for profesjonell hjelp for å løse sine seksuelle problemer. (40 % var i tvil/visste ikke).

Kun 6 % svarte ja på spørsmål om de hadde oppsøkt lege/ psykolog/andre i helsevesenet for å få hjelp til å løse sine problemer.

Vi spurte også om hvem du tror best kunne hjelpe deg hvis du hadde seksuelle problemer. Her svarte 71 %

min partner, 31 % meg selv, 26 % vanlig lege, deretter fulgte psykolog, psykiater og familie/venner.

For de av leserne som eventuelt vil lære mer om klinisk sexologi i allmennpraksis, kan jeg anbefale våre årlige kurs på Soria Moria. I et senere nummer av Utposten vil det komme en oversiktsartikkel om klinisk sexologi i allmennpraksis og anbefaling av faglitteratur. Interesserte kan ellers ta kontakt med undertegnede for nærmere opplysninger om referansegruppa eller Norsk forening for klinisk sexologi.

**Bydelslege
Kjell-Olav B. Svendsen
Frogner helsesenter,
Fr. Stangsgt. 11-13
0264 OSLO 2** □

Fra kropp til sinn



Sonja Lid er forfatter. Hun har tidligere bakgrunn fra Statens teaterhøgskole, Norsk Journalisthøgskole og sosiologi grunnfag. Hun har også i perioder vært tilknyttet NRK. Hun har skrevet flere bøker i grenselandet mellom dokumentasjon og fiksjon. Hun har skrevet om språk, samliv og samfunn.

Av Sonja Lid

Det ordløse rom der berøringen fins - er tett av hendelser. Av direkte og hemmelige beskjeder; på sanselige opplevelser; sinnsopplevelser.

Lytte gjennom sansene - det du hører, smaker, føler - ta inn beskjeder med hele deg, svare tilbake fra helt ut i fingerspissene, fra pusten, kroppens bevegelser til eller fra noe; uttrykket fra øynene dine, hudens farge, beskjeder fra alle levende, meddelende organer, de første erfaringer.

Våre dype kroppslige erfaringer er de første erfaringene i våre liv. Uten ord til å forsvare oss med, angripe, formulere, definere - eller lyve med. Vår totale utsatthet. Men mer mottagende enn noen gang senere i livet. Våre første erfaringer er fysiske. De oppfattes og forstås av og gjennom kroppen. Hud mot din hud, blick mot ditt blick, en gjenstand du får vite noe om gjennom munnen.....Disse erfaringene, denne kunnskapen lagres i vår kropp. Den forblir der så lenge vi lever. Fotspor en

gang for alle i uberørt jord. Senere husker sinn og tanke hva verden rundt ville oss; noe godt, noe ondt? Eller erfaringer så vanskelige at de måtte gjemmes langt, langt inne i kroppen der de ble harde, vonde, uløste knuter som knyttet til seg nye problemer, fysisk og psykisk..... Eller en mangel på erfaring, din erfaring? som også er en erfaring. Sinn og kropp i hverandre, et tettvevet nervernett rundt vår sjel; det du kan kalle vårt eget iboende uttrykk.

Så grunnleggende, så u-erstattelig er berøringsfenomenet. En arm tar varmsomt rundt din lille kropp - for første gang. Den første kontakten, den grunnleggende kontaktformen som er fysisk: uttrykt i og som varme og omsorg. Du svarer med et mottrykk, eller med øyne festet i et annet par øyne. Ansiktet - det bevegelige foran deg - sender ut varmemstråler når munnen løsner i et smil. Hva har skjedd? Det har skjedd at du erfarte din eksistens. Du ble en person - i deg selv, skapt i øyeblikket gjennom en fysisk samhandling.



Foto: Kari Gorwitz



Den første kontakten du lærte var ordløs, den var umiddelbar, direkte. På godt og vondt grunnleggende sann og ekte. I det første kontaktforholdet - den ordløse opplevelsen av et menneske som ikke er deg; samtidig og umiddelbart også opplevelsen av den som er deg. Gjennom måten du blir tatt imot på, får du et bilde av deg selv. Er kontakten varm, aksepterende, åpen, er din lille person et stykke integrert og vibrerende fysisk og psykisk (åndelig) liv med en langsomt voksende kjerne, en identitet. Også utenfor mors liv vil det varme trykk av hud fortsatt bekrefte din eksistens. I senere møter med nye mennesker, vil vi søke den trygge, direkte-kontakten vi kjente fra først av.....Kroppen og sinnet vil vite: jeg er sett, sanset, erkjent. Jeg er her. Jeg er til. Alene, og likevel i sammenheng. En gjentatt prosess - til aller siste pust.....En livgivende prosess som gjen-tar seg i det at vi hele tiden skaper hverandre. I dette forhold sier berøring mer enn ord. Den gir vekt til ordene, men uttrykker samtidig det ordløse, og fordi den er naken, er den også ærligere enn ordene - i alle sine forklødninger. Et menneske er aldri så ensomt som når det mister kontakten med sin egen kropp. For dermed mister det seg selv som person. Denne helheten i kropp og sinn bærer vi i hendene som en kostelig skatt fra begynnelsen av livet og inn i verden.

Senere splittes det totale opp. Vi lever i et samfunn som behandler oss delvis og bit-vis; driver oss bort til

hvert vårt ensomme, forblåste ståsted - der vi er utsatte under alle livets forhold på en helt annen måte og i annen grad enn om vi fikk beholde denne helheten i utgangspunktet med kropp, sinn, og dermed opplevelsen av livet så rikt og dypt som vi totalt er i stand til å fatte det.

Beretning 1.

"Personlig har jeg, i hvertfall i perioder, kunnet oppleve at jeg ikke synes jeg har fått nok berøring, og da hatt tider hvor mitt vesen kjentes utvisket, på et vis. Hvor jeg ikke hadde konturer og former og liksom hele jeg på en måte var - det er litt sterkt å si et skrik, men det kjentes faktisk slik.

Dette at noen måtte komme nær meg og at jeg måtte bli tatt på. Og hvis jeg da kunne få det på en eller annen måte, var det liksom en fikk konturer igjen, ikke fløt ut, men ble fast inne i seg. Og det kunne spille inn på andre situasjoner senere.

En ble i stand til å forme sitt liv fordi en selv var formet, skapt eller noe slikt.

Det er sikkert veldig individuelt, og det er vanskelig å få gitt uttrykk for det, men jeg tror dette med berøring, å bli til gjennom berøring, kan spille meget over på hele ens livssituasjon. Hvis en ikke får det en skal ha.....

(Fra Sonja Lid: "Vår nakne virkelighet")

Vi er bærere av de bitre frukter og misforståtte ideer som et utbytende økonomisk system og konkurransestyrt, kontrollerende samfunn legger grunnen for. Vi har frykt og mistenksomhet i våre safter; armer som avhugne grener for at de ikke uhemmet skal strekke seg mot andre. Det blir ingen vekst av det. Vi står for tett inntil andre mennesker i stadige forsøk fra samfunnets side på å sentralisere, forenkle og dermed anonymisere tilværelsen vår. Og likevel for fjernt, fordi det fysisk ikke skapes møtesteder mellom oss. Vi konkurrerer om lyset, men atmosfæren rundt oss gir ikke lenger næring - men langsomt død. Bit-vis har samfunnet begynt å fatte. Men uten å endre grunnleggende samfunns-forhold og økonomiske premisser, endres forhold, oppfatninger og holdninger fra fortiden seg heller ikke. Å gripe helheten fra roten ville bety å måtte endre fra roten. Iblant undrer jeg: Er det sant at langsomt blir livet til? Ja, dersom det får utvikles organisk og i rette sporet..... Slik er det ikke - innenfor dagens samfunn.

Likevel, helheten er begynt å oppta oss. Kontakten innenfor livmorens varmt-og-trygt bankende vegger, forflyttes i mange tilfeller til en varm mage og et bløtt, mottagende lys i uteverdenen i de første livsøyeblikk.....Ingen brudd på kontakten: verden tar imot deg. Er du heldig, vil du strekke deg ut i den videre kontakten som skaper lag på lag av trygge konstateringer: dette er meg, der er du eller dere som forteller meg at





jeg fins! En trygg konstatering starter i et kroppslig forhold - det aller første mellom to elskende, ditt eget opphav.

Men integriteten risikerer å bli brutt ned tidlig på minst to måter. Den som tar i deg, må selv være trygg i sin egen kropp - og oppfatte deg i din kropp som et fenomen i seg selv: ta alle dine signaler, som det unike individ du er, og svare ut fra det -la deg få lov til å oppleve og erfare/erkjenne kroppen din som din egen, som det vitale liv du bretter ut bit for bit, slik at du gradvis vokser i trygghet og selvtillit. Heller ikke si: det er din kropp, men berør den ikke for ofte, sansning skal ikke radere ut kontroll og nøkternhet. Vår kirkelige arv har brakt med seg en to-delning av kropp og sinn som er dyp og uhells-svanger.

Det du ikke lærer om det å være nær i de første timer, uker og år, innhentes senere bare med besvær. Det du ikke lærer å kjenne, kan du heller ikke senere styre når det er nødvendig.

Men samfunnet undertrykker stadig følelser, og kropp er tabubelagt for at konkurransevne og rasjonalitet fortsatt skal sitte i høysetet.

For Kropp = følelser; Huset for vårt sanselivs blomstrende gløder. Derfor ligger en annen trussel i kjønnsrolleinnndelingen, som putter oss i bokser med skalkede luker. Gutten som (fremdeles) ikke får være i følelser som uttrykker svakhet, og jenta som motsatt ikke skal utfolde seg for sterkt, men holde utbruddene tilbake. Vare og sansende følelser har ikke noe med det å være gutt å gjøre. Derimot er det "all

right og normalt" med seksuelle følelser for en gutt.

Men i første rekke skal det seksuelle være handling, ikke opplevelse - erobring, ikke innlevelse og sansing. Slik trenger samfunnet fortsatt mannen, bare slik bekreftes han som mann. Men i kjølevannet av dette ligger volden og aggresjonen og et frustrert og ikke-utviklet følelsesliv. Som jenta, kvinnen skal forholde seg til og ofte blir et offer for. For bare som (kroppslig) objekt skal hun eksponere sin kropp, og ta vare på de varmere følelser. Passe seg for å vise sinne, markerte utgående følelser eller styrke i seksuelle behov. Slik er hun kvinne. Det fins usynlige - men likevel strenge rammer - for hva du kan gjøre som gutt/jente, kvinne/mann, hvis du skal anerkjennes. Men kvinner og menn representerer i utgangspunktet to likestilte parter av menneskeheten, der den individuelle forskjellen er større enn den gruppevise, når maskene faller. Likevel er det slik at vi fremdeles opplever usikkerhet, noen ganger skamfølelse, hvis vi mister rolleidentiteten.

Utenfor oss selv, erstatter lett substituttene våre virkelige (sanne) behov. Vi kjøper nærvær og bekreftelse hos frisør og massøse, vi søker underholdning istedet for opplevelse, kjøper oss varme og berøring gjennom dyr; vi erstatter gleden i forhold til mennesker med alt for mange døde ting. Vi mistar syntetiske behov for våre dypeste savn, og går vill. Vi eksisterer gjennom tillærte holdninger og behov, fremmedgjort i vårt fysiske språk, innestengt.

For ikke å komme inn i blindgater der vi låses, må vi fra tidlig av og senere i livet møtes og oppfattes i våre grunnleggende behov, få og beholde kontakt med disse i oss selv.

I sannhetens navn må det også sies at mengde av berøring vi gir og får, varierer fra menneske til menneske, fra situasjon til situasjon, fra livsfase til livsfase. Det medfødte behovet for fysisk kontakt er også forskjellig for ulike individer. Kroppskontakt er likevel avgjørende for å få tak i (komme i kontakt med) egne følelser; det er meg.

Like sikkert er det at et barn som ikke blir tatt opp på armen under sykehusoppholdet, blir langsommere frisk, og reduserer kanskje sine muligheter for å bli "helt" frisk. Får barnet ingen berøring, settes det tilbake i utvikling, både når det gjelder følelser og intelligens.

Å helbrede - forteller ordet - betyr å gjøre HEL. Samle kropp og sinn til et hele. Slik at det enkelte menneske kan komme ut til andre med seg selv. Innenfor sinn og kropp.

Og vi vet - og kjenner - at å gi et gammelt menneske hånden på sengekanten betyr å gi av sitt eget varme, bekræftende nærvær. Den andre får kjenne at hun fremdeles er midt i livet, får bekræfte sin egenverdi. Sin berettigelse. Hudvarme er gjenkjennelse, gir fornyelse, styrke. Grunnleggende trygg gjennom basiskontakten. Hun kan leve videre alene om andre eller en annen kommer igjen. Noen gang. Slik blir det mulig å dø. Fordi døden er innenfor livets sammenheng.

Stykkevis og delte står vi famlende i livet. Valg blir vanskelige.

Delte - kan vi styres dit andre vil.

Å være hel, integrert, gjør det lettere å stå for noe. Hele - er vi ikke så lette å kontrollere og manipulere - forføre til blinde handlinger revet løs fra en sammenheng. Helere er vi tryggere og sikrere på oss selv. Bedre i stand til å se og skjelne. Varme nok til selvhjelp og avgjørende håndrekninger til andre. Åpne for forandringer. For nød. For glede. Mobiliserte i en livskamp som i dag krever oss levende og delta-gende. Når vi skal gjøre viktige valg for fremtiden, både som enkeltmennesker og som "helt" folk.

**Forfatter Sonja Lid,
Drammensveien 163,
0277, Oslo 2**



En god kokk er den beste lege

Under dette gamle ordspråket (kinesisk?) skal vi ta for oss mat til hverdag og fest. Vår innfallsvinkel vil spesielt være: hvordan lage god og velsmakende mat som er overkommelig for oss travle nåtidsmennesker som hverken har kokke- eller stuepiker, men må greie brasene selv?

Vi håper at mange vil gripe pennen og dele sine "god-biter" med oss i denne spalten.

Jeg vil innlede med å slå et slag for det gode brød. Hemmeligheten med å bli pansjonert brødbaker tror jeg ligger i at en lykkes i starten, og at arbeidsprosessen ikke er mere krevende enn at den glir naturlig inn i døgnrytmen.

I vår husholdning - 2 voksne og pt. 2 tenåringsbarn - "overlever" vi ikke lenge på sjøpebrød. Vi må ha vårt eget hjemmebakte i det daglige, og til fest.

Det er like gjerne husfaren som står for bakingen (hans brød er best, påstås det). Våre betingelser for å orke i det lange løp er at hele prosessen er lett og lite tidkrevende og uten for mye kliss og oppvask. Vi har i årenes løp forsøkt oss på flere metoder. Den mest overkommelige har vi nå med hjelp av en "Food processor" - den vesle maskinen som gjør det meste lynraskt - elter, hakker, rasper, moser, alt etter som. Vi baker 3 store brød om gangen og har da nok til 2

dagers vanlig forbruk. Dermed slipper vi dyppfryseren og bevarer den sprøde skorpen uten at brødet blir for tørt på slutten.

Et av poengene med å bruke food prosessoren (vår er en Brown multipractic) er at alt kan vaskes i oppvaskmaskin, i allefall på 55 grader C (i bruksanvisningen blir oppvaskmaskin ikke anbefalt, men hos oss og flere vi kjenner, har dette gått problemfritt). Vi har i tillegg til standardstyret anskaffet 2 ekstra boller og kniver (også greit å ha til annen matlaging). Det går ett brød i hver bolle og hvert brød hever i hver sin bolle. Ettersom en food prosessor er et lukket system, blir det svært lite søl. I denne type maskin behøver heller ikke gjæren løses opp i væske før den blandes i. Alle ingrediensene - mel, salt, gjær, olje - haes i bollen. Maskinen settes i gang og deigvæsken blandes i gjennom sjakten, og deigen er ferdig eltet på et knapt minutt. Den gattes på plass med en slikkepott og det strøs et tynt lag hvetemel over før den settes til heving på et lunt sted med klede over bollen(e). Det går fortest når alle tre bollene er gjort klare med ingrediensene i tur og orden og så eltes med deigvæske fortløpende. Denne prosessen tar totalt ca. 10 min. med henting av alle ingredienser inkludert.

Etter ca. 1 times heving (deigen er nå i høyde med bollekanten) bakes brødene ut med passe mye mel (alt etter hvor bløt deigen er) og

haes i hver sin smurte brødforn. Brødfornene settes til heving med klede over ca. 1/2 time, og settes så i forvarmet stekeovn på 225 grader C på rist i bunnen. Steketid 50-55 min. Det går også an å sløyfe hevingen i formene, men brødene blir bedre hvis en tar seg tid til dette. Formene settes da i kald ovn og termo-staten settes på 225 grader C. Det må beregnes lengre steketid, ca. 15 minutter mer. Vær oppmerksom på at steketida kan være forskjellig fra komfyr til komfyr og er også avhengig av spenningen, så en må prøve seg noe fram.

Vårt favorittbrød, som vi alltid vender tilbake til etter forsøk på andre varianter, og som "alle" spør etter oppskriften på, har følgende resept:

I et litermål haes:

- sammalt grovt rugmel til ca. 1 1/2 dl,
- sammalt grovt hvetemel til ca. 4 dl,
- havregryn til ca. 5 dl,
- 1 neve sesamfrø, kli eller lign. (kan sløyfes),
- fint hvetemel til toppen - gjerne med topp på,
- 25 g gjær, 1 teskje salt,
- 2-3 spiseskjeer søyaolje,
- 4-4,5 dl. vann - lunkent (kroppsvarmt) - rett fra springen.

Når brødene er stekte, vendes de ut av formene på rist til avkjøling.

Og så ligger de der herlig duftende og får tennene til å løpe i vann. Merkelig nok, år

ut og år inn, er det alltid like godt med nybakt brød. Ungene elsker å skjære seg store blingser, og med smør og litt pålegg i tillegg er det ingen sak å få venner på besøk, planlagt eller overraskende. Og aldri har vel brød vært så sunt som nå, også det ferske.

Å vokse opp til duften av nybakt brød - jeg forestiller meg at det er en god erindring å ta med seg ut i livet.

Et lite praktisk tips til slutt. Hvis vi vil bevare den sprø skorpen, er det lurt å pakke brødene i et blåttøysklede og ikke i plastposer.

Dette var vår metode som fungerer fint hos oss. Men hva med dere andre, Janecke f. eks, hermed er dere utfordret uti brødbakingens kunst

**Allmennpraktiker
Synnøve Grønn,
Ytrebygda legekantor,
5065 Blomsterdalen.** □



Rehabilitering av torturofre og deres familier



Åse Berg, turnuskandidat ved Fylkessykehuset på Stord. Hun ble født i Alta i 1957, vokste opp i Trondheim og studerte medisin i Tromsø. I 5. studieåret skrev hun valgfrioppgaven "Medisinske følger av tortur, særlig med hensyn på kvinner og barn". Hun deltok i oktober 1988 på et seminar i London med samme emne.



VOICE AGAINST TORTURE

Referat fra seminar i London 6.-8. 10. 88

Av Åse Berg

Rehabiliteringscenteret for torturofre i København (RCT) ble åpnet i 1984. De arrangerte i oktober 1988 sitt 6. internasjonale seminar om rehabilitering av torturofre og deres familier. Foreleserne var ansatte ved dette senteret. Deltakerne var leger og psykologer, de fleste fra den 3. verden. Seminaret hadde to verdifulle sider, den ene var den faktiske kunnskap som ble formidlet, den andre var møtet med helsearbeidere fra hele verden.

Generelt om tortur.

Tortur kan defineres som "den systematiske, bevisste påføring av intens smerte i enhver form utøvet av en person mot en annen eller mot en tredje person for å gjennomtvinge sin egen hensikt mot den andres vilje". Amnesty International mener tortur brukes i minst 98 land, ofte som en del av den daglige rutinen ved fengslinger. Leger har vanligvis en sentral plass i gjennomføringen av tortur (Se Utposten nr. 2/89).

Hensikten med torturen er gjerne å uskadeliggjøre opposisjon, enten ved å bryte ned enkeltmennesker eller ved å lamme grupper. Informasjon og tilstøtelser som fås fram er sjelden nyheter for torturistene, men det at vedkommende "sprakk" gjør at han/hun bryter ned seg sjøl i ettertid med skyldfølelse og egen klandring.

Når det gjelder torturmetoder og følger vises til Tidsskrift for Den norske lægeforening etter påske. Det nyeste innen torturmetoder er ikke kommet med der, nemlig at i Latin-Amerika brukes nå også cytostatika i torturen.

Rehabilitering av torturofre og deres familier ved RCT i København.

De forskjellige yrkesgruppene fortalte om sitt arbeid ved RCT. Det var leger (neurologer, psykiatere, peditere, reumatologer), psykologer, sykepleiere, sosionomer og fysioterapeuter. I løpet av undersøkelsene og behandlingen prøver de å unngå alt som kan minne pasienten om den torturen vedkommende har vært utsatt for: EKG kan minne om elektrotortur, blodprøvetaking om tortur med nåler, fysioterapi i basseng om drukningstortur og hvite rom om torturrommet.

Reaksjoner fra noen av deltakerne fra den 3. verden på seminaret.

Flere av deltakerne fra lignende sentra i den 3. verden ble nokså provosert av den danske modellen for behandling av torturofre. De viste til antallet pasienter som ble behandlet i København (71 torturofre i 1987) og hva prisen pr. person ble der i forhold til pasientmengden og ressurs-knappheten de sjøl hadde i sine respektive land. Mange steder var det slik at torturofrene knapt kom til en lege eller psykolog. I en slik hverdag virket det som om arbeidet til fysioterapeuter, sosionomer og andre av de nevnte ble betraktet som "luksusmedisin".

Hva noen av deltakerne fortalte.

Som den motsatte ytterligheten til den danske modellen fortalte en psykolog fra Sør-Afrika fra sitt arbeid med "kids on the run". Mange barn er på flukt fordi hjemmene deres er ødelagt eller fordi begge foreldrene er fengslet.

En del er på flukt fordi de er "frosset ut" av egen familie og av venner. Barn som en gang har hatt noe med politiet å gjøre, blir ofte senere plaget og banket opp av politiet og av "vigilanter". De terroriserer barnas familier og eventuelle venner slik at ingen tør omgås barna. Dermed blir behandlerne barnas eneste kontakt.

I følge den sør-afrikanske psykologen er fengsling av barn en del av myndighetenes taktikk ovenfor de svarte og/eller de som er uenige i raseskilnepolitikken. Han antok at omlag 200 barn sitter i sør-afrikanske fengsler til enhver tid. Barn blir også utsatt for isolasjon, mishandling og henrettelser.

De fleste pasientene hans var mellom 12-18 år, men det var også en del under 2 år som hadde store problemer fordi begge foreldrene var i fengsel. Barnas plager var særlig konsentrasjonsproblemer, hodepine og sosiale tilpasningsproblemer. Han beskrev et fenomen som han kalte "døde øyne" eller "closed off" der barnet fungerte som en robot, helt stengt inne i seg sjøl.

De hadde utviklet en egen form for "psykoterapi", der man i løpet av en konsultasjon prøvde å hjelpe pasienten så mye som mulig, siden de aldri kunne vite om de fikk se barnet igjen. Ofte er det lange reiser for å komme til en terapeut og det er farlig å søke slik hjelp. Behandlingen består mer i å støtte og å forsøke å få dem til å forstå enn å fjerne symptomer. De prøver å lage støttegrupper av flere barn i samme situasjon. Igjen ser det ut til at barnas bakgrunn virker inn på prognosen for framtida. De barna som kom fra vanskelige hjem fikk oftere mye alvorligere problemer.

Et annet problem i behandlingen er språket, siden det snakkes 12 forskjellige språk i Sør-Afrika.

Journalnotater ble beslaglagt, opplysninger derfra misbrukt og pasienter nevnt der utsatt for reprimander. De hadde prøvd å lagre journalene i koder, men det sør-afrikanske politiet knekker alle slike forsøk. En av psykologene fortalte at han de siste 2 år hadde blitt skygget hver gang han viste seg ute, uansett når på døgnet han gikk ut. Generelt er det farlig å prøve å motarbeide apartheid eller bare å behandle motstandere av denne. En lege som

arbeider på et sykehus som behandler mange frigitte fanger, fortalte at politiet står fast utenfor sykehuset. Han ringte undertegnede igår (30/1-89) og sa at en av hans kolleger, en kirurg, Dr. Asvait nylig var blitt snikmyrdet mens han var på jobb.

Ovennevnte er sør-afrikanernes historie, den andre ytterlighet i forhold til den danske modellen, både i struktur og i samfunnsforhold generelt. De andre landene som var representert står sannsynligvis et sted mellom de to nevnte.

En lege fra Pakistan, fra organisasjonen "Voice against torture", fortalte at han halve uka arbeider som privatpraktiserende og resten behandler han torturofre gratis "under jorda".

Flere av hans kolleger var blitt torturert pga. det samme arbeidet, men de fortsatte.

En kvinnelig lege fra Filippinene hadde mottatt drapstrusler pga. sitt arbeid med torturerte barn, i form av et svart sørgbånd i posten.

Og i Norge, hva gjør vi her?
Her diskuterer vi idag folkeavstemming om asyl-mottak i Vestre Slidre.....

Turnuskandidat
Åse Berg,
FSH, Stord
5400 Stord



Pasientene tror vi har god tid



Johnny Mjell er bergenser, cand. med. fra Bergen 1981. Etter turnus i Gravdal i Lofoten og Vinje i Telemark har han fra 1985 vært kommunelege II i gruppepraksis i Bodø.

Av Johnny Mjell

Bakgrunn

Vi er fire leger som arbeider i en fast-lønnspraksis, organisert slik at det til enhver tid er 3 som driver kurativt. Vi har vanlig timebestilling, og vi setter opp 3 pasienter pr. klokke-time. Vi beregner derfor ca. 15 minutter pr. pasient. De resterende minuttene går med til å skrive journalnotat på maskin, hente neste pasient, se på en øyeblikkelig-hjelp-pasient, se på et sår eller lignende. Over en tid har det utviklet seg en frustrasjon hos oss fordi vi stadig ligger "etter skjema": konsultasjonene tar altså gjennomsnittlig mer enn 15 minutter. Dette har vi tatt som selvkritikk: at vi må bli bedre til å kontrollere konsultasjonenes varighet.

For sikkerhets skyld fant vi likevel ut at vi ville spørre våre pasienter om deres forventninger til konsultasjonenes varighet. Svarene overrasket oss!

Undersøkelsen

Opprinnelig var dette ment å være en spørreundersøkelse til internt bruk. Vi la ikke vekt på strenge statistiske eller vitenskapelige kriterier. Skjemaene ble levert ut fortløpende til våre pasienter, men vi kontrollerte ikke om alle leverte dem inn. I alt ble det innlevert 127 utfylte skjema, ikke alle hadde besvart alle 5 spørsmålene. Spørreskjemaet sees i fig. 1.

Resultater.

Skjemaene er besvart av 101 kvinner og 26 menn. Gjennomsnittsalderen for kvinnene var 39,3 år, for mennene 49,2 år.

125 pasienter besvarte spørsmål 1. Gjennomsnittlig tror pasientene at vi beregner at en vanlig time kan vare 24,8 minutter. Det var kun 42 av pasientene som hadde svart 15 minutter eller mindre. Det betyr at 2/3 av våre pasienter tror vi beregner mer tid på hver konsultasjon enn vi faktisk gjør.

115 av pasientene besvarte spørsmål 2. Gjennomsnittlig ønsker pasientene å ha 28,9 minutter til rådighet i en vanlig konsultasjon.

124 pasienter besvarte spørsmål 3. Gjennomsnittlig forventet pasientene å bruke 37,7 minutter ved den aktuelle konsultasjon.

Feilkilder

Det at vi ikke kontrollerte at skjemaene ble innlevert kan ha ført til at spørreskjemaene ble liggende på venterommet. Vi har den siste tiden begynt med kortvarige konsultasjoner vi har kalt "5 minutterstimer" som et tilbud til dem med akutt behov for legehjelp ved otitter, cystitter og lignende. Svarene på enkelte av skjemaene kan tyde på at de er utfylt av personer som har fått en slik

Vi håper du kan hjelpe oss ved å svare på følgende spørsmål:

1. Hvor lang tid tror du at LEGENE beregner at en VANLIG TIME kan vare?minutter
2. Hvor lang tid ØNSKER DU å ha til rådighet i en VANLIG TIME hos legen?minutter
3. Hvor lang tid tror DU at det vil ta hos legen I DAG?minutter
4. Hvor gammel er du?år
5. Er du mann eller kvinne?

BESVARELSENE ER ANONYME!

VENNLIGST LEGG SKJEMAET I KASSEN VED LUKA NAR DU ER FERDIG!

TAKK FOR HJELPEN!

"5 minutterstime".

Spørsmål 3 er upresist. Et par av skjemaene har kommentarer som tyder på at noen har inkludert ventetid og eventuell laboratorieundersøkelse i svaret. Det er derfor vanskelig å konkludere sikkert om svarene på dette spørsmål.

Diskusjon

Det overrasket oss at pasientene forventer at vi har såpass god tid ved konsultasjonen. Kommentarene tyder på at mange pasienter oppfatter

begrepet "time" synonymt med 60 minutter eller 45 minutter (skoletime?).

Det er mulig at svarene er en konsekvens av at de tidligere har opplevd at vi tar oss god tid ved vanlige konsultasjoner.

Det var ikke så overraskende at pasientene ønsket seg ca. 30 minutter til rådighet ved konsultasjonen. Det betyr likevel at vi i vår praksis har en rekke pasienter som føler at de ikke får tilstrekkelig tid.

Konklusjon

Vi har konkludert med at vi har et informasjonsbehov overfor våre pasienter.

Vi vil lage en liten pasientinformasjonsbrosjyre der vi blant annet forteller hvor lang tid vi beregner at en vanlig time kan vare. Samtidig får de vite at de kan bestille dobbelttime dersom de føler behov for det.

Kommunelege Johnny Mjell
Legegruppen,
Torvgt. 1, 8000 Bodø

Brev fra leserne:

Steinar Westin har sendt oss følgende, sakset fra Klassekampen, torsdag 23.februar i år. Hvordan tror du dette ville fungere i DIN hverdag? Vi tar gjerne imot kommentarer!.....

«Arbeid for pasientene»

I Storbritannia er som kjent privatisering og lovprising av markedene på moten i en helt annen grad enn vi er vant med i Skandinavia.

Mange med meg har vel derfor lurt på hvorfor det engelske helsevesenet (National Health Services - NHS) synes å slippe unna omfattende forandringer. En viktig grunn er

Økonomisk KOMMENTAR

sannsynligvis at NHS er populært blant velgerne. Det kunne derfor få alvorlige konsekvenser å fremme lite gjennomtenkte reformforslag. Men nå har forslaget

kommet. For et par uker siden la regjeringen fram et White Paper med den fengende tittelen «Working for the Patients». Og hovedinnholdet er ikke privatisering, men et forslag til omfattende reformer av NHS. Man tenker seg at hver primærlege skal få tildelt et eget budsjett.

Budsjettets størrelse vil avhenge av hvor mange pasienter legen forplikter seg til å ta hånd om, deres alderssammensetning osv. For dette budsjettet må legen dekke alderssammensetning osv. For dette budsjettet må legen dekke alle utgifter som påløper gjennom året. Dette omfatter ikke bare hennes egen lønn, kontorhold og utstyr osv. Det omfatter også utgifter til sykehusopphold, medisiner og andre helsetjenester for «hennes» pasienter i løpet av året. Sykehusene på sin side vil ikke lenger få tildelt budsjett fra helsemyndighetene. De vil nå motta sine inntekter fra det bud-

sjettet primærlegen får tildelt. Deres inntekter vil avhenge av hvor mange og hva slags pasienter de behandler. De sykehusene som ikke tilpasser seg primærlegenes ønsker, vil miste både pasientene og inntektene.

Det er ikke vanskelig å peke på fordeler med et slikt system. Enhver innbygger vil ha en fast primærlege som har et ansvar for både forebygging og behandling. Dette oppmuntrer til å legge større vekt på forebyggende helsearbeid, siden mindre sykdom i framtida betyr mindre utgifter for legen. Legene må også bevege seg utover den sure moralismen, siden det er bortkastet tid så lenge det ikke blir noen effekt i form av helseforbedringer. Primærlegen vil kunne kjøpe tjenester hos det sykehus som tilbyr den beste kvaliteten i forhold til prisen. Det sykehus som ikke klarer å redusere ventetidene risikerer å ikke få pasienter. Forslaget vil også opp-

muntre til samarbeid mellom profesjonene på sykehusene. De sykehusene som ikke klarer å rydde opp i dobbeltarbeid og profesjonsmotsetninger, vil risikere å dukke under i konkurransen med de mer kompromissvillige. Det beste man kan håpe på, er å gå under med flagget til topps.

Et sentralt spørsmål er selvfølgelig hva som vil skje hvis primærlegens budsjett blir brukt opp allerede i september. Forslaget sier da at han fortsatt kan behandle pasienter med en tilleggsbevilling, men må samtidig finne seg i at praksisen blir gransket av myndighetene.

Selv økonomer er ikke så blåsyde at de ikke ser problemer ved det omtalte forslaget. Plassen her tillater ikke å gå inn på dem. Det er ikke umulig at liknende forslag kan bli aktuelle i Norge om noen år. Derfor er det viktig å diskutere konsekvensene.

TOR IVERSEN

Kliniske beslutninger- offentlige midler- etiske problemer



Petter Øgar f. 1953, cand. med. Oslo 78. Etter turnus og militærtjeneste vel 2 1/2 år som assistentlege ved medisinsk avdeling på Kongsberg sykehus. Fra høsten 83 - dvs. siste 5 1/2 år - ene og alene kommunelege i Hornindal. Allmennpraktiker Dnlf, spesialist i samfunnsmedisin og godkjent veileder i allmennmedisin.

Av Petter Øgar

Økonomisk betydning

Lønningsutvalget (1) sier det slik: "De tusenvis av valg som treffes når det gjelder undersøkelse, behandling, pleie og oppfølging av den enkelte pasient, låser i høy grad ressursbruken i helse-tjenesten. Ansvar for prioritering av bruken av store helsetjenesteressurser er i virkeligheten på denne måten desentralisert til den enkelte helsearbeider, og spesielt til den enkelte lege".

Det er trolig ingen annen eller bedre måte å gjøre dette på. Men dette faktum gjør at kvaliteten på våre kliniske beslutninger blir avgjørende viktig - også i et helseøkonomisk perspektiv. Følgelig må vi akseptere at de også blir gjenstand for en helseøkonomisk vurdering og at vi blir ansvarlige for at de ivaretar helseøkonomiske hensyn på en forsvarlig måte.

Beslutningsprosessen - deltakere og interessenter

Kliniske beslutninger spenner over et stort spekter fra det helt enkle til det svært kompliserte. Som regel treffes beslutningen innenfor rammen av et lege-pasient-forhold. Men dette forholdet eksisterer ikke i et vakuum. Det utøves innenfor rammen av en rekke ytre påvirkninger som kan skape konflikter i beslutningsprosessen på flere måter.

Faktisk ressursramme

Yrkesutøvelsen vår skjer for en stor del innenfor en gitt ressursramme; fysiske lokaler, utstyr, tilgjengelige andre tjenester og tid setter klare grenser for virksomheten vår. Dette skaper først og fremst fordelingsproblemer hvor hensynet til pasienten jeg behandler akkurat nå, må veies mot hensynet til mine andre etablerte pasienter og i forhold til hele min potensielle pasientpopulasjon. Mye ressurser til en pasientgruppe innebærer mindre til de andre.

Konflikter vil oppstå i den grad det er uenighet om fordelingen av ressursene innenfor rammen og om hvem som skal ha myndighet til å bestemme denne fordelingen.

Det offentlige krav og forventninger

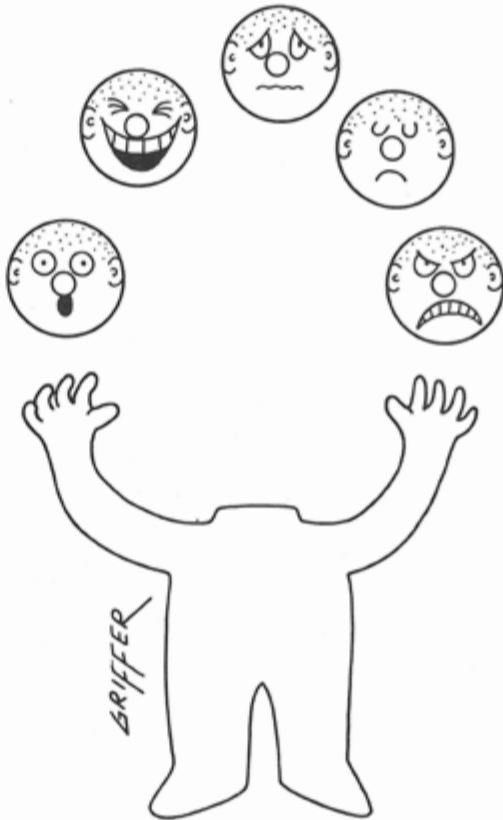
Det offentlige har sine krav og forventninger til hvordan vi utøver vår virksomhet. Disse kommer dels til uttrykk gjennom gjeldende lover og regelverk, men også gjennom ymse politiske vedtak og signaler av mindre klart formell bindende karakter. Hvor langt skal lojaliteten overfor det offentlige gå? Hvor går grensen mellom faglig autonomi og politikernes rett til å bestemme?

Det offentlige har tildelt legene en kontrollør- og portvaktfunksjon i relasjon til offentlige ytelser. Dette stiller oss pr. definisjon mellom barken og veden og vil svært ofte være en kilde til etiske konflikter.

Dette skyldes ikke minst at mange avgjørelser bygger på skjønn og at sykdomsbegrepet etterhvert i økende grad er blitt uhandterlig. Ifølge Sundby og Grünfeld (2) er den moderne lege blitt servitør i sin egen trygdepraksis. Han har en utvidet psykososial, medisinsk forståelse som gjør sykdom til det pasienten selv velger å definere som sykdom. I denne situasjonen er det håpløst å ha en portvaktfunksjon.

Aktuelle eksempler er ikke vanskelige å finne:

- Kroniske, skiftende smertetilstander i muskel-skjelettsystemet, av reumatologene døpt fibromyalgi, av psykiaterne kalt somatoforme tilstander, - for allmennpraktikeren ofte et uoversiktlig konglomerat av uheld.
- Psykiske plager som følge av en sosialt vanskelig situasjon; f. eks. reaktive depresjoner etter oppsigelse.



Hvor går grensen mellom hva som er legitim psykisk sykdom og hva som må ansees som en normal psykisk belastning?

En konstant konfliktsituasjon skapes også ved at ajourføring av regelverket alltid ligger etter den medisinske utvikling i tid. Et eksempel kan være synet på sykmelding av pårørende til dødsyke mennesker. Hvor skal lojaliteten vår ligge her?

Kanskje kan en snakke om en offentlig likk eller norm for fordeling og prioritering av helsetjenester og helsegoder. Siste oppdatering er i så måte Lønningutvalgets innstilling (1) og dens senere oppfølging i nasjonal helseplan.

Ifølge denne er det en del helsetjenester vi *ikke* burde yte, gitt den nåværende utbyggingsgrad av helsevesenet. Det er tjenester som er etterspurte, men som hverken er nødvendige eller har klart dokumentert nytteverdi. Som eksempel på slike tjenester nevnes bla. rutine-messige laboratorieprøver, undersøkelser og behandlinger uten klar dokumentert nytteeffekt, visse typer helsekontroller og spesielle helsetjenester til idrettsfolk.

Disse prioriteringene får - dersom de følges - klare konsekvenser for våre kliniske beslutninger. Hvor bundet skal

vi føle oss av slike offentlige prioriteringer?

Faglig referanseramme

Kliniske beslutninger treffes med utgangspunkt i en faglig referanseramme. Problemet er at det ofte ikke finnes noen slik enhetlig ramme. Normen for hva som er riktig og god behandling er i mange henseende så romslig at det er direkte misvisende å snakke om en norm. Dette gjelder ikke minst i allmenmedisin, men slett ikke bare her.

Det er dokumentert ved en rekke undersøkelser (3) at like tilstander utredes, behandles og kontrolleres på til dels svært forskjellig måte og med til dels svært forskjellig kostnad. Det foregår trolig en ganske utstrakt overutredning og overbehandling på visse områder, og det er klart at LEON-prinsippet ikke overholdes. Mange veier fører til Rom, men det er dog en grense, og ikke alle er like farbare.

Uten rimelig klare normer for hva som er riktig og god behandling sier det seg selv at det er svært vanskelig å drive noen evaluering eller kvalitetskontroll av det arbeidet som utføres.

Det er flere årsaker til at det har blitt slik:

- Mye av den behandling vi driver er ikke tilstrekkelig vitenskapelig fundert. Mye av det vi kaller skjønn eller endog legekunst er i realiteten kamuflert mangel på kunnskap.
- Helsetjenesteforskning, beslutningsteori og helseøkonomi har ingen tradisjon og har til nå ikke hatt noen plass innenfor det medisinske miljø hverken i grunn- eller etterutdanningen. Vi har ingen tradisjon for en eksplisitt framleggelse av den kliniske beslutningsprosess og hva som påvirker den. Følgelig forholder vi oss idag overfor disse problemene på en lite profesjonell måte.
- Virksomheten vår er også påvirket av andre hensyn, f. eks. karrierehensyn, forskningsmessige hensyn og personlige økonomiske hensyn.

Det bør være en klar etisk forpliktelse å benytte den billigste av ellers likeverdige behandlinger. Det bør likedan være en klar etisk forpliktelse å sørge for at de behandlingsprosedyrer vi benytter er best mulig vitenskapelig dokumentert - også ut ifra en helseøkonomisk synsvinkel.

Samfunnet og den generelle samfunnsutvikling

Samfunnet og den generelle samfunnsutvikling spiller en stor rolle som påvirker av beslutningsprosessen. Endringen i folks sykdomsoppfatning er nevnt. Rammen for hva som er legalisert sykdom har økt betraktelig. Andre trekk i samfunnsutviklingen er også viktige:

- Demokratiserings- og egaliseringsprosessen med økende krav til medbestemmelsesrett og etter hvert selvbestemmelsesrett. Sammen med den sterke betoningen av at helsetjenesten er en seviceinstitusjon, gjør dette at legens rolle raskt er forandret fra monarkens i det opplyste enevelde i retning av å bli servitørens på helsekafeen. Dette forsterkes ved at vi stadig overvåkes mer og mer gjennom pasientombud, pasientorganisasjoner og presse. Det siste er at juristene begynner å gjøre sitt inntog på arenaen. Dels direkte som talsmenn for pasienter i enkeltsaker, men kanskje like viktig gjennom utformingen av ny helselovgivning. Både i kommunehelsesloven og i framlegg til ny lov om tvungent psykisk helsevern snakkes det om pasientrettig-



- * Effekt på alle typer angina pectoris.
J. S. Schroeder et al, Am. J. of Cardiol. 1982/K.F. Hossack et al, Am. J. of Cardiol. 1982.
- * Lav bivirkningsfrekvens.
R.F. Zelis, Hospital practice. Aug. 1981/J.S. Schroeder, Mod. Medicine. Sept. 1982.
- * Normaliserer et eventuelt for høyt blodtrykk.
W. Frishman et al, Am. J. of Cardiol. 1985.
- * Eneste kalsiumantagonist som viser positive resultater når det gjelder sekundærprofylaktisk effekt.
Gibson et al, New England. J. of Medicine. Aug. 1986.

Dette trenger du å vite om Cardizem og effekt ved behandling av angina pectoris!

Cardizem® ved angina pectoris er enkelt og trygt.



CARDIZEM® *diltiazem.*
- SÅ VET DU HVA DU GJØR!

CARDIZEM Kalsiumantagonist
Tabletter 60 mg: Hver tablett inneh.: Diltiazemhydroklorid 60 mg, lactose 260 mg, const. q.s. Filmdrasjert.
Indikasjoner: Angina pectoris. Variantangina (Prinzmetals angina).

Kontraindikasjoner: Sinusknutedysfunksjon, AV-blokk grad II og III. Graviditet (se Forsiktighetsregler).
Forsiktighetsregler: Dårlig kontrollert hjertesvikt, ledningsforstyrrelser, alvorlig hypotensjon og kardiogent sjokk. Dosen bør reduseres ved sterkt nedsatt lever- og nyrefunksjon. Kombinasjon med digitalis og betablokkere kan gi additiv effekt på ledningssystemet med for lav hjertefrekvens eller AV-blokk. Ved kombinasjon med betablokkere bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Diltiazem er embryotoksisk og teratogent i dyre-

forsøk og bør ikke gis til kvinner i fertil alder hvor graviditet ikke kan utelukkes. Ingen erfaring fra bruk hos kvinner som ammer.
Bivirkninger: Som regel av mild og forbigående natur. Vanligst rapporterte: Kvalme, hodepine, tretthet og svimmelhet; AV-blokk I, ankeledem og exantem. Forbigående transaminasestigning kan forekomme en sjelden gang, og et klinisk bilde som ved hepatitt er sett i et fåtall tilfelle. Enkelte tilfeller av AV-blokk grad II - III og sinusknutedepresjon er beskrevet.
Interaksjoner: Kombinasjon med

digoksin kan gi økt digoksinkonsentrasjon i blod, kan være av klinisk betydning hos noen pasienter. Kombinasjon med digitalis og betablokkere, se Forsiktighetsregler. Ved kombinasjon av diltiazem og andre medikamenter med blodtrykkssenkende effekt kan den anti-hypertensive effekt forsterkes.
Dosering: Individualiseres. Døgndosen fordeles på 3 eller 4 enkelt-doser. Rimelig startdosering 60 mg 3 ganger daglig. Dosen kan økes til 360 mg/døgn ved behov. Pakninger og priser: Tablett: 60 mg: 100 stk. kr. 264,80. FEB. '89. 300 stk. kr. 764,90.



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

heter. Disse er imidlertid dårlig definert i lovteksten og må finne sitt konkrete innhold gjennom framtidige rettssaker. Dermed er det domstolene som i realiteten vil stå for en økende del av prioriteringen innenfor helsevesenet i årene som kommer ved at myndighetene må oppfylle rettslige pålegg.

- Massemedia spiller flere roller. Dels er de et middel som brukes av pressgrupper og andre som ønsker å oppnå noe. Grupper av leger er her intet unntak. Alliansen mellom frelste fagfolk, pasientorganisasjoner, medisinsk industri og media ser ut til å være nær uovervinnelig og kullkaster ethvert forsøk på gjennomtenkt prioritering. Mediasamfunnet gjør også at befolkningen/pasientene meget snart får kunnskap om nye tilbud som de også vil nyte godt av. Ofte er det nytt fra forskningsfronten som ennå ikke på noen måte har fått en veloverveiet indikasjonsstilling i en total sammenheng. Massemedia har også sine egne interesser å ivareta som dessverre ofte ikke er sammenfallende med våre.

- Lokalkulturen - eller folkesjela om en vil - er også en reell rammefaktor en må forholde seg til. En småbruker fra Indre Hornindal har helt andre krav og forventninger til helsevesenet enn en frue fra Frogner.

- Endelig lever vi i en tid med reelt økende behov for helsetjenester (eldrebølge, kreftøkning, HIV-epidemien), stadige nye og som regel kostnadskrevenne medisinske tilbud, en visnelatende endeløs tro på behandling med derav følgende forventninger og en økonomisk nedgangstid som definitivt gjør at vi ikke kan realisere alt som er medisinsk mulig.

Pasienten

Pasienten er et produkt av sin tid og sitt miljø og er seg selv nærmest. Han oppsøker helsevesenet og forventer service og den hjelp medisinen kan gi ham. Innholdet i det medisinske tilbud han trenger har han i stadig økende grad en egen oppfatning om og han forventer i økende grad at hans ønske blir tatt hensyn til og imøtekommet. Det sier seg selv at dette ofte vil komme i konflikt både med legens faglige syn og rimelige økonomiske hensyn. Situasjonen blir fort ubehagelig og kan true lege-pasient-forholdet - en av grunnpilarene i vår yrkesutøvelse.

Legen

I tillegg til å treffe sine beslutninger innenfor rammen av ytre kryssende interesser, skal han også ivareta sine egne behov.

Han skal bevare egen helse og personlig integritet. Det vil bla. si sitt livssyn og sitt privatliv.

Han skal bevare sin faglige integritet.

Han skal ivareta et godt lege-pasient-forhold som en forutsetning for god behandling.

Han skal ivareta sin yrkeskarriere og sine faglige særinteresser. Faren for å være forventningsskapende og drive med reklame og argumentasjon for eget fagområde innenfor rammen av vanlig klinisk virksomhet er reell. I hvilken grad skal vi kunne gjøre dette?

Han skal ivareta sine økonomiske interesser. Dette vil særlig være aktuelt for de som er næringsdrivende (4). De er direkte avhengige av sine pasienter for å leve. Deres inntekt er også direkte avhengig av hvordan de behandler sine pasienter; hvor mange prøver, hvor hyppige kontroller osv. Den som ikke ser etiske farer her har manglende gangsyn. Ihvertfall i mer sentrale strøk av landet er det i økende grad reell konkurranse om pasienter.

I en situasjon med urealistiske forventninger til helsevesenet og overdreven tro på behandling, ingen kontrollerbar norm for hva som er god og nødvendig behandling vil det være et under om ikke mange leger går over den etiske streken.

Hva gjør vi?

Hva gjør vi i denne vanskelige situasjonen? Som allmennpraktikere sitter vi særlig vanskelig til fordi vi også forvalter inngangsbilletten til spesialisthelsetjenesten.

Forenklet er problemet todelt:

Hvordan skal vi øke kvaliteten på vår faglige referanseramme?

Hvordan skal vi dyktiggjøre oss og klare å leve med de vanskelige beslutninger der vårt faglige eller det offentliges syn kommer i konflikt med pasientens eller egne, personlige krav og ønsker?

Tradisjonell legeetikk gir sitt svar i Geneve-deklarasjonen; The health of my patient shall be my first consideration. I mange av de beskrevne konflikt-situasjoner er denne helt utilstrekkelig. Det er en illusjon at prioriteringer bare hører hjemme på et høyere, politisk

nivå. Så lenge våre beslutninger virker faktisk prioriterende, må vi også ta det ansvaret dette medfører.

Forutsetningen for å løse problemene er å erkjenne dem og identifisere dem. Vi må bare akseptere at yrkesrollen innebærer en plass mellom barken og veden, og dyktiggjøre oss i å mestre denne rollen. Stikkordsmessig kan dette skje ved:

- Økt satsing på beslutningslære, etikk og helseøkonomi i grunn- og etterutdanningen. Den enkelte helsearbeider må få internalisert en holdning til prioriteringsproblemer, evaluering og kvalitetskontroll av egne arbeidsrutiner.

- Økt satsing på helsetjenesteforskning og utvikling av klarere normer for hva som er riktig og nødvendig behandling. Stikkord her vil være utvikling av handlingsprogrammer og konsensuser på alle nivå av helsetjenesten. Ikke minst utarbeiding av lokale konsensuser - på legesenteret, i vakt-distriktet, i lokalsykehusområdet - tror jeg er et svært viktig virkemiddel.

- Men dette vil uansett være vanskelige og krevende oppgaver. Derfor trenger vi lokale, kollegiale fora - både som arbeidsverksteder for opplæring og fagutvikling i disse spørsmål, til konsultativt bruk i vanskelige saker og til støtte når det røyner på.

Litteraturliste:

1. NOU 1987; 23 Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste ("Lønningutvalget").
2. Per Sundby, Bertold Grünfeld; Årelating av folketrygden. Aftenposten 03.10.88.
3. Dag Hofoss; Behandlingsprogrammer - klinisk frihet og helsepolitisk ansvar. GHF/SIFF-rapport nr. 5, 1984.
4. Hans Knut Otterstad; Fastlønn eller akkord? Utposten nr. 1, 1988, 36-41.
5. Anne Loft, Gavin Mooney; Kvalifiserende kliniske beslutninger - kan spørsmålet om omkostninger undgås? Nord Med 1988; 103: 178-80.
6. Per Bergsjø, Bjørn Backe; Konsensuskonferanser - et nytt middel til styring av medisinsk teknologi. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 33, 1986, 106; 2825-26.

Kommunelege Petter Øgar
6790 Horningdal □

TETRALYSAL®

(lymecyclin)

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.

Tetralysal «Farmitalia»

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.: *Velket tetracyclin bør väljas. Läkartidningen volym 83–nr. 6–1986.*



Helseplan 2000 - populærutgåve av nasjonal helseplan

Sosialdepartementet. Helseplan 2000. Kommuneforlaget, Oslo 1988. 78 sider, kr. 83 + mva.

Helseplan 2000 er ei kortutgåve av "Stortingsmelding nr. 41 (1987-88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan". Det umiddelbare inntrykket er at dette i tillegg til å vera ein delikatt trykksak også er eit viktig tiltak for å nå fram til eit breiare publikum med sosialpolitisk grunnlagsmateriale. Ein kan ikkje rekna med at helsepolitikkarar i kommunar og fylkeskommunar, fagfolk i klinisk arbeid enn sei folk flest tek fatt på sjølve stortingsmeldinga.

Boka inneheld rimelegvis ikkje noko nytt i forhold til innhaldet i moderdokumentet. Dei som alt har vore gjennom stortingsmeldinga, treng ikkje for eigen del å gå nærare inn i denne boka. Eg har likevel funne stor nytte i henne i samband med planlegging av føredrag og undervisning.

Ho er oversiktleg og greit redigert og peikar på det som etter mi meining er vesentlege sider ved stortingsmeldinga. Del I inneheld ein presentasjon av tilstanden i norsk helsestell i dag. Sjølv om perfeksjonistane vil sakna den kritiske haldninga til talmaterialet, burde dette vera eit minimumspensum for alle som arbeider i helsetenesta eller deltek i helsepolitisk debatt.

Del II med eit oversyn over regjeringas strategi for ein

betre helsepolitikk inneheld dei vyene som ein gjerne skulle sjå at kommunale og fylkeskommunale politikkarar også la til grunn for sine disposisjonar. I dette kapitlet er det ein forvirrande trykkfeil på side 35 kor ein ønskjer å visa til kommunchelse-tenestelovens paragraf 2-1.

I delene III og IV går ein nærare inn på ulike faglege problemstillingar og summerer opp aktuelle løysningsframlegg. Desse kapitla ber litt preg av hastverksarbeid i forhold til utveljinga av stoff frå stortingsmeldinga. Om det skranglar litt med detaljane, er likevel hovudlinene klare. Men kvifor er medisinsk attføring ikkje teke med i del III om hovudområde i helsepolitikken?

Det er også litt leitt at ein i denne oppsummeringa av helsepolitikken mot år 2000 ikkje har funne plass til ein omtale av HVPU-reformen sjølv om denne heller ikkje er med i stortingsmeldinga. Dette emnet hadde i alle fall fortent ein plass i innleiinga eller i litteraturoversynet på slutten. Dette er etter mi meining ein alvorleg mangel med eit dokument som tek sikte på eit breiare publikum som truleg ikkje kjenner til at dette emnet er omtala i egne forvaltningsdokument utanom den aktuelle stortingsmeldinga.

Del V avsluttar boka med eit kort oversyn over økonomiske og administrative konsekvensar av framlegga i meldinga. Dette er i kortaste

laget. Ved ei eventuell nytugåve av boka etter at Stortinget har drøfta meldinga, bør dette kapitlet utvidast. Her bør overordna styremakter nytta høvet til å koma med framlegg til kva politikkarar på kommunalt og fylkeskommunalt nivå bør ha med i egne helseplanar for å nå opp i mot dei måla stortingsmeldinga legg opp til.

Boka bør eigna seg godt for alle som deltek i helsepolitisk arbeid. Ho kan også med fordel erstatta eller utfylla noko av den litteraturen som vert brukt på ulike administrasjonskurs for helsepersonell på mellomnivå.

Ho er så pass rimeleg at kommunane bør sjå om dei kan finna råd til å kjøpa ho til alle helsepolitikkarar og fagleiarar i mellomskiktet. Til slutt - eg kan ikkje norsk avgiftslovgjeving godt nok til å forstå kvifor det er meirverdiavgift på nett denne boka.

Ass. fylkeslege
Geir Sverre Braut
Boks 680,
4001 Stavanger





ANMELDELSER

En bokanmeldelse- og litt til



Knut Arne Holtedal er kommunelege ved Kvaløysletta helse- og sosialsenter. Administrerer for tiden fransk-norsk samarbeidsprosjekt: "Seksualvaner og seksuelt overført sykdom i allmennpraksis".

Shilts R. And the Band Plays On. Politics, People and the AIDS Epidemic. London: Penguin books 1988. 630 s. Pris ca. kr. 140.

I epidemibekjempelse er hysteriet like farlig som fornektelsen. San Franciscojournalisten Randy Shilts er i sitt eventyr av en bok om AIDS-epidemien ikke i tvil om at fornektelsen har vært farligst til nå. Titanic-allusjonen "And the band plays on" sier fra allerede på omslaget. Shilts bok fokuserer på utviklingen av epidemien i USA 1980-85. "Dramatis personae" introduserer historien om AIDS som et stor-slagent drama omkring endel personer som tilfeldigvis var på scenen da teppet gikk opp: Dr. Françoise Barre, forsker ved Pasteur-instituttet, den første som isolerte AIDS-viruset....., Larry Kramer, forfatter og filmprodusent, organiserte Gay Men's Health Crisis i New York City....., Dr. Grethe Rask, dansk kirurg i Zaire, første kjente AIDS-offer i Vesten.....

Persongalleriet er rikt som i en russisk roman, men personene er virkelige og handlingen fortsetter.

Dette virkelighetsperspektivet kan det iblant være vanskelig å holde fast på. Den kronologiske dramaformen gir på en gang intens nærhet og en form for avstand. Bak fornektelsen av AIDS-epidemien lå ofte økonomiske og personlige motiver, slik Shilts gir mange eksempler på, men i tillegg synes jeg boken får fram den psykologiske bakgrunnen: Det er noe uvirkelig over hele AIDS-epidemien.

Man kan lese "Pesten" av Camus med en følelse av at det er en virkelig epidemi og virkelige personer som skildres, og jeg husker Sinclair Lewis' "Arrowsmith" som en realistisk skildring av konflikten mellom lege/forskeridealer og karrierekrav. Langt vanskeligere er det å forestille seg at Shilts beskriver noe annet enn en fiksjon, at AIDS er en virke-

lig epidemi, at blod og sæd kan være reelt smitteførende kroppsvæsker i tillegg til å være symboler på vår innerste intimitet. Epidemibekjempelse i virkelighetens verden er et spill av sosiale og psykologiske prosesser, en test på holdbarheten av politisk og vitenskapelig integritet. Doktor Rieux i "Pesten" kan som helterolle synes virkeligere enn Don Francis og Larry Kramer i Shilts bok, Martin Arrowsmith er mer kjøtt og blod enn Bob Gallo. Soppillene i "Vidunderlige nye verden" kan synes like mulige som badehusene, som med etterpå-klokskapens briller kan fremstå som den kommersielle parodi på en lang kamp for seksuell og menneskelig frigjøring.

Boken gir en mektig skildring av frustrasjonen hos de første som fullt ut forsto epidemiens viktighet og av ofrenes følelse av at ingen brød seg om dem. Den skildrer samfunnets og enkeltindividets fornektelse ved hver eneste skanse sykdommen erobret utenom de homofile miljøene: spebarna, stoffmisbrukerne, hemofilikerne, de transfunderte, de heterofile, alle til sist. Ikke mindre spennende er skildringen av laboratorie- og publikasjonsverdenen. Ibland kan det bli vanskelig for leseren å vurdere Shilts ganske bastante antydninger om good guys og bad guys. Velskrevet, engasjert og innsiktsfullt er det i hvert fall.



Illustrasjonene er hentet fra Theodor Kittelsen: Svartedauen

De fleste av oss vil nok likevel lese boken med spørsmålet "Hva kan vi lære?" i bakhodet. Det er neppe en eneste legespesialitet eller en eneste kategori helsearbeidere som vil unngå utfordringen fra HIV-infeksjonen i årene som kommer. Allmennpraktikernes rolle har vært lite synlig til nå. Det er viktig at vi selv bidrar til å definere denne rollen. I dag ser jeg tre hovedområder for vår innsats:

- I diagnostikkfasen kan vi utnytte vår lokalkunnskap til en bred, men risikorett alminneliggjøring av testen. Vi må ta oss tid til den pedagogisk viktige samtalen med de som testes, både for å diskutere den lille muligheten for positiv test, og for å hjelpe folk til å unngå at en negativ test i dag blir en positiv test i morgen.

I samarbeid med særmsorger og klinikk kan vi hjelpe ved krisereaksjoner hos nyoppdagede HIV-positive. I beste anti-tuberkulosestradisjon og med profesjonell diskresjon kan helsesøster og primærlege delta i smitteoppsporing. I tillegg skal vi selvfølgelig delta i den kliniske diagnostikken. Vi møter der samme problem som i kreftdiagnostikken: prevalensen er lav og de vanligste symptomene uspesifikke: feber, lymfadenopati, diare, hodepine, i tillegg til det influensalignende sykdomsbildet som kan ses ved serokonversjon. Det blir en viktig oppgave å beskrive nærmere hvordan

disse symptomene kommer til å opptre i allmennpraksis.

- I oppfølgingstiden kan vi være tilgjengelige for den seropositive spørsmål, tvil og angst, og vi kan avlaste spesialavdelingene for endel av den rutinemessige prøvetakingen og somatiske oppfølgingen.

- I terminalomsorg kan vi delta i de fasene pasientene ønsker å være i hjemmet. Den gode modellen fra kreftomsorgen med samarbeid spesialsykepleier/hjemmesykepleier/primærlege/sykehusavdeling kan imiteres i AIDS-omsorgen.

Det er en god og engasjerende begynnelse å lese Shiels bok.

**Kommunelege
Knut Høltedahl,
Balsfjordgt. 32,
9000 Tromsø.**
Midlertidig adresse til 30/6
1989:
S/c Texier, 20 Av. d'Ivry,
Appt. 2245
75013 Paris, Frankrike. □



Bedret rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter

Johansen V B, Tyldum T V.
Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter.
Trondheim, 1988. Norsk institutt for sykehusforskning, NIS-rapport 4/88. 103 sider, hft.kr 110,-

Boka er en evaluering av resultatene etter 5 års drift av rehabiliteringsavdelingen ved Namdal sykehus som ble etablert i 1980. I denne perioden var det 80 pasienter i avdelingen.

Avdelingen la vekt på å ivareta pasientenes ressurser framfor å konsentrere seg om deres symptomer. Videre ble det lagt stor vekt på trening, særlig ADL-trening, framfor psykiatrisk behandling.

Mange av de første pasientene hadde svært lang tid bak seg i psykiatriske sykehus. Rapporten viser gode resultater først og fremst for de pasientene som ikke hadde for aktive eller alvorlige symptomer.

Resultatene er gode. Etter oppholdet flyttet 25% av pasientene til egen bolig, 17% til familiebolig, 14% til alders- og sykehjem og 11% til trygdebolig. Hele 65% av pasientene bor utenfor institusjon to år etter utskriving. Den generelle funksjonsevnen er bedret, og medikamentforbruket lavere.

Avdelingens ensidige satsing på trening framfor behandling er av forfatterne selv framhevet som en mulig svakhet. Det er mange pasienter som kan tenkes å ville profitere på en kombinasjon

av trening, behandling og sterkere ettervern.

Men resultatene i undersøkelsen forteller ikke hva slags tilværelse pasientene får etter utskriving fra rehabiliteringsavdelingen. Rapporten beskriver at det ble forsøkt forskjellige modeller og formulert ettervernsavtale når pasientene ble overført til førstelinjetjenesten. Men disse ordningene var for ad-hoc pregede og tålte ikke belastninger og kriser som skyldtes klientens vanskeligheter, samarbeidsproblemer mellom instansene og utskifting av personalet.

Rapporten er først og fremst nyttig for psykiatrien. Den vil også kunne være av verdi for den del av førstelinjetjenesten som tar imot pasienter fra rehabiliteringsavdelinger. Rapporten tar selv opp det som umiddelbart synes å være svakheten; det må etableres bedre og mer forpliktende ettervern. I løpet av de nærmeste årene vil de fleste langtidspasientene være utskrevet fra landets psykiatriske sykehus. Det er derfor all grunn til å tro at de framtidige pasientene primærhelsetjenesten får utskrevet fra rehabiliteringsavdelinger rundt om i landet vil ha mer aktive og alvorlige symptomer.

**Kommunelege
Johnny Mjell
Legegruppen,
Torvgt 1, 8000 Bodø.** □

Halvor Nausdal

417

~~Legesent. i Helsehuset
6500 KRISTIANSUND N~~

Flyttet

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Retur til

Innhold: Utposten nr. 4 1989

Leder Marit Hafting	side 147
Hardhudet og hudløs Nina Malterud	side 148
Barneeksem - atopisk eksem Ole Fyrand	side 152
Kosmetikk Åsa Rytter Evensen	side 156
Berøringen Bengt Mattsson	side 160
Hverdagsklinikk: Metodebok for leggsårbehandling Marit Hafting	side 164
Bokanmeldelse: Taktil kommunikasjon Arvid Eide	side 166
Spedbarnsmassasje Ole Sverre Haga	side 168
Trygghetsalarm for eldre og funksjonshemmede Eelco Bonstra og Birgit Friele	side 170
Klinisk sexologi - i allmennpraksis? Kjell-Olav B. Svendsen	side 174
Fra kropp til sinn Sonja Lid	side 176
Matspalten: En god kokk er den beste lege Synnøve Grønn	side 179
Rehabilitering av torturofre og deres familier Åse Berg	side 180
Pasientene tror vi har god tid Johnny Mjell	side 182
Kliniske beslutninger - offentlige midler - etiske problemer Petter Øgar	side 184
Bokanmeldelse: Helseplan 2000 Geir Sverre Braut	side 189
Bokanmeldelser Knut Arne Holtedal og Johnny Mjell	side 190

Legen og medarbeideren

Kommunikasjon

Stavanger, fredag 2. og lørdag 3. juni 1989, Hotel Alstor

- Kursavgift: Leger: kr 1 000,-
Medarbeider: kr 300,-
Måltidene er inkludert i kursavgiften.
- Godkjent for 12 timer til spesialiteten i allmennmedisin
- Påmelding til kurskomiteens sekretær:
Snøfrid Eiene, Snarehaugen 10, 4018 STAVANGER innen 13. mai 1989.
NB! Påmelding av lege og medarbeider må skje samtidig!
- Kurskomite: Legesekretær Eva Hansen, lege Norvald Lundetrø,
lege Olav Thorsen

Fredag 2. juni:

- 09.00-10.00: Registrering med kaffe.
10.00-10.15: Presentasjon av kurset
10.15-11.45: Kommunikasjon - hva er det? Kommunelege John Nessa.
12.00-12.45: Kommunikasjon - forts.
- 13.00-14.00: Lunch
- 14.00-14.45: Legesekretæren - legens høyre eller venstre hånd?
(Legesekretæren/medarbeiders rolle) Legesekretær Tove Rutle
- 15.00-15.45: Legen - menneske eller healer? Dr. med. Olav Rutle
15.45-16.15: Kaffe
16.15-17.00: Pasientrettigheter og pasientmedvirkning. Anne Ording Haug,
Generalsekretær i Norsk Pasientforening
17.15-18.00: Pasienterstatning? Anne Ording Haug
18.15-19.00: Paneldebatt om pasient-legeforholdet.
19.30- : Middag. Underholdning

Lørdag 3. juni:

- 09.00-09.45: Laboratoriearbeidet på legekontor
09.45-10.00: Kaffe
10.00-10.45: Rollespill/video om forholdet pasient/lege/medarbeider.
11.00-11.45: Forts.
12.00-12.45: Avslutning/oppsummering
13.00-14.00: Lunch

Internationell Balint-konferens i Stockholm

7 - 9 augusti 1989 äger den 7:e internationella Balintkonferensen rum i Stockholm.

Plats blir Sal Adam på Karolinska Institutet.

Programmet lägger helt naturligt tonvikten på patient-läkar-relationen och bl a har psykolog Ulla Holm inbjudits som föreläsare kring begreppet empati. En annan punkt på programmet tar upp vilken betydelse ordinationen har i patient-läkar-relationen.

Det kommer att erbjudas demonstration av Balint-grupparbete med internationellt välkända gruppledare och den som vill ska också kunna få tillfälle att sitta med i en mindre grupp, ledd av erfaren Balint-gruppledare.

Kongresskostnad:

före 31 maj -89 1.600:-

efter 31 maj -89 2.500:-

Organisationskommitté:

Anna-Karin Furhoff, Anita Häggmark,
Lena Karlberg, Gregor Katz, Olof Larsson,
Helga Sjäström, Conny Svensson,
Ylva Thomsson.

Ytterligare information:

Conny Svensson,
Utvecklingsenheten för Primärvård,
Drakenbergsgatan 39-41,
S-117 41 STOCKHOLM,
Tel 00946 - 08 - 847810.



Halcion®

(triazolam)

B Hypnotikum

Tabletter: 0,125 mg. og 0,25 mg.

Hver tablett inneh.: Triazolam 0,125 mg resp. 0,25 mg. Tablettvekt ca. 100 mg. Fargestoff: 0,125 mg: Indigotin, erytrosin. 0,25 mg: Indigotin. 0,25 mg tablettene har delstrek.

Egenskaper:

Klassifisering: Kortvirkende benzodiazepinderivat som ikke gir akkumulering etter gjentatt daglig administrasjon. Hypnotisk-sedativ, angst-dempende, muskelrelaxerende og antikonvulsiv virkning, hvorav den hypnotisk-sedative komponent er mest fremtredende. **Absorpsjon:** God, minst 80% absorberes. **Proteinbinding:** Løst bundet, 89% til serumproteiner. **Halveringstid:** Gjennomsnittlig 2,3 timer, med en variasjon på 1,7—3,0 timer. **Metabolisme:** Hovedmetabolittene alpha-hydroxytriazolam og 4-hydroxytriazolam gjennfinnes som konjugerte glukuronider som ikke har noen klinisk betydning. **Utskillelse:** Ca. 90% i urin og 10% i fæces. **Overgang i placenta/morsmelk:** Dyrestudier viser overgang både i placenta og morsmelk.

Indikasjoner:

Triazolam er indisert hos pasienter med forbigående og kortvarig insomni. Kan brukes som kortvarig adjuvans til pasienter under non-medikamentell behandling for kronisk insomni.

Kontraindikasjoner:

Hypersensitivitet for legemidlet.

Bivirkninger:

Hovedsaklig doseavhengighet. Døsighet, om-tåketet, svimmelhet, ørhet og nedsatt koordinering har forekommet. I likhet med andre benzodiazepiner har det vært rapportert en lav forekomst av paradoksale reaksjoner og også spredte tilfeller av anterograd amnesi.

△ Forsiktighetsregler:

Bør fortrinnsvis gis et begrenset tidsrom p.g.a. fare for tilvenning. Bør ikke brukes sammen med alkohol eller CNS-dempende farmaka p.g.a. additiv dempende effekt. Forskrives med for-

siktighet til depressive pasienter. Teratogen virkning er ikke påvist, men preparatet bør likevel ikke gis gravide kvinner, særlig ikke i første trimester. Da det ikke kan utelukkes at virkestoffet går over i morsmelken, bør preparatet ikke gis til diegivende. Anbefales foreløpig ikke til personer under 18 år. Kan, avhengig av dosen, påvirke reaksjonsevnen og bør brukes med forsiktighet av bilførere og personer som betjener farlige maskiner eller har annet risikofyllt arbeid inntil reaksjonen på preparatet er kjent. Alvorlig sedasjon og nedsatt koordinering er indikasjoner på legemiddelintoleranse eller overdosering. I likhet med andre benzodiazepiner bør ikke Halcion gis til potensielle misbrukere p.g.a. fare for avhengighet. Vanlige forsiktighetsregler må tas hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon.

Interaksjoner:

Interaksjon kan ses med CNS-depressiva (bl.a. alkohol). Plasmakonsentrasjonene kan omtrent fordobles ved samtidig administrasjon med cimetidine, men akkumulering forekommer ikke ved gjentatt dosering. Ved samtidig inntak av erytromycin kan plasmakonsentrasjonen fordobles og halveringstiden øker. (I-55 e benzodiazepiner).

Dosering:

Tilpasses individuelt for å oppnå optimal effekt uten oversedering. Anbefalt dosering 0,125—0,5 mg like før man går til sengs. Hos voksne gis initialt 0,25 mg og økes til 0,5 mg om nødvendig. På grunn av større følsomhet hos geriatriske pasienter gis initialt 0,125 mg som kan økes trinnsvis til 0,25—0,5 mg om nødvendig. Til hospitaliserte pasienter kan initialt gis 0,5 mg (unntatt eldre). **Voksne:** 0,25—0,5 mg.

Pakninger og priser:


0,125 mg: 10 tabl. kr. 17,00 — 30 tabl. kr. 31,85 — 100 tabl. kr. 83,30 — 10×100 tabl. kr. 784,15.
0,25 mg: 10 tabl. kr. 21,75 — 30 tabl. kr. 44,20 — 100 tabl. kr. 121,85 — 10×100 tabl. kr. 1169,75.

Halcion®
(triazolam)


DOSERINGSANBEFALING


0,125 mg

Geriatriske pasienter


0,25 mg

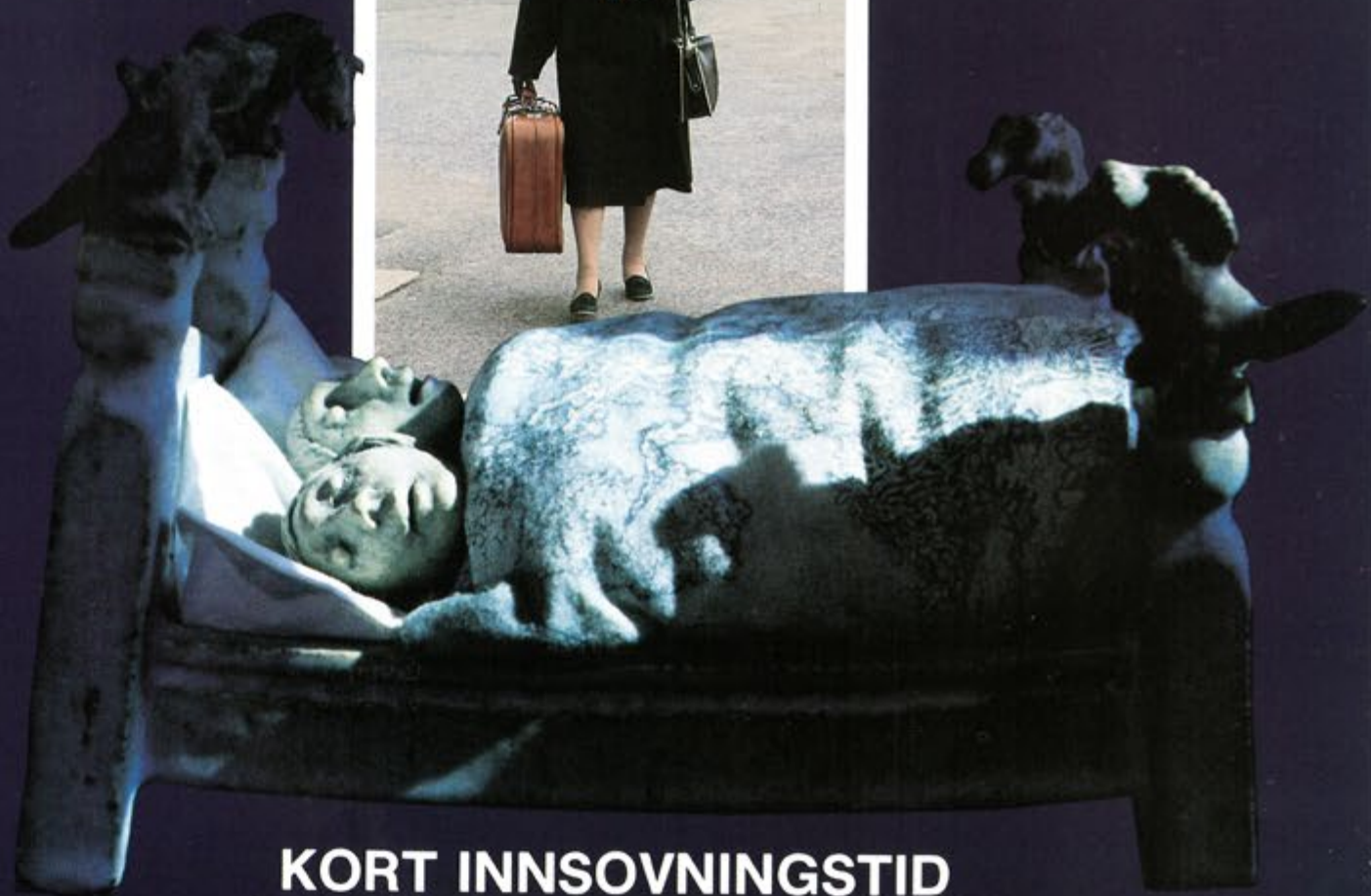
Voksne
ved behov: Ger. pas.


0,5 mg

Ved behov:
Hospitaliserte pas.
Voksne
Ger. pas.

Halcion[®] (triazolam)

OPPLAGT NESTE DAG*



**KORT INNSOVNINGSTID
OG BEDRE SØVNKVALITET***



Registrert varemerke: HALCION
Upjohn Informasjon,
Boks 6749, St. Olavs Plass
0130 OSLO 1
Tlf. 02-20 72 20

*"Preparatkort HALCION"
Nytt fra Statens Legemiddel-
kontroll 15. sept. 1983

For nærmere opplysninger
se Felleskatalogen