UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7 1990 ÅRGANG 19

Tenåringar i huset:

Du ana'kje du mamma, vaskemaskina går natt og dag og badet æ opptatt døgnet rundt - og likavel æ dei aldri heima! (Tekst og tegning: Ivar Kvåle)

Redaksjonen er avsluttet 10.09.90 Framsidefoto: Kari Gorwitz

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

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG
K: 04 535619
P: 04 861236

Mette Brekke
2640 VINSTRA
K: 062 90100
P: 062 91010

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS
K: 05 512410
P: 05 513685

Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN
K: 05 298119
P: 05 233955

Berit Olsen
Fylkeslegekontoret
Damsveien 1
9800 VADSØ
K: 085 51761
P: 085 51443

Janecke Thesen
5890 LÆRDAL
K: 056 66100
P: 056 69333

Abonnement: kr 250,- pr år, henvendelse Utposten, Lærdal Layout og originaloppsett (DTP): Idéfo, Voss Trykk: Voss Offset
Annonser: RMR, Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim, telefon 06 97 32 22
Kurs- og fagannonser: Idéfo, Postboks 254, 5701 Voss, telefon 05 51 02 55, telefax 05 51 02 98 ISSN 0800-5680

Ungdommen og helsetjenesta

Leder:

Sommeren er over. Med 2 ungdommer i huset, sitter jeg med følelsen av å ha drevet ungdomsherberge bokstavelig talt. De ungdommene jeg kjenner ferdes nemlig i flokk, og sprer seg og sitt rundt seg over hele huset. Til alle døgnets tider er det ungdommer på badet som sminker seg og hverandre, studerer hverandre i speilet eller dusjer - langt utover det som er nødvendig for rensligheten lar de varmtvannet renne og renne.... På kjøkkenet sitter det stadig noen og spiser eller prater. Musikken uler. Telefonen kimer. Avtaler inngås. Om morgenen dukker det opp søvndrukne venner og kjenninger fra sofaer ol. som forteller at det var så langt å gå heim. Hos jentene er det et intenst engasjement i dem selv og hverandre. Relasjoner er viktige: vennskap, uvennskap og forelskelser. Guttene sier mindre, handler mer - opptatt av bilkjøring, sport, reparasjon av biler og motorsykler. Lyd og aktivitet følger en alle.....

Plutselig er alle forduftet - ofte hentet av gamle biler med defekte lydpotter og hvinende bremser. Etterlater seg et tomt kjøleskap der hvitosten er slakta og brødet forduftet. På badet ligger håndklærne strødd og sigarettsneipene i blomsterpottene, utenfor vinduene og i vasken. Hver dag samme rituale med oppriktige beklagelser og forsikringer om at fra nå av skal de "skjerpe seg" med opprydningen. "Det blei berre slik i går....."

Så kommer stillheten og de lange våkenettene der man forestiller seg alt som kan hende: trafikkulykker, alkohol, stoff, sex... Dagens ungdom utsettes muligens for flere risiki enn vi i foreldregenerasjonen, og angsten er derfor tildels reell. Den verste angsten er imidlertid angsten for det fremmede og ukjente, for alt de ikke forteller oss. Når det er lyst og sola skinner er det lett å forstå og akseptere ungdommenes behov for fred til å prøve ut og verne om *sitt* liv. Forstå at de leter etter sin identitet og sitt ståsted, og at da kan man ikke slippe voksne inn med gummistøvler i en eng av spirende følelser, fornemmelser, vyer og drømmer. Den enga må få gro i fred. Men om natta, i mørket, blir den enga fremmed og skremmende for oss foreldre.

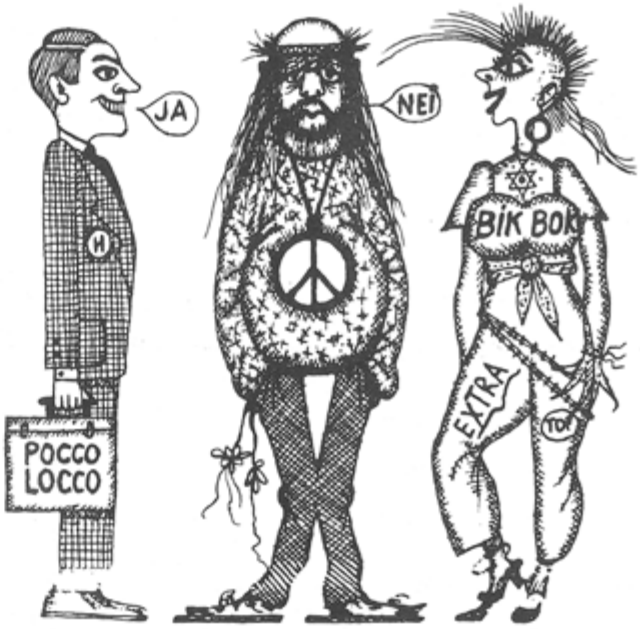
Er det nå helt rett dette at de ikke forteller oss noe?
Det kan like godt være vi som signaliserer at vi ikke vil vite, at vi er redd for sannheten. Kan hende er vi rett og slett feige og ikke tør spørre fordi vi ikke vet hvordan vi skal forholde oss når vi får fakta på bordet.

Denne angsten for det fremmede blandet med feighet og maktesløshet, kjenner jeg igjen fra konsultasjoner med ungdom som pasienter. Konsultasjonene blir lett preget av bagatellmessige helseplager. Er det fordi den egentlige årsaken til legekontakt ikke kommer fram? Oppsøkende virksomhet avdekker at opp mot 20 % av ungdommen har betydelige psykiske problemer, at spiseproblemer er svært utbredt blant jentene, og at det er økende frekvens selvmord, særlig blant guttene. I tillegg har man rusmiddelproblemene, trafikkskadene, kjønnssykdommene og de uønskete svangerskapene.
I ungdomsgruppen ligger det derfor betydelig sykdom og sykdomsrisiko, og den ordinære primærhelsetjenesta kommer sjelden i kontakt med disse problemene, bortsett fra ved krisepregete og uoversiktlige sykebesøk på vaktene. Helsesøstrene i Asker som er intervjuet inni bladet, mener det må særlig tilpasset helsetilbud til for å fange opp denne gruppa.

Dette nummeret av Utposten presenterer noen spredte artikler om ungdom, deres helseproblem og risiko.
Hensikten med å ta dette opp, er å henlede oppmerksomheten på hvor kort vi er kommet både faglig i forståelse og tilnærming til ungdoms særlige helseproblemer, og organisatorisk når det gjelder helsetilbud til ungdom både i 1. og 2. linjetjenesta.

Voss 10.9.90

Marit Hafting
ansvarlig redaktør ❑



Middelaldrande „sekstiåtter" og flower-power-gut med sin framfuse son og skamklypte dotter i den skræmelege augneblink då han innser at både 60- og 70 åra var i gamle dagar!...

Tegning: Oddvar Torsheim

TEMA:
Ungdom og helse

TANKER...

Margrethe Sønneland er 18 år og gikk ut siste klasse på gymnaset våren -90. Hun fikk nylig en spesialpris i Universitetsforlagets selvbiografi-konkurranse. Bidraget vil bli publisert i løpet av et halvt år.

OM DET Å VÆRE UNG

Av Margrethe Sønneland

Hun hadde hattehode, brillefjes og 501-rompe. De sa det, vennene hennes. "Hattehode" betød at hun kledde hatt, "brillefjes" at hun ikke så teit ut med lesebriller og "501-rompe" betød at hun veldig gjerne kunne bruke den sorten jeans. Altså var hun ikke mislykket når det gjalt å karre seg opp mot guttenes og jentenes forventninger av kvinnen. Ja, for selv om det indre var en viktig del av mennesket, kunne de ikke benekte at utseendet talte en god del. Var du uheldig med utseendet, fikk du svært få sjanser til å vise hva du hadde av verdier inni deg. Nei, en bred rompe ble sjelden prissatt, så det gjalt å få den vekk fortest mulig.

Lena var atten år nå. Følelseslivet hennes var mer komplisert enn spørsmålet om jordens tilblivelse. Det var hun ihvertfall sikker på.

Hun var ofte lykkelig.
Ekstremt lykkelig.
Hun var lykkelig når hun var forelsket.
Hun var lykkelig når hun kunne gi noe av seg selv til andre som trengte det.
Hun ble lykkelig når faren smilte varmt til henne, og sa at hun var flink og at han var stolt av henne.
Hun ble lykkelig når broren gav henne en klem, og moren tok hennes parti de gangene hun kom gråteferdig hjem etter å ha blitt baksnakket.
Hun var lykkelig når noen ble glad etter å ha vært lei seg.
Hun var lykkelig når hun var sin egen herre.
De gangene hun var lykkelig, fløt hun på dråper over all verdens problemer. Hun mestret alt, fryktet intet og glødet av tilfredshet. Hun ville være lykkelig hele livet, for i de øyeblikk lykken satte seg på skulderen hennes, var hun i stand til å ta verden med storm. Hun hadde så utrolig mye hun ville gi og dele med andre.

Foto: Kirst Malterud

I dag var hun ikke lykkelig. Hun skalv i hele kroppen, svetten rant og mellomgulvet knyttet seg støtvis sammen. Det gjorde vondt. "Magekatarr", sa moren. Hun hatet de dagene som var som den i dag. Det fantes altfor mange av de dagene. Som oftest kom de før hun skulle ha mensen, men også ellers. I dag var hun drittlei av å være hobbypsykolog, hun var drittlei av å høre og vise interesse for venninnenes problemer. Hun orket ikke veie hvert ord på gullvekt for at kjæresten ikke skulle misforstå henne, og hun ble rasende ved tanken på det siste nye baksnakket som den ene "venninnen" nettopp hadde debutert med.

I dag var en sånn dag at hun hadde lyst til å melde seg ut av samfunnet. Hun ble dårlig når hun tenkte på hvordan unge ofte ble behandlet. De var voksne nok til å ta ansvar for feil de gjorde. De var for unge til å ha stemmerett hjemme. Ok, sånn av og til, men meningsutgytelsene førte ofte til "ikke vær frekk i kjeften" og "du er sannelig ikke lite frekk" setninger fra foreldrene. De skulle underlegge seg, ja, helst type for voksne, eldre og ikke minst, autoriteten. De skulle nikke, smile og aller helst holde seg vekke fra politiske debatter. Så sant man ikke var enige med de voksne, da. Da var det greit.

Lena var bare atten år og allerede forbannet på sosialetaten. Stygge blikk og spydige kommentarer fra sosialkuratorene til klienten hennes (hun var støttekontakt), hadde nesten brakt henne i raseriets ubalanse. Hun måtte for all del ikke tro at hun, en liten drittunge, skulle ha noe hun skulle ha sagt til dem - samfunnets overhoder! Nei, å leve i grenselandet mellom barn og voksen var verre enn i helvete. Man er for liten til ting man samtidig er voksen nok til. Var det rart at hun fikk magekatarr? Å bli behandlet med respekt av servicearbeidere, kunne de bare drømme om.

Det kom nok når rynkene begynte å vise, slik at de hadde bevis. Helst skulle de ha bevis for at du hadde nok penger til å sette de skitne labbene dine inn i de fisefine butikkene deres også.

Lena nikket anerkjennende mot bussen som nettopp passerte huset deres. Hun måtte huske på å reise seg for eldre, selv om hun hadde labbet bena av seg og hadde en skolesekk på 20 kilo på ryggen. Hvis ikke, kunne hun banne på at hun var i VG dagen etter med overskriften: "Frekk ungdom overfaller eldre herre på bussen!"

Margrethe Sønneland
Risabergstien 35,
4050 Sola

TEMA:
Ungdom og helse

Bilgass og tåregass

Tormod Øya f. -48 er sosiolog. Han er leder av sekretariatet for NAVF's program for ungdomsforskning. Tidligere amanuensis ved kulturlinja ved Telemark distriktshøgskule.

Av Tormod Øya

Dette er et forsøk på å beskrive noen sentrale trekk ved ungdomskulturer i de midtre og øvre deler av Telemark. Artikkelen er skrevet på bakgrunn av noen sentrale uavhengige observasjoner som jeg skal forsøke å sette sammen til en helhet. Utgangspunktet er Bø i Telemark. Lokalbefolkningens oppfatning av stedet er i høy grad preget av dets beliggenhet. Den gamle telemarkskulturen med felespill, bunad og treskrud danner en del av bakgrunnen for lokal identitet. Her finnes en høyt utviklet bevissthet om nasjonale verdier og særpreg. Etter skarp politisk strid ble det på dette stedet lagt en distriktshøgskole. Distriktshøgskolen har ført til innflytterplage og språkstrid. Dette er ikke originalt, og det hevdes at problemet er mindre nå enn i startfasen.
Mitt møte med bygda var på ett område overraskende. Dette lille samfunnet med sin uttalte sterke respekt for tradisjoner, og sitt rike organisasjonsliv, hadde en gruppe ungdommer som helt tydelig ikke var integrert i denne helheten. Sentrum, dvs det som kalles Bøgata, ble om kveldene en arena der det utfoldet seg en utpreget og intens ungdomskultur. Spesielt på fredagen og lørdagen var det mye ungdomsfyll.
Et annet markert innslag var alle bilene som defilerte opp og ned i gata. På fredagen og lørdagen var dette størket et Karl Johan i miniatyr, selv om stilen og klesdrakten er forskjellig. Når jeg forsøkte å ta kontakt med disse gruppene av ungdom kom den neste overraskelsen. Disse ungdommene snakket et rent og uforfalsket nynorsk. Hva ble det så igjen av forestillingene om bygdenorge og utkantnorge med sine tette sosiale familienettverk, sine sterke kontrollfunksjoner og sitt rotfaste forhold til norsk tradisjon og norsk kultur?
Det stred mot en av mine dypeste trosoppfatninger som sosiolog at bygdeungdom oppførte seg på denne måten.

Et markert innslag i denne kulturen er bilen. Den utgjør et konstant innslag i gatebildet, ikke bare i Bø, men også i flere andre tettsteder i midtre og øvre deler av fylket. Lange kortesjer med biler kjører opp og ned gjennom hovedgata, eller stopper på torget før de tar en ny runde. Ungdommen som deltar i bilkjøringen, enten som passasjerer eller sjåfører er i fra 14 til ca 25 år. Innslaget av alkohol kan være stort. På veg

hjem fra fest, lørdag eller fredag natt, kan det noen gang utvikle seg til ren villmannskjøring. Trafikkulykker, av og til også med tragisk utfall hører med i dette bildet. Bilkjøring i denne formen er ikke særegent for Bø og de øvre deler av Telemark. Som fenomen finnes dette i en rekke andre byer og tettsteder. Likevel kan det være at fenomenet er særskilt utbredt i denne delen av landet.

Det finnes ulike forsøk på å dele ungdomsmiljøene inn i subgrupper. Vi skiller mellom prokulturer og motkulturer. Med støtte i Mazda (Mazda 64) beskriver Bjurstrøm (Generasjonsopprøret Oslo 1982) tre motkulturelle strømninger, den bohemske, den radikale og den kriminelle.

- Den bohemske kjennetegnes ved at den forsøker å skape en egen "isolert" og elitistisk verden, men den forsøker ikke å forandre samfunnet. Verdier innenfor denne kulturformen er sentrert omkring spontanitet, originalitet, selvvalgt fattigdom, følelser og indre opplevelser. Sosialt rekrutteres bohemkulturen fra middel- eller overklassen.

- Den radikale tradisjonen legger hovedvekten på å forandre samfunnet i tråd med den ideologien de står for. Aktivitetsmønsteret er sentrert omkring utopiske idealer, politiske aksjoner og ofte provokasjoner. Også den radikale ungdomskulturen rekrutteres hovedsakelig fra middel- og overklassen.

- Kriminelle delkulturer kjennetegnes i likhet med de to andre ved at de i en viss forstand står i konflikt eller opposisjon til voksenkulturen, men forøvrig er det få likhetspunkter. Denne kulturen mangler stort sett alternative verdier. Den ønsker heller ikke å forandre samfunnet. I stedet dyrkes vågestykket, spenning, barskhet og mannsmot.

Et annet sentralt og i denne sammenheng mer fruktbart skille, kan gjøres ut i fra hvor inspirasjonen hentes. I hele etterkrigstiden har både medie og hverdagskulturene i Norge hentet impulser fra to forskjellige kulturområder, det angloamerikanske og det vi kan kalle middelhavstradisjonen. I første rekke er det de unge som har vært aktive importører av nye kulturformer. Samtidig

⇛

o: Kari Gorwitz

slår sosiale forskjeller sterkt ut. Arbeiderungdommen har framfor alt orientert seg i retning av den angloamerikanske tradisjonen, mens middelklasseungdommen også har vært tiltrukket av kulturformer med opphav i middelhavslandene.

Samtidig er det en betydelig grad av gjensidig forakt til stede mellom disse to hovedstrømningene. Den angloamerikanske livsstilen framtrer i form av det kulturkritikerne kaller for "cola og hamburgerkulturen". Men foruten gatekjøkken omfatter denne kulturen også jeans og jogging, amerikanske biler, køntri, jazz, danse og popmusikk. Ofte tar kritikken av denne kulturformen form av bekymring for den unike norske kulturen som oversvømmes av amerikansk kulturimperialisme i form av Lee og Wrangler, Cola og Pepsi, Burger King og Mac Donalds osv. Bekymringene for at norsk kultur trues av middelhavsimport, i form av fransk, italiensk og gresk mat og vin, hvitløk, motetøy, karneval, racersykler, cafeer og annet, er imidlertid ikke til stede i like høy grad.

Her skal gis en noe mer inngående, men likevel skissemessig beskrivelse av bilkulturen i de øvre bygder av Telemark. Sammenlignes dette norske ungdomsfenomenet med engelske subkulturer, så står det nærmere "hooligans" enn pønk. Hooligans som er mest kjent gjennom fotballopptøyer, representerer både lokalpatriotisme og nasjonalsjåvinisme. De er slik sett på linje med strømninger som går helt til topps i det britiske samfunnet. Tilsvarende er det miljøet som her skal beskrives på linje med tradisjonelle og sterke verdier i det norske samfunnet generelt, og spesielt i bygdesamfunnet. Vi står overfor en sterk prokultur med populistisk forankring, og ikke noen form for protest eller antikultur.

En ungdomsgruppe som til de grader knytter sin identitet til bil, deler denne interessen med mange nordmenn. Samtidig representerer disse ungdommene en klar anglofil tradisjon. Det gjelder de amerikanske bilene, men også musikken som i stor grad domineres av pop og køntri. Køntrimusikken appellerer samtidig til bygderomantiske følelser, og forsterker lokalpatriotiske grunnholdninger.

Køntrien fortjener en egen analyse. Ingen steder ellers i Norden opptrer et tilsvarende fenomen med tilnærmet samme styrke. Her kan det bare antydes noen årsakssammenhenger. Den første ligger i skjebnen til de folkelige musikktradisjonene i Norge. Sammenlignes Norge og Sverige så har tradisjonsmusikken i Sverige i mye større grad klart å bygge bro til nyere musikkformer. I Norge har derimot folkemusikken gjennomgått en helliggjøring og kanonisering. Folkemusikk har blitt gjenstand for kult av en liten kulturell elite som oppfatter at de har et særskilt ansvar for å føre musikktradisjonen videre i ren, ubrutt og uforfalsket form. På denne måten er også disse musikktradisjonene blitt fratatt den jevne mann og kvinne ute på bygdene. I dette tomrommet er det plass for køntrien.

En annen forklaring ligger i de spesielle bindingene mellom USA og Norge. Umiddelbart ville det være naturlig å tro at det var en motsetning mellom en nasjonal og lokalpatriotisk holdning på den ene siden, og på den andre siden den reaksjonære amerikanske køntrikulturen. Bindingene til USA forener imidlertid grunnplanet i det norske samfunn med det politiske og militære establishment i en felles tolkning av begivenhetene knyttet til krigen og utviklingen av en felles sikkerhetspolitikk. Sentimentale følelser i forbindelse med den store norske utvandringen til USA gir også denne sterke proamerikanske grunnholdningen.

Innenfor køntrikulturen er kjønnsrollene meget tradisjonelle. De er koblet til en machokultur der vågestykket, eller manndomsprøven står meget sentralt. Et av de mer eksotiske innslagene er russisk rulett. To biler skifter kjørefelt slik at bilene passerer hverandre på gal side av midtstreken. Det er et poeng at bilene skifter veibane så tett inntil hverandre som mulig, og i størst mulig hastighet. En annen variant er i stor fart å kjøre ut i et uoversiktlig veikryss der kryssende trafikk har forkjørsrett. Når det gjelder slike vandrehistorier er det imidlertid vanskelig å avgjøre hvor mye som er myte, og hvor mye som er sant.

Rusmiddelet er alkohol. Alkoholen blir samtidig brukt som en del av en norsk og lokal tradisjon. Vinskjønnere har liten plass i dette miljøet. Andre rusmidler møtes med til dels sterk fordømming, og som et uttrykk for bylivets farer og forbannelser. Det er samtidig viktig å merke seg at det er helt klare nyanser innenfor miljøet.

Fokuseres det på bilen som et sentralt samlende symbol, så kan bilkjørerne deles i tre grupper.

- For det første er det gruppen som har lånt bilen av mor eller far, og som er ute etter litt spenning. Dette er turisten eller kikkeren. Tilknytningen er mer preget av at det er i "gata" det foregår, enn av en mer inngående tilhørighet til miljøet.

- En annen gruppe er "bilfikserne". Ofte er bilene i tvilsom forfatning, og det gis status med litt bulker og gjerne rust. Denne gruppen var forfatteren selv innom da bilen var i en ombyggingsfase. Den var utstyrt med rød dør, sort skjerm, og ellers en ubestemmelig hvitfarge. Ungdom som tilhørte miljøet hilste og vinket fra fortauet uten at de så nøyere etter hvem som satt inne i bilen.

- Etter hvert blir imidlertid bilene mer og mer elegante. Ofte har bilen form av en lekker sportsmodell i gilde nylakkerte farger der alt eksteriørmessig er perfekt. Innenfor denne gruppen er det også mange som svermer til store duvende amerikanere av eldre årgang, men i perfekt stand og med et bensinforbruk som er tilpasset amerikanske bensinpriser.

Ser en inn i disse bilene så er de svært forseggjort og nesten hjemlige i utformingen. De er fylt opp med terninger, revehaler og andre symboler. I forbindelse med julen kommer det fram små juletrær på dashbordene. Signalene går i to retninger. For det første gjøres det helt klart at dette er privat grunn. For det andre er bilen en del av ungdommens egen intimssfære der voksne ikke uten videre slipper inn. Bilen representerer både friheten fra bygde/voksensamfunnet, og en type intimitet som de unge deler seg i mellom. Den representerer kontroll over eget territorium, forsvar mot innsyn, og samtidig er bilen en del av ungdommens egen offentlighet.

I leting etter årsaker er det viktig å understreke at fenomenet ikke er historieløst. Store deler av den norske landsbygda har vært preget av dobbelhet. På den ene siden det prektige, gudfryktige og sterkt nasjonale, knyttet til symboler av typen bunad, treskrud og stabbur, men også bedehus og skolestue. På den andre siden er det lang tradisjon for bygdefester med overdreven alkoholbruk, slåsskamp, knivstikking og fravær av daglig sosial kontroll. Behovet for transport er heller ikke ny på landsbygda. Før bilen ble det kappkjørt med hest.

Brukes Telemark som referanse er det likevel ett vesentlig trekk som er endret. Tyngdepunktet og intensiteten i denne spesielle bilkulturen er flyttet fra byregionen i Grenland til de øvre bygder. I min ungdom på 60 tallet, da jeg vokste opp i Porsgrunn, var det også bilen som ga friheten og fraværet av voksenkontroll. Pendlingen foregikk mellom de to byene. Noen ganger gikk turen også til vestfoldbyene eller opp i Telemark. Fenomenet sett som kulturytring har imidlertid endret karakter. Den gang var det raggare, rock og motkultur. Nå er det køntri, bygderomantikk og populisme.

Hvordan har så ungdomskulturene forandret seg på landsbygda? En indikator på endringer i miljøet vil vi få ved å se på ungdoms forbruk. Ungdomsforbruk er igjen i sterk grad knyttet til livsstil. Det kan lages et grovt skille mellom en livsstil der kiosken, snackbaren, kinoen, gata, venner og kameratene står i sentrum, og en alternativ livsstil sentrert omkring hjem, skole og organisasjoner. De unge kan enten forholde seg til en ungdomsoffentlighet, eller være mer integrert i voksensamfunnet. Det typiske ungdomsforbruket er knyttet til den første formen for livsstil.

På grunnlag av data innsamlet i Telemark gjennom bruk av standardundersøkelsen "Deltaking og tilhørighet", er det mulig å komme med noen foreløpige konklusjoner. I materialet er det ca 2700 ungdommer fra Porsgrunn og Skien, og ca 1960 ungdommer fra de øvrige delene av fylket spredt på en rekke kommuner. Det viser seg at de unge på landsbygda på en rekke områder bruker mer enn ungdommer i byene. Det gjelder ukeblader, sjokolade, cola og snacks, men i enda høyere grad kino, kafeer/restauranter, motor-sykler og mopeder. Til gjengjeld bruker byungdommen mer på diskotek.

Forbruksmønsteret bryter med tilvante oppfatninger om skille mellom ungdomskulturer i by og på landsbygda. Trekkes det inn andre variabler som mer direkte knytter an til atferd, så bekreftes dette bildet. Det er små forskjeller mellom by og land om det spørres etter medlemsskap i organisasjoner, hvor ofte en bruker kveldene ute med kamerater, og om en besøker venner/ kamerater hjemme. Derimot er det på tre områder relativt klare forskjeller.

- For det første bruker ungdom på landsbygda míndre tid med foreldrene, og de har også færre aktiviteter som de deler med foreldrene. Dette kommer også til uttrykk der som vi ser på fortrolighet mellom foreldre og barn. I byene er det mange flere som ville gått til foreldrene og søkt hjelp dersom de hadde et personlig problem.

- For det andre er motorinteressen et markert innslag på landsbygda. Flere bruker kveldene til å kjøre rundt i bil, på moped eller motorsykkel. Spør en ungdom hva de ønsker seg av nye tiltak, så er det flere på landsbygda som vil ha motorsenter eller crossbane.

- Et tredje punkt er bruk av alkohol. Forbruket er markert større i ungdomsmiljøene på landsbygda. Det virker også som det på landsbygda er minst like lett å få tak i hasj og andre narkotiske stoffer.

Noen forklaringer er lette å identifisere. Utdanningseksplosjonen har kommet senere på landsbygda.
Med den følger nye forventninger og en sterkere orientering i retning av en modernistisk livsstil. Samtidig tapper denne nye interessen for utdanning bygdesamfunnet for ungdommer som ellers ville gått inn som naturlige ledere i ulike former for organisert aktivitet. Dette er noe av årsaken til at ungdomshusene rundt om på bygdene blir stående tomme eller overtas av andre grupper. En ny pengerikdom har også vært med på å skape forventninger som bryter med et tradisjonsbundet liv. I dette ligger det en kime til konflikt mellom ungdommen og eldregenerasjonen. Eldregenerasjonen har fremdeles nøysomhet og arbeid som sentrale verdier.

Parallelt med dette har det i byene oppstått nye mellomlagskulturer. Disse nye befolkningslagene har helt andre forutsetninger for å tolke og forstå endringer i samfunnet. Selv om verken foreldregenerasjonen eller de unge som nå vokser opp kan forutsi hvilke krav og hvilke kunnskaper et framtidssamfunn vil etterspørre, er mellomlagene aktivt med på å skape dette samfunnet. De har begrepene, språket, livsstilen, optimismen, selvtilliten, og de kan lære sine barn hvordan man bruker en PC. Sagt på en annen måte, - de har relevant kunnskap, kunnskap som er nyttig for ungdom når ungdom skal skaffe seg sin kompetanse.

Disse tendensene peker i retning av at de utpregede ungdomskulturene knyttet til en egen ungdomsoffentlighet, forskyver seg fra sentrum og ut i bygdenorge. Mens tradisjonelle ungdomskulturer "stagnerer", og kontakten mellom generasjonene blomstrer i byene, er det i bygdenorge med sine stasjonsbyer vi finner den nye rotløse James Dean generasjonen. En flytting av ungdomskulturen kan også sees i større perspektiv. For noen år siden var bygdebyen det sterkeste vekstområdet i Norge. Der hersket det optimisme, det ble skoler, sjukeheim og småindustri. Nå har mange av disse småsamfunnene problemer med å opprettholde bosettingen. Det er her vi finner størst arbeidsledighet. En ny flukt fra landsbygda er i gang. Bygdesamfunnet har mindre å tilby ungdom nå enn tidligere.

Tormod Øya
NAVF's program for ungdomsforskning
Forskningsparken A/S
Gaustadalleen 21
0371 Oslo 3 ❑

Ungdom og SELVMORD

TEMA:
Ungdom og helse

Nils Johan Lavik er professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo. Han har gitt ut flere bøker, bl.a: Ungdoms mentale helse (1976), Håp for familiene (1974), En sunn sjel i et sykt samfunn (1983) og Makt og galskap (1990).

Av Nils Johan Lavik

Selvmord er en hyppig dødsårsak blant ungdom, særlig hos gutter. Det dystre og alvorlige i dette bildet er både de mange tapte leveår og den store tragedie for den enkelte og de nærmeste. Når en sammenligner selvmordsstatistikken i ulike land, har Norge til nå ligget relativt gunstig an, men i de senere år har økningen, særlig blant unge menn vært alarmerende.

Selvmord er et komplisert eksistensielt og kulturelt fenomen som har påkalt interesse fra filosofer siden oldtiden. Blant bidrag i moderne tid er Durkheims klassiske studie ofte referert. Durkheims tese om at selvmord var relatert til grad av sosial integrasjon, har på mange måter fått fornyet aktualitet med de økende suicid-rater i Vestens postmoderne samfunn.

Selv om selvmord langt fra er noe rent medisinsk eller psykologisk fenomen, bør det ha høy prioritet blant leger av følgende grunner:

- Mange som begår selvmord eller selvmordsforsøk har en psykisk lidelse og/eller en krise med sammenbrudd av de normale mestringsmekanismer.

- De fleste selvmord/selvmordsforsøk skjer ved selvpåførte intoksikasjoner, ofte med medikamenter foreskrevet av lege.

- Ikke så få av de som begår selvmord eller selvmordsforsøk har i ukene forut konsultert lege for symptomer og plager som direkte eller indirekte har vært relatert til den senere alvorlige hendelse.

Av disse grunner blir helsevesenets og legestandens rolle i den forebyggende strategi viktig. Dette bør skje både gjennom alminnelig opplysningsarbeid, slik at dette tabubelagte emne blir mer gjenstand for offentlig diskusjon. Det viktigste er likevel hva som kan gjøres konkret. I det følgende skal jeg rette oppmerksomheten mot hvilken måte den individuelle legekonsultasjonen kan være et bidrag for å fange opp risikopersoner og gjennom dette forhindre en videre tragisk utvikling.

Ungdom og legekonsultasjoner

Ungdom utgjør en viktig risikogruppe. På dette felt kan det være grunn til å dvele noe ved denne aldersgruppes møte med leger og helsevesenet. En vanlig oppfatning er at ungdom ikke møter opp til konsultasjon og dersom de gjør det, er det lite å få ut av dem. Årsaken antas å være forskjeller i alder, kultur, interesser og språkvaner. Er det noen mulighet for å bedre kontaktforholdet generelt mellom ungdom og helsevesen?

Min erfaring er at hverken alders- eller kulturforskjeller behøver å være noen hindring for å få ungdom i tale. For å si det banalt er det viktigste å vise seriøs interesse uten å være for påtrengende. En påtatt mine for å "ha kontakt med ungdom" ved å tale deres eget språk, bør en ikke forsøke seg på dersom det ikke er naturlig for en selv. Ungdom - ikke minst ungdom med psykiske forstyrrelser og kriser - er ofte meget sensitive og gjennomskuer raskt mennesker som ikke opptrer naturlig. Det er derfor grunn til å stole på den almene menneskelige erfaring at dersom det er en ekte og genuin interesse for et annet menneske, så vil også dette bane veien for en kontakt. At en kontakt skjer i profesjonell sammenheng opphever ikke denne grunnregel.

Risikovurderinger/ profylakse

Suicidproblematikken er og blir komplisert. Likevel er det noen prinsipper som det kan være nyttig å minne om.

En nøyaktig anamnese og en god status presens er den første forutsetning her som i andre legeundersøkelser. Pasienter med suicidalfare legger ikke alltid dette på bordet i første omgang. De kan konsultere legen for en annen reell sykdom eller de kan presentere et plausibelt symptom, som for eksempel søvnløshet, stress, smerter, ønske om medikamenter etc. Dersom en tar en grundig anamnese og penetrerer områder som arbeide, utdannelse, fritid, forhold til de nærmeste og andre hendelser, vil dette ofte gi indikasjoner på om noe er i gjære. Ved å gi en del tid til slike spørsmål med frittflytende oppmerksomhet, får en også et utvidet observasjonsfelt for å gjøre en god status presens. Da kan tristhet, håpløshet, spenninger og rastløshet komme frem som ikke viste seg initialt. En bør ut fra dette få frem en så nøyaktig og pålitelig sykehistorie som det er mulig. Dersom det ut fra en slik generell anamnese og status presens fremkommer indikasjon på suicidalfare, bør en gå videre med konkrete spørsmål for å vurdere risiko. Det er grunn til å minne om at det ikke er et enkelt spørsmål, men en totalvurdering som blir avgjørende. De områder som det kan være grunn til å gå nærmere inn på er følgende:

1. Kriser og mestringsevne tidligere i livet.
Gjennom anamnesen bør en prøve å få et inntrykk av om en har en person som tidligere i livet har stått overfor kriser på arbeidsplass eller i utdannelse, eller om det har vært tap eller brudd i forhold til de nærmeste og hva vedkommende har gjort for å mestre slike situasjoner. Spesielt bør en være opptatt av om vedkommende har vært preget av håpløshet, tilbaketrekning og eventuelle selvdestruktive tendenser, heri inkludert tidligere suicidalforsøk. En bør også gå inn på om det var spesielle ting som hjalp vedkommende til å overkomme krisen.

2. Selvdestruktive mønstre i familien.
En bør også gå inn på hvordan familiemedlemmer har reagert i eventuelle kriser og om foreldre, søsken eller andre nærstående personer har gjort selvdestruktive handlinger eller begått suicidalforsøk eller suicid.

3. Aktuelle krisesituasjoner.
En bør her gå særlig inn på om vedkommende har møtt motgang, skuffelser, vært utsatt for krenkelser eller har "tapt ansikt" i viktige sosiale situasjoner. Videre bør en spørre om forhold til de nærmeste, har det vært brutte kjærlighetsforhold, overgrep av voldelig eller seksuell art eller konflikter som er vanskelig å gjenopprette og som det ikke er noen vei ut av?

4. Hvordan fungerer nettverket?
I alle krisesituasjoner er støtte fra andre avgjørende. En bør gå nøye gjennom dette hvis det foreligger en krise, om vedkommende har en støtteperson som kjenner til problemene som han/hun har tillit til. Både kasuistiske studier og den generelle suicidologi synes å bekrefte at et godt fungerende nettverk er den beste beskyttelse mot at suicidaltanker kommer til utløsning. Når en kartlegger nettverket, bør en også få med hva en tror ens egen person betyr for andre. Mennesker som er depressive eller fulle av håpløshet, har ofte også den forestilling at man er verdiløs, uten betydning eller bare ligger til byrde for andre.

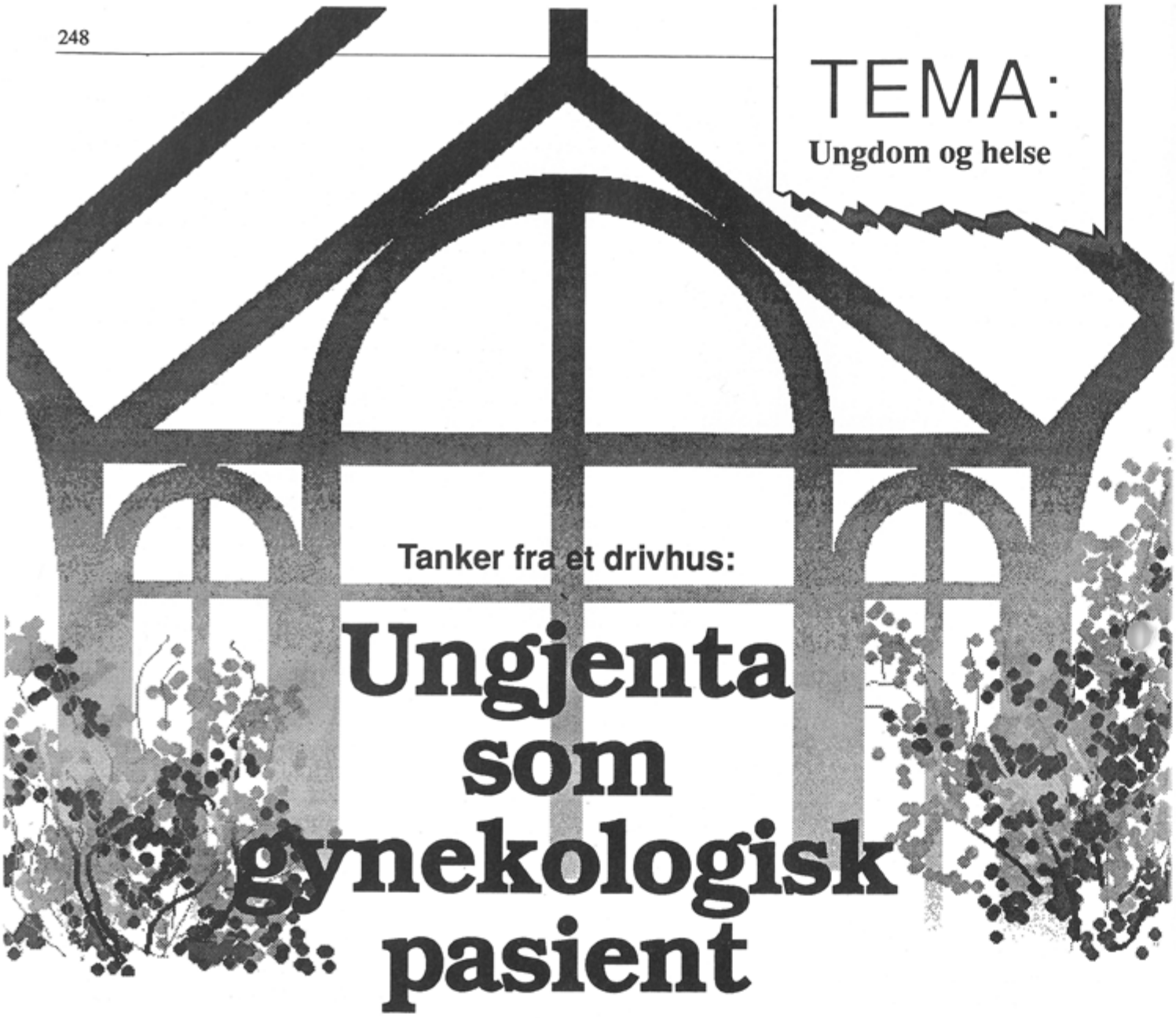
5. Fantasier om død og destruktivitet.
Enkelte suicidalpasienter kan ha mange fantasier om død og ødeleggelse og en tendens til å oppsøke og stadig gå inn i slike tankebaner. Dette bør det snakkes åpent om.

6. Suicidaltanker og planer.
Det hører med i bildet å spørre om vedkommende ikke bare tenker på suicid, men om han/hun også har ideer om hvordan det skal gjøres, og her bør en også spørre hva som har holdt vedkommende tilbake så langt.

Ingen av de punkter som her er nevnt er alene avgjørende. Det er og forblir en samlet vurdering som er av betydning. Dersom man kommer frem til at det foreligger alvorlig suicidalfare knyttet til en psykisk lidelse, kan dette være grunnlag for en innleggelse. Selv om faren ikke vurderes som så alvorlig og det mer er en krise enn en egentlig psykisk lidelse, kan det likevel være behov for ulike former for oppfølging.
Noe av det viktigste av dette kan være avtale om snarlig ny konsultasjon og tilbud om samtale med pårørende dersom pasienten er enig i dette, eller andre måter som viser legens aktive interesse. I det presuicidale syndrom er ofte tap av kontakt med realitetene en farefull terskel å overskride. En lege kan gjennom en realistisk og empatisk konsultasjon noen ganger være det element som pasienten kan flyte videre på inntil han/hun gjennom sitt normale sosiale nettverk og mestringsmekanismer igjen får trygg grunn under føttene.

Professor Nils Johan Lavik,
Psyk. inst. Vindern
0319 Oslo 3 ❑

TEMA:
Ungdom og helse



Tanker fra et drivhus:

Ungjenta som gynekologisk pasient

En sommerkveld i juni møttes allmennpraktikerne Synnøve Grønn, Kirsti Malterud og Marit Hafting i Synnøves hagestue og drivhus til en bedre middag og en samtale om ungjentene som gynekologiske pasienter. Vekstbetingelsene for tanker om emnet var gode, og vi har nå høstet dem inn som et "lappeteppe" vi håper leserne kan ha nytte av:

Synnøve:
Jeg har nettopp lest boka "Se mej" med undertittel "Tonårsflickor på væg och på avvægar" skrevet av den svenske gynekologen Karin Edgardh. Forfatteren har lang og bred erfaring fra arbeid med tenåringsjenter som kommer til ungdomsmottak for å få hjelp med prevensjonsmidler og gynekologiske helseproblemer. Boka er inndelt i 10 kapitler: På mottagningen - Flickorna genom tonåren - Ungdomars sexualvanor - Sexuellt øverførbara sjukdomar - Tonårsflickan som gyn-patient - Tonårsabort - Flickor på avvægar - Varningssignaler - Att førstå destruktiv : sexualitet - Samtal om flickor. Den er gjort levende med mange kasuistikker og forfatteren beskriver tildels meget detaljert hvordan hun arbeider, bl.a. hva hun vektlegger for å gjøre den gynekologiske undersøkelse til en så god opplevelse som mulig for tenåringsjenta.

Jeg skal ikke anmelde denne boka nærmere, men jeg vil tro at den vil kunne gi økt innsikt og hjelp til å komme videre når det gjelder kvaliteten på vårt arbeid med ungdom generelt. Når det er sagt, så må jeg også få si at den har gjort meg litt matt nå når jeg skal si noe om min egen måte å praktisere ungjentegynekologi på. Og egentlig spørs det om det har mening for andre at jeg sier noe om meg og mitt. Dette samtalte Kirsti, Marit og jeg om en sommerkveld nylig, og da virket det greitt. I mellomtida har tvilen meldt seg - kanskje dette blir for banalt.

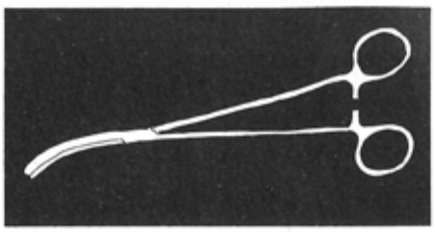
Det som jeg tror er typisk for mange av oss, er at vi har måttet ta oss fram på egen hånd etter beste evne, og at vi har lært oss knep som vi synes har fungert bra. Kvalitetsvurdering utover det at selve undersøkelsen har gått greitt, at jenta har virket fornøyd, at hun har kommet tilbake til nye konsultasjoner og kanskje til økt fortrolighet og åpenhet, har jeg ikke.

Marit:
Jeg tok initiativ til dette møtet for å hente inn stoff omkring ungjenta og den gynekologiske undersøkelsen. Slikt står det lite om i bøkene, men jeg tror vi vet en god del når vi legger erfaringene våre sammen.

Selve undersøkelsen

Synnøve:
Når jeg ser tilbake på mine drøye 20 år som lege, så er det klart at jeg gradvis har forandret meg, ikke minst med å bli tryggere på meg selv og min egen seksualitet, og dermed friere kunnet drøfte seksuelle spørsmål i konsultasjonssammenheng. Men enda kan jeg oppleve min egen sjenanse når intime forhold skal beskrives og jeg har fremdeles vanskelig for å finne ord som på en måte ikke er mine.

Hva har vært viktig for meg å ivareta? Uansett alder og kjønn er utvilsomt det viktigste å bli tatt på alvor, men for den helt unge som strever med å bli voksen, vil jeg tro at dette er et must. Å få kle av seg usjenert, selvsagt etter at vi har snakket sammen en stund, og at gubenken er plassert slik at den ikke kan sees fra dør eller vindu, er viktige detaljer. Å hjelpe henne til rette på benken faller av seg selv. Informasjon om undersøkelsen steg for steg og det jeg ser og kjenner, har jeg ikke hatt for vane å gi før hun har ligget på benken og jeg har gått igang med selve undersøkelsen. Varsomhet, slik at det gjør minst mulig vondt er en selvfølge. Ved manglende avspenning har jeg instruert i "å legge kroppen fra seg" og puste rolig, eventuelt har kontorsøster gitt en hånd å holde i.



Kirsti:
Den gynekologiske undersøkelsen er omgitt av mange sosiale, kulturelle og psykologiske forestillinger og myter. Mange jenter har hørt av sine venninner eller mødre at dette er en forferdelig opplevelse, og vi vet dessverre godt at slike beretninger har vært realistiske erfaringer.

Undersøkelsen kan sette spor, ikke minst den aller første gangen. For at ungjentas aller første GU ikke skal bli et overgrep og en traumatisk opplevelse, er det viktig for legen å vise spesielle hensyn:

- spør om hun har hatt GU før
- gå langsomt fram, og vær omsorgsfull og hensynsfull
- si fra at hun er den som bestemmer om du skal gå videre
- fortelle henne hva du skal gjøre, og hva du gjør
- meddel normale funn med en gang
- spør henne etterpå hvordan det var

Mange jenter er opptatt av om de er normale nedentil. Dette kan det være vanskelig å snakke om, også til legen. Hvis legen er klar over dette, kan den gynekologiske undersøkelsen gi en god anledning til positiv tilbakemelding. Jeg har et håndspeil liggende ved GU-benken, og bruker dette ved undersøkelse av ungjenter. Når jenta holder speilet mens jeg undersøker henne, kan jeg forklare henne hva jeg ser, og vise henne hvordan de normale strukturene ser ut hos henne.

Samtalen om seksuallivet

Synnøve:
Har det falt seg slik, har jeg ofte begynt å snakke om sex under selve undersøkelsen, spesielt at det kan føles tørt, trangt og vondt hvis en er redd og anspendt, og at det er viktig å kose med hverandre slik at skjeden er fuktig og avslappet før samleiet. For meg har det da ofte falt lettere å snakke om sex når hun igjen sitter påkledt i stolen.

Jeg har kanskje vært overdrevet var på ikke å overskride grensen for hennes private sfære. Det har ført til at jeg i liten grad har stilt spørsmål, men heller snakket om sex i alminnelige vendinger, om følelser, om hvor viktig det er å være forelsket og ha varme, gode sitringer for den en skal ligge med, at en kan snakke med hverandre og fortelle hva som er godt osv. At det vi ønsker og har lov til å kreve for oss selv, er at samleiet skal være en god opplevelse som en deler med et annet menneske, og at hvis det ikke er slik, så er det kanskje bedre å vente til det føles riktig.

Ofte syns jeg at jeg har truffet jenta "hjemme" med denne "småpratingen" og at det senere har gitt rom for henne til å stille spørsmål og si noe om seg selv.
Ut fra min erfaring med unge, mine egne døtre inkludert, mangler de ofte et språk til å uttrykke seg nyansert om seg selv, og kanskje har vi også en oppgave med å hjelpe dem til et språk.

Bluferdighet og blyghet er følelser som vi også i dag ofte møter hos de unge, og å bekrefte at dette er normale følelser kan ofte lette trykket.

Den rent medisinsk faglige del av informasjonen syns jeg har vært uproblematisk. Et viktig poeng for meg har vært å ha oppdaterte kunnskaper, og å praktisere ut fra det. Særlig når det gjelder prevensjonsmidler, og spesielt p-pillen, har det etter min mening vært en tendens til å fortsette i gamle spor og ikke forholde seg til ny kunnskap. Dette gir liten troverdighet og kan være medvirkende årsak til at prevensjon ikke blir fulgt opp.

Kirsti:
For legen som møter ungdom i seksuell utvikling og omkring seksuell debut, er det viktig å huske at ikke all seksualitet er heteroseksualitet.
For ungdom med lesbiske og homofile følelser er det viktig at ikke legen tar for gitt at prevensjon og reproduksjon er synonymt med sex, og at ikke alle partnere er av motsatt kjønn.

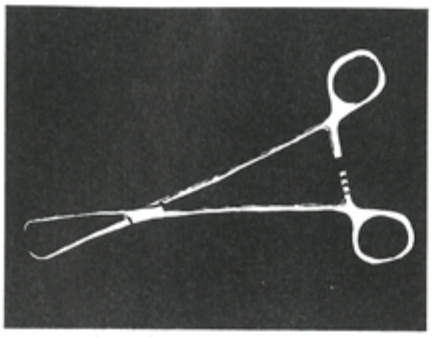
⇒

Marit:
Jeg har ofte vært imponert over hvor bevisst forhold ungjentene som søker meg har til egen seksualitet. De setter ofte ord på sine forventninger og sine vansker, og kan til og med komme for en prat før første samleie. Når jeg tenker på det nå, representerer nok de ungjentene som kommer til meg de mest ressurssterke. Det er i stor grad de som oppsøker en kvinnelig allmennpraktiker med lang ventetid. For de jentene som har et risikofylt og umodent seksualliv, er ofte terskelen for høy. Det krever planlegging og ventetid, og oppleves høytidelig og flaut. Mange vegrer seg for å gå til legen de kjenner fra tidligere, gjerne familiens lege, med denne type problemer.

GU som rituale - på godt og vondt

Synnøve:
Selv om den gynekologiske undersøkelsen medisinsk sett godt kan utsettes, er det min erfaring at det for de fleste er godt å få den unnagjort. Det gir lettelse å ha det overstått og trygghet å vite at det er gjort en grundig undersøkelse.

Kirsti:
Mitt grunnsyn er at ingen medisinsk undersøkelse skal gjøres uten at det foreligger indikasjon.
Jeg oppfatter ikke første gangs p-pilleforskrivning som en automatisk indikasjon for GU, med mindre det foreligger andre indikasjoner som utflod, eksposisjon for mulig seksuell smitte, bekymring angående normalitet, menstruasjonsforstyrrelser osv.
Senere kan det være grunn til å ta clamydia-prøve eller gjøre cytologisk undersøkelse med anbefalte intervaller. Mange ungjenter kommer for p-piller allerede før de har debutert seksuelt. Og nesten alle gir uttrykk for at de ser med stor ulyst på den forventede gynekologiske undersøkelsen. Min praksis er derfor oftest å legge vekt på å forklare pillens virkemåte og bruksmåte ved første konsultasjon, måle blodtrykket og snakke om røyking. Med mindre jenta selv uttrykkelig ønsker undersøkelse da, venter jeg med undersøkelsen til første kontroll 3 mnd. senere.
Hos noen jenter har jeg inntrykk av at moren eller venninnene har skapt forestilling om GU som en "voksenmarkering", som et rituale som bekrefter at alt er klart for seksuell aktivitet. Hvis jenta selv ser slik på det, kan det være grunn til å bruke undersøkelsen som bekreftende tilbakemelding. Jeg ønsker imidlertid heller å legge vekt på å styrke jentas indre opplevelse av at det er hun selv som skal styre sin seksuelle aktivitet.



Og til slutt....

Synnøve:
For meg er det blitt stadig mer maktpåliggende å prøve å gi med en ballast utover det som kreves strengt medisinsk, og særlig gjelder det for de helt unge som er i gang med å etablere seg seksuelt. Stort sett har jeg ikke hatt annet å spille på enn mine egne betraktninger og min overbevisning om at det er godt for oss mennesker å utvikle et godt seksualliv. Hvor faglig holdbart dette har vært, har jeg fra tid til annen spurt meg selv og andre om, uten at det har kommet noe særlig ut av det. Men noen gylne øyeblikk med bekreftelse på at dette har satt saker og ting på plass for den unge og fått henne på "rett kjøl" igjen, har gitt meg trygghet på at denne måten å gjøre det på har vært brukbar. Forøvrig er jeg av den oppfatning at innenfor rammen "å bli tatt på alvor", finns det uttallige måter å nå fram på, og at vi må godta at det avhenger av våre egne forutsetninger.

Litteratur:

Karin Edgardh: Se mej! Tonårsflickor på væg och på avvægar. Sosialstyrelsen 1988, ISBN: 91-568-0797-X.

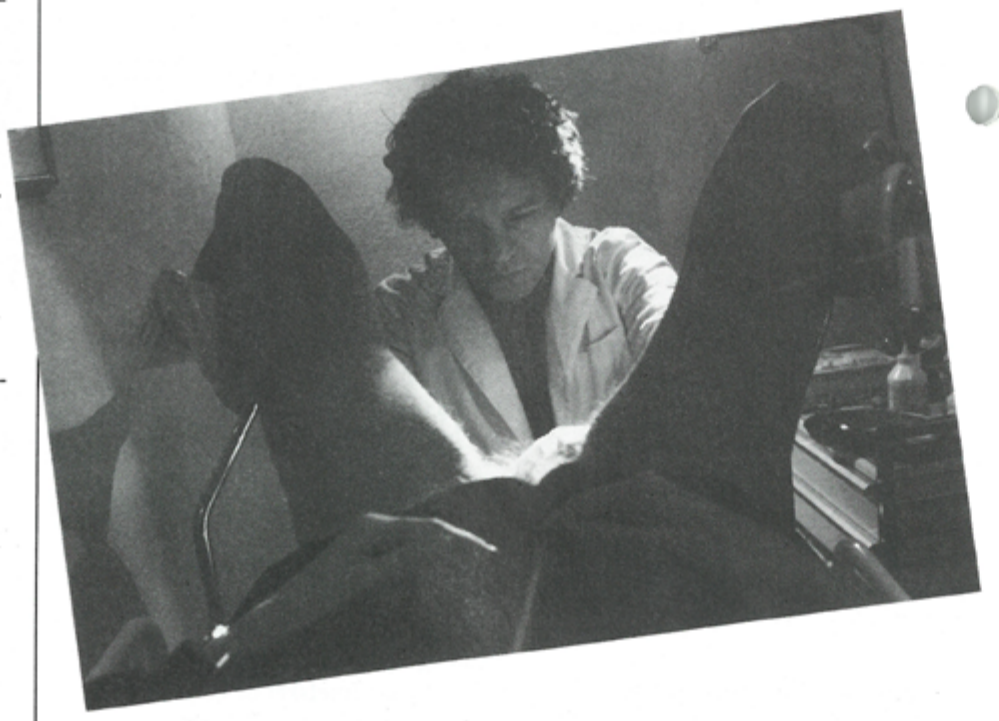
Helsesjef
Synnøve Grønn
5065 Blomsterdalen

1. amanuensis
Kirsti Malterud
Inst. for allmennmed.
Ulriksdal 8C
5009 Bergen

Kommunelege
Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 Voss

❑

Foto: Kari Gorwitz
Illustrasjoner: Anna Kvestad



Cardizem® er en effektiv, sikker kalsiumantagonist, som behandler alle typer angina pectoris.

Cardizem® gir svært få bivirkninger, hovedsakelig relatert til Cardizems vasodilaterende egenskaper. (Jfr. Felleskatalogmonografi.) Kalde ekstremiteter, plagsomme CNS-forstyrrelser, obstipasjon og impotens kan du nå unngå. (1,2)

Dette må du vite om Cardizem og bivirkninger ved angina pectoris!

Cardizem® kan du trygt benytte på pasienter med obstruktive lungesykdommer, diabetes og perifere karsykdommer. (3,4,5)

Cardizem® gjør det enklere for pasient og lege.

Cardizem

(1) R.F. Zelis: Calcium Entry Blockers in Cardiologic Therapy. Hospital Practice no. 8, vol 16, 1981 (samleartikkel).
(2) M. A. Quigley et al.: Interpretation and Application of World-Wide Safety Data on Diltiazem. Acta pharmacol. et toxicol., no 57, suppl. II, 1985 (samleartikkel).
(3) K. Nagal et al.: Effects of diltiazem hydrochloride in diabetes. Int. Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology, no 11, vol 24, 1986.
(4) L. Andrén et al.: Diltiazem in Hypertensive Patients with Type II Diabetes Mellitus. The American Journal of Cardiology, okt 5, vol 62, 1988.
(5) W. Klowski: Perifera och cerebrovaskulära effekter av kalciumantagonister. Obs. Medica no 2, vol 16, 1989 (oversiktsartikkel).

CARDIZEM® diltiazem.

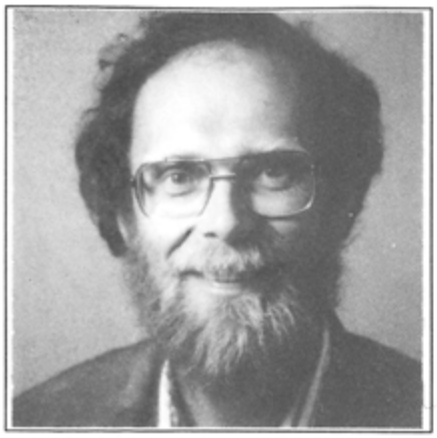
– SÅ VET DU HVA DU GJØR!

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 betablokker bør betablokkerdosen reduseres. Kombinasjonen kan øke faren for hjertesvikt. Diltiazem er embryotoksisk og teratogent i dyreforsøk 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, ankelødem 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 antihypertensive effekt forsterkes.
Dosering: Individualiseres. Døgndosen fordeles på 3 eller 4 enkeltdoser. Rimelig startdosering 60 mg 3 ganger daglig. Dosen kan økes til 360 mg/døgn ved behov. Pakninger og priser:
Tabletter: 60 mg: 100 stk. kr. 267,70.
FEB. '90 300 stk. kr. 773,10.

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

Alkohol - blott til glede?

TEMA:
Ungdom og helse



Sten S. Johannessen f. 1950 og cand. med. 1977. Kommunelege i Melhus/ Onsøy 1981-1990. Ass. fylkeslege i Østfold fra jan. 90. Spesialist i samfunnsmedisin. Vært engasjert i flere helseopplysningsprosjekt: En metodefilm om AIDS og samarbeid helsetjeneste/skole i -87. Brennpunkt AIDS II i -89 som er et prosjekt om ungdom som helseveiledere for hverandre. Tilslutt en filmatisering av helsesøstertjenestens rolle i det helsefremmende arbeidet som vil bli presentert på kommuneforlaget om kort tid.

Tilstandsrapport fra en legevakt i Fredrikstad en lørdag.

Av Sten S. Johannesen

Lørdag morgen 08. Sykepleier og lege møter opp. Hva har vi i vente de neste 24 timene? Kirurgiske problemer? Medisinske? Formiddagen blir fredelig nok - et lite barn har øreverk, en ungdom har reagert allergisk på noe, en eldre dame tilsees pga. underlige smerter i brystet, en annen har falt under innkjøpstur dagen i forveien og brukket et lite ben i foten. En ungdom med magesmerter sendes videre til mannen med kniven som fjerner en betent blindtarm. Alt i alt rolig og fredelig. Andre personer med skader dukker opp - og blir sydd, en i bakhodet, en under haken. Noen har tannverk - tannlegene har jo fri!

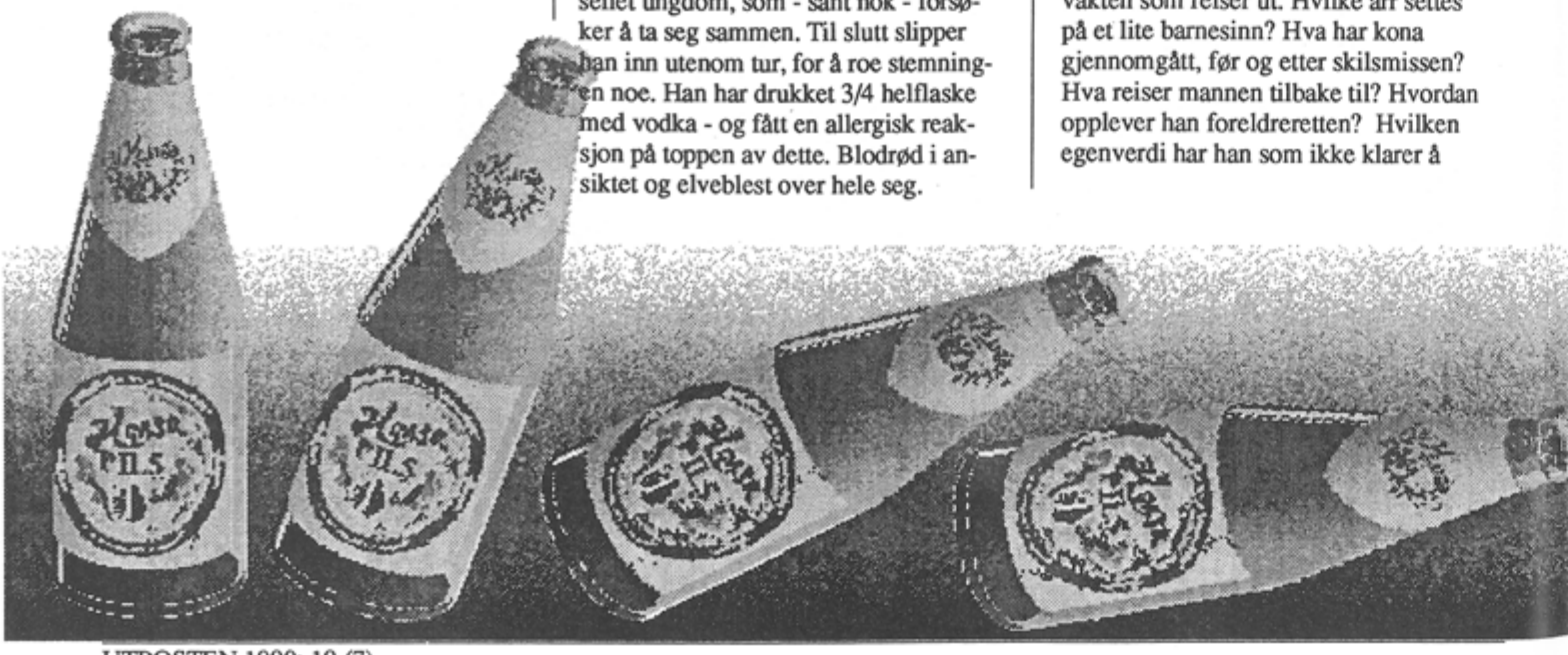
Brått forandrer vakten karakter.
En sprøytemisbruker ber først pent, deretter noe morskere og etter hvert litt truende om å få rene sprøyter. Sykepleieren ordner opp - legevakten gir ikke ut sprøyter!

Mens dette pågår forsøker enkelte syke på venterommet å roe ned en godt påseilet ungdom, som - sant nok - forsøker å ta seg sammen. Til slutt slipper han inn utenom tur, for å roe stemningen noe. Han har drukket 3/4 helflaske med vodka - og fått en allergisk reaksjon på toppen av dette. Blodrød i ansiktet og elveblest over hele seg.

Han trygler om medisin, om å få ta resten av flasken, og om å få overnatte hos oss. Han er husløs, "alt er bedre enn å sove ute". At alkohol kan forverre både det ene og det andre, deriblant hans allergi, enser han ikke.
Resultat: Allergitabletter og fylleresten, og dit reiser han gladelig - 18 år.

Undersøkelsesrommet luftes, venterommet luftes.

En del andre personer som i mellomtiden har fått slappet litt av på venterommet, får deretter behandling.
En eldre dame har falt - og brukket kneskålen, et par barn med snufs og feber, en jente med betent sår på et kne. Telefon til legen. Kona til en 28 årig kronisk alkoholiker ringer og ber om råd. De er skilt. Han besøker henne og barna i helga. Pga. omfanget av alkoholforbruket får barna ikke besøke faren. Han må komme til dem. Han har drukket jevnt de siste to ukene - og nå falt han sammen, besvimte på gulvet rett foran øynene på barna - 4 og 6 år gamle. Hun virker likevel rolig - og får råd. Samtidig gir legen beskjed til bakvakten som reiser ut. Hvilke arr settes på et lite barnesinn? Hva har kona gjennomgått, før og etter skilsmissen? Hva reiser mannen tilbake til? Hvordan opplever han foreldreretten? Hvilken egenverdi har han som ikke klarer å



forhindre noe slikt foran øynene på sine egne små barn?

Vakten går sin gang.
Folk med hodepine, barn med feber, barn med alvorlig lungebetennelse, et barn har brent seg på panelovnen.

Øreverk, tannverk, vrikne ankler, vondt i magen avløses av alvorligere sykdommer som underlivsblødninger, ischias, nyrebekkenbetennelse, helvetesild.
Men mange minutter er ikke gått før neste alkoholproblem melder seg.

Et ektepar kommer inn sammen. Alkoholskyen møter legen 2 meter før ekteparet entrer skaderommet. Mannen som har konsumert en god del, skynder seg å forklare hva som har skjedd.
"Kona falt på badet!" Kona ser ned, holder seg til munnen og sier intet.
Legen har hørt det mange ganger før.
Blodutredelser under og over haken, leppen spjæret opp både inn- og utvendig, flere blodutredelser i hodebunnen og i tinningen. Hvor ofte har dette skjedd? Hvem har slått henne? Ektefellen? Andre? Vil hun anmelde? - Nei, som så ofte før, hun vil ikke - er redd for å ødelegge hjemmet, må beskytte barna. Velger heller fornedrelsen, redd for hvordan ektefellen skal klare seg alene. Selv ikke etter 15 sting i ansiktet skifter hun mening.
Venterommet luftes, skaderommet luftes.

Versågod neste!
Angst. Tør ikke gå ut. Redd for å dø fra barna sine. Årsak - usikker - men mannen drikker jevnt, ekteskapet knirker, mannen ofte høyrøstet når han drikker - skremmer barna.

Resultat - hun sykmeldes. Trenger spesialistbehandling - Hvordan løse angstproblemene.....
Venterommet fylles opp - samtalen om angstproblemene tok lang tid. Et barn har kastet opp blod, men er i god form; overføres til barneavdelingen umiddelbart.

Det begynner å bli sent. Uroen stiger fra venterommet. To fulle ungdommer er utålmodige - går rett forbi sykepleieren og inn på skadestua. Blodet siler fra hånden til den ene.
Den andre er med som rådgiver og forståsegpåer.
Sykepleieren har ikke noe valg. Hun legger på en kompresjonsbandasje.
Men legen er opptatt. To meget syke barn må prioriteres først.
Uro fra skadestua. Banning.
Våre to ungdommer drar igjen. "Ikke tid til å vente. Skal på byen". Like etterpå nok en ungdom - vært i slagsmål nede i byen. Nei, han vil ikke anmelde dette, det blir for farlig for han.
Selv råd om at anmeldelse muligens er det eneste som kan hjelpe, har ingen effekt. Også han er godt påseilet.
Nei vel, det blir nok en ansiktssying.
Men tennene har heldigvis holdt denne gangen.
Forrige lørdagsvakt gav jo tannhelsetjenesten 3 nye kunder.

Det begynner å bli natt. Midnatt er passert, kanskje det roer seg nå?
Falken har plukket opp et par ungdommer på fest. Den yngste av de to, bare 16 år, er det ikke råd å få lyd ut av, men han puster heldigvis regelmessig.
Kaster opp, vrir seg. Ansiktet er skadet. Ser ut som årsaken er slag eller spark. Ingen vet.
Den andre karen er våken, er tøffere, men et blikk på beinet hans gir mistanke om brudd. "Brudd nei. Det har jeg ikke tid til. Skal ned å ha meg noen øl og en pizza nå, - og så skal jeg på jobb på mandag".
Rullestol hentes - Røntgen neste!
Deretter operasjonsbordet.
"Hva har skjedd?" " Nei, det ble vel litt for mye drikke? - Ja, vi var tre som sloss".
I mellomtiden har vi funnet ut hva 16 åringen heter. Undersøkelsen viser at han er bevistløs og har brukket to bein i ansiktet. Men synet er heldigvis ikke skadet. Ikke denne gangen!
Venner dukker opp. De er fra.....Informasjonen kommer om hva som hendte.
"ØL".
Hva hendte?
"ØL".
"Ja, men han er jo bare 16. Hvor fikk han fatt i ølet?" "Det får vi tak i i nærmest alle butikkene i .....det". "Er det lett å få tak i?"
"Ingen problemer. Vi venter til betjeningen er travel. De legger ikke merke til alderen vår".

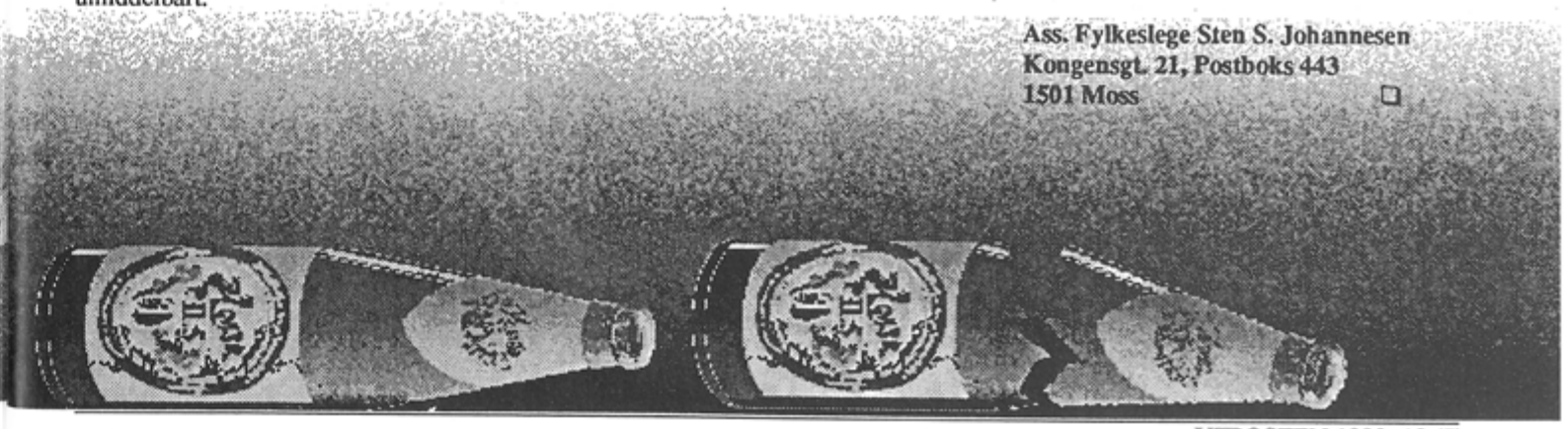
I alle fall har han venner som vil hjelpe han når han kommer ut av sykehuset, tenker legen.
Men hva ligger bak at en ungdom på 16 ender opp slik?

Er det hans feil? Hva slags familiestøtte har han. Boforhold? Har han bare arvet foreldrenes vaner? Og er det for lett å få tak i drikkevarer?
Straks han er overført til mottakelsen kommer politiet innom. En av våre nye statsborgere, medfødt en hudfarge som norske nordmenn fra Norge reiser hundreder av mil for å anskaffe seg, kommer vaklende inn. Han er blitt banket opp av en gjeng på og utenfor et diskotek.
De fleste påvirket av alkohol.
Han snakker nesten ikke norsk.
Politiet avhører han. "Vil han kjenne igjen gjerningsmannen?"
Han har mange slag i hodet. Har vært bevistløs. Har tårer i øynene. "Er du skuffet", spør legen.
"Selvfølgelig", svarer han på gebrokkent norsk, før han innlegges til observasjon.

Vakten er over.
I minst 12 av de 24 timene vakten har vart, har arbeidslokalene vært innhyllet i alkohol-lukt. Legen er nesten glad det ikke er promillekontroll på veien hjem.

Mandagsavisen har en liten notis.
"Det opplyses fra politivakta at det ikke var spesielt mye fyll i byen denne helgen".....

Ass. Fylkeslege Sten S. Johannesen
Kongensgt. 21, Postboks 443
1501 Moss



TEMA:
Ungdom og helse

Et viktig tiltak som vi gleder oss over å jobbe med

Lillian Aaserud og Annemor Sundet intervjuet av Marit Hafting:

I 1980 startet Asker, en kommune med 40 000 innbyggere, et prevensjonskontor for ungdom. For 2 år siden ble det omdøpt til "Helsestasjon for ungdom". Den har lokaler i sentrum og er åpen en ettermiddag i uka. Helsestasjonen er administrert av helsesøstertjenesten, og bemannet med helsesøster og lege.
En augustformiddag hadde jeg som Utpostens utsendte en samtale med Annemor Sundet og Lillian Aaserud.
Disse helsesøstrene snakket ut fra 10 års erfaring og løpende selvevaluering av arbeid med ungdom. Det ble en lærerik samtale som stort sett gikk mellom intervjuobjektene med intervjueren som tilhører. Jeg vil her gjengi noen av temaene som ble berørt:

Lillian Aaserud, ledende helsesøster i Asker. Var med og startet Prevensjonskontor for ungdom og vikarierer nå ved Helsestasjon for ungdom ved behov.

Annemor Sundet, helsesøster i Asker, har de siste årene arbeidet fast ved Helsestasjon for ungdom.

Målsetting, innhold, utvikling:

L. Aa: Helsestasjon for ungdom startet som et tilbud om gratis prevensjonsveiledning for ungdom. Bakgrunnen var et ønske om å redusere det høye tallet på uønskete svangerskap og aborter hos ungdom. Etter hvert oppdaget vi at prevensjonen ofte bare var "inngangsbilletten", og at det kunne ligge andre helseproblemer bak den "egentlige" kontaktårsaken. Ofte var guttene med venninnene fordi de ønsket å snakke om egne helseproblem. Målsettingen har vi forandret i takt med utviklingen til slik den er pr. i dag:

- Målsettingen ved helsestasjonen er å gi ungdom et tilbud som omfatter råd, veiledning, behandling vedrørende fysisk og psykisk helse, som igjen gir dem mulighet til bedre å ivareta egen helse.

- Målet er også å gi opplysning og veiledning i og rundt temaet seksualitet og samleie for å bidra til at ungdom får et mer sunt, sikkert og positivt seksualliv.

- Målet er også å forebygge seksuelt overførbare sykdommer, og å forebygge uønsket svangerskap.

Første året hadde kontoret 80 besøk, mens tallet for 1989 var 800. Første råd til de som starter noe lignende er derfor: Ikke mist motet! Kjennskapen til et seriøst tiltak der man tar ungdoms helseproblemer på alvor, vil etter hvert spre seg i brukergruppen.

A.S: Den mest effektive markedsføringen bidro brukerne selv med etterhvert som de ble trygge på oss. Annonser og plakater hadde begrenset effekt - denne brukergruppen leser lite aviser. I tillegg drev vi aktiv markedsføring overfor samarbeidspartnere på kurs, møter og i mer uformelle sammenhenger. Vi har nå 4 t.s åpningstid en kveld i uka. Vi har ikke timebestilling, og alle som møter fram kommer til. Det har hendt at vi ikke har vært ferdige før kl. 23.30. Med for- og etterarbeid bruker jeg rundt 1/2 stilling i tilknytning til helsestasjonen. Gruppen som søker oss representerer et tverrsnitt av ungdommen i bygda m.h.t. sosial status, skole, type problem. Hovedtyngden av brukerne er rundt 17-18 år (tilsvarer gjennomsnittlig seksuell debutaldre for jenter på 17,5 år).

Helsestasjonen avdekker store problemer blant ungdommen

A.S: Når det gjelder hvem som er våre "egentlige" brukere, velger vi å holde oss unna definisjonene og jobbe utfra de behovene som dukker opp etter hvert. Det er antagelig årsaken til at vi har avdekket såpass stor problematikk som vi har.
L.Aa: Det vil si at vi ikke har

Erfaringer fra arbeid ved "Helsestasjon for ungdom".

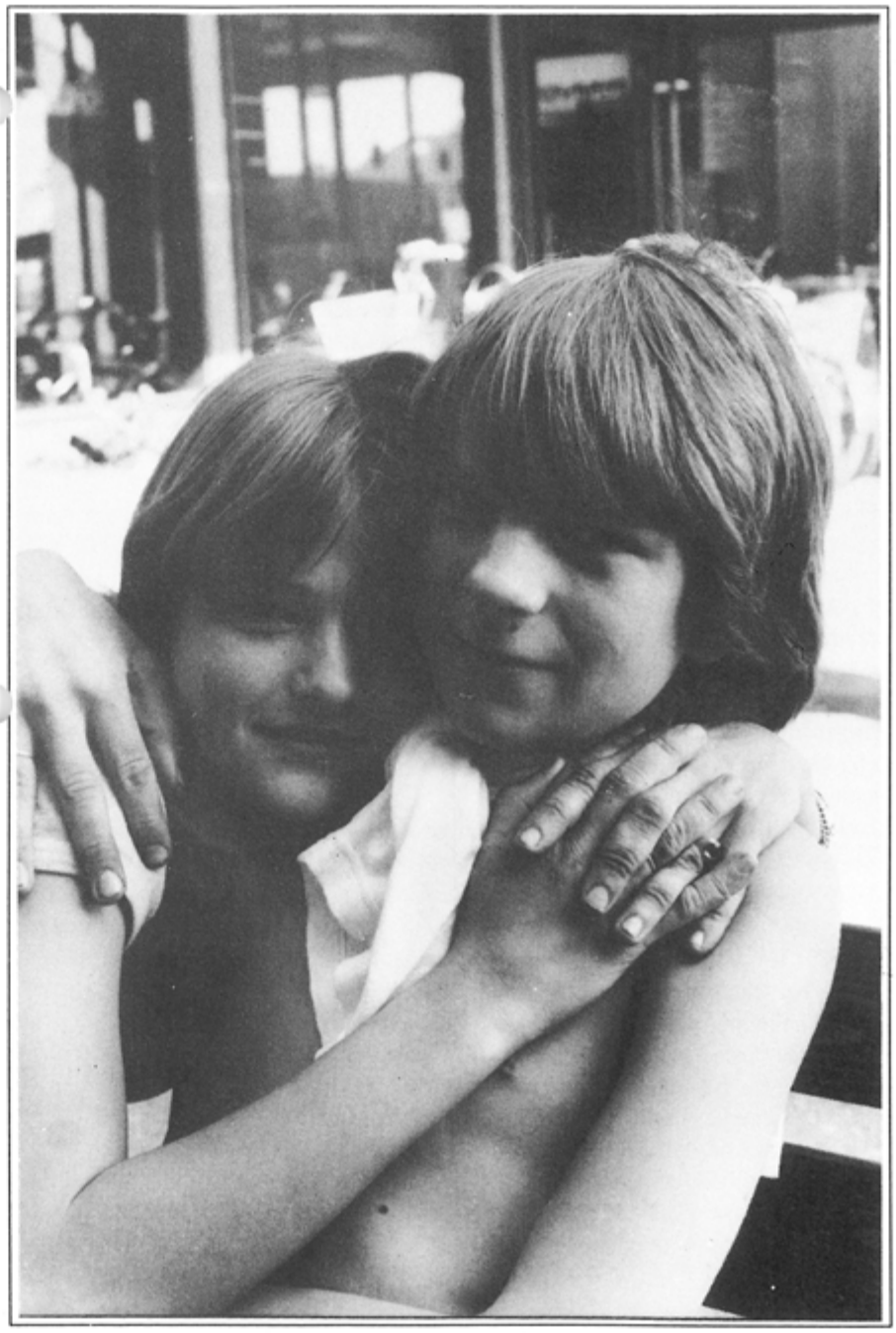


Foto: Kari Gorwitz

aldersgrenser. F. eks. psykisk utviklingshemmede eller særlig belastete brukere kan fortsette utover vanlig aldersgrense. For brukere som har vanskelig for å sitte og vente, f. eks. pasienter fra psykiatriske institusjoner eller psykisk utviklingshemmede, kan vi gi timer utenom det vanlige tilbudet, tilpasset deres behov.
Vi har som sagt avdekket store problemer, og derved kan vi ikke stoppe eller bli stoppet, til det har utfordringene vært for store. Vi har hatt nær kontakt med helse- og sosialstyret, og de har forståelse for at dette er et nødvendig tiltak. De har gitt oss rammer til å utvikle arbeidet i takt med behovene. Vi gir nå utenom åpningstiden på kontoret, tilbud på dagtid, hjemmebesøk og kan stille opp på kveldstid når det er nødvendig.

A.S: Ikke bare besøkstallene viser behovet, men og det brede spekteret av problemer brukerne søker oss for. I tillegg til abort, prevensjon og kjønnssykdommer, møter vi ungdom med depresjoner, ensomhet, mishandling, incest, voldtekt, rusmiddelproblemer og HIV/AIDS. For et år siden begynte vi rutinemessig å spørre om spiseforstyrrelser, og vi har hatt 1-2 nye tilfeller hver kveld.

L.Aa: Vi har hatt kurs om dette emnet, men mye har vi lært av de unge selv. Problemet er at vi har så få fagfolk å spille på.

A.S: Når vi søker dem videre, f. eks. til psykiatriske poliklinikker, kan vi pga. den lange ventetiden miste dem. Jeg tror imidlertid at når spiseproblemet avdekkes tidlig er det veldig mye vi kan gjøre selv. Jeg tenker da på jevnlig kontakt og eventuelt grupper. De tunge tilfellene må ha individuelle kontakt, men de er svært positive til samarbeid.

L.Aa: Dette blir vel egentlig en form for forebyggende aktivitet mot anorexi og bulemi. Vår erfaring er at det er et utbredt problem. Vi bor i en kommune med mye ressurser, utdanningsmessig og økonomisk, og mange ungdommer deltar i aktiviteter der utseende - flott, slank og up-to-date - er viktig. Det koster ganske mye for mange. I tillegg er det mangel på voksenkontakt - foreldrene er ikke klar over at ungdom trenger tid, man må være der når det

⇒

"gyldne øyeblikk" for å snakke er der. Det er få av de unge som blir snakket *med*, de blir helst snakket *til*.

Et tiltak ved siden av den ordinære allmennhelsetjenesten

L.Aa: Da vi startet opp hadde vi ikke tenkt å gi noe behandling. Det viser seg imidlertid at henviser vi de videre, går de ikke videre - og vi mister dem. Nå behandler vi direkte og følger opp med kontroller.

A.S: Vi har nært samarbeid med flere allmennpraktikere. I tillegg har vi lokalsykehuset der vi kan ringe å få råd hele døgnet. Etter abortinngrep på sykehuset, kommer f. eks. jentene til oss til ettersamtale. Vi kunne aldri ha fått dette til dersom vi ikke hadde samarbeidspartnere bak oss. I tillegg til de som er nevnt gjelder dette sosialkontor, barnevern, utekontakt, skolevesenet (med PPT), politiet og psykiatrien.

Hvordan møte ungdommen

UP: Jeg synes ofte konsultasjoner med ungdom kan være tunge. Jeg blir lett usikker og får ofte ikke tak i hva de egentlig vil.

A.S: Der er direktespørsmål nøkkelen. Stiller du direkte spørsmål, får du direkte svar. Ofte tror jeg man holder igjen av redsel for hva man kan få av problemer i fanget som man ikke kan takle. Ungdommene tolererer imidlertid godt at vi ikke er omnipotente, bare vi er ærlige og setter ord på vår utilstrekkelighet. Det kan nettopp være utgangspunkt for et samarbeid mot en løsning, og uten samarbeid kommer vi ingen vei. De er i det hele tatt vare for alle typer "spill" - de gjennomskuer påtatt ungdommelig klesdrakt, væremåte, språk. Derimot blir vi godtatt når vi er oss selv. Man må samtidig kunne bite i seg en og annen krass og sårende kommentar. Man må skjønne at når problemene er oppstått, er det for seint å komme med pekefingeren. Da må man ta fatt på ungdommen der og da. En av funksjonene våre kan være å ta over ansvaret, og derved slippe løs ressursene hos brukeren. Ved at vi tilbyr oss å hjelpe, avlastes de for et problem som har overskygget alt annet, og "de gode sirklene" får igjen mulighet til å utvikle seg.

L.Aa: De kommer til oss fordi de vet at vi har taushetsplikt. Ved abortsøknader motiverer vi dem alltid til å ta dette opp med foreldrene, og sier vi har erfaring for at de som gjør det vanligvis kommer best ut. Det sier vi til jentene helt opp i 20-års alderen. Det at jenta skal slippe å bære en slik hemmelighet alene ved at hun snakker ut med foreldrene, ser vi til stadighet er verdifullt.

Adskilt fra skolehelsetjenesten

UP: Dersom jeg skal oppsummere så langt ser dere ut til å mene at det er behov for et tilbud om helsetjeneste ved siden av den ordinære primærhelsetjenesten for å plukke opp ungdoms helseproblemer. Dette tilbudet må ha lav terskel, kreve lite planlegging, men må allikevel være bunnsolid i sin oppfølging og kontinuitet. Hvordan er grenseoppgangen mellom dette tilbudet og skolehelsetjenesten?

L.Aa: Det er to klart adskilte tiltak. Det er viktig for at ungdommene skal kunne stole på Helsestasjonen. På skolen må vi i tillegg innordne oss mønsterplanen. Erfaringene fra Helsestasjonen kan vi imidlertid ta med oss til skolen og bruke i undervisningen. Vi kan fortelle at 15-17 % av jentene som kommer til oss for prevensjonsveiledning har clamydia. En annen erfaring er at condylomer er svært utbredt, og at vi i det siste har sett flere tilfeller av celleforandringer hos jenter med condylomer. Lærebøkene er foreldet, og ved å knytte undervisningen til erfaringer fra Asker, gjør vi emnet aktuelt for elevene. Vi erfarer og at ungdommene vet skremmende lite om sin egen kropp, og dette bringer vi tilbake til lærergruppen som en påpeking av at undervisningen er for dårlig.

Rammebetingelser

UP: På -70-tallet ble det startet ulike tilbud til unge med prevensjonsveiledning etc. De fleste av disse er lagt ned. Hva tror dere er årsaken til at dere har fortsatt og i løpet av disse 10 årene utviklet et ganske omfattende og levedyktig 1. linjetilbud i skjæringspunktet mellom hverdagsmedisinen og de store sosialmedisinske krisene?

L.Aa: Det er mange årsaker til det. For det første har vi hatt økonomiske ressurser ved at Helsedirektoratet over en 5-års periode bevilget 50 000 i prosjektmidler i året. Deretter avtok bevilgningen gradvis slik at helsestasjonen nå er rent kommunal. Utviklingen over tid har avdekket så store problemer at tiltaket ikke lar seg stoppe. Dette har i tillegg gitt oss iver og tro på det vi driver med. Samtidig kan det være tøft, og vi har organisert veiledning. Man kommer heller ikke utenom den menneskelige faktor: man må trives med ungdom og passe til arbeidet.

A.S: Kapasiteten vår er nå sprengt, og vi leter etter modeller for utvidelse - enten flere dager eller filial. HVPU-reformen har ført til at vi skal strukturere det tilbudet vi hele tiden har gitt psykisk utviklingshemmede. Vi vil legge opp til et tilbud tilpasset deres behov innen Helsestasjon for ungdom og ikke organisert som særomsorg.
Til slutt vil jeg si at timene på Helsestasjon for ungdom er den delen av arbeidet mitt jeg alltid gleder meg til. Der treffer jeg positiv og fin ungdom. Ungdoms særlige helseproblem har til nå blitt lavt prioritert. Helsestasjon for ungdom har avdekket store behov, og må derfor prioriteres høyt framover.

Litteratur:

Rapport fra året 1990. Helsestasjon for ungdom. Asker kommune, helse- og sosialetaten. Erteløkka 3 - 1371 Asker, tlf. 02 909000.

Kommunelege
Marit Hafting
5700 Voss ❑

Banebrytende allmennmedisinsk doktorgrad

Kirsti Malterud: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. 256 s. (hft.) Allmennpraktikerserien, TANO 1990. Pris ca kr. 275,-

Denne boka er Kirsti Malteruds avhandling for den medisinske doktorgrad i original form.

Utgangspunktet hennes, den mannlige legen som sier oppgitt til sin kvinnelige pasient mens han blar i tykke bøker: "Det finnes ingen slik sykdom, fru Hansen" er lett gjenkjennelig for alle primærleger. Malterud har latt sin frustrasjon over denne maktavmakt-situasjonen få utløp i et arbeid hvor hensikten i utgangspunktet var å bli en bedre lege for pasientgruppen kvinner med ubestemte plager. Resultatet er blitt et imponerende og fascinerende nybrottsarbeid som fortjener oppmerksomhet langt utover de akademiske kretser.

Malterud går ut fra en hypotese om at legens måte å spørre på kan forskyve maktbalansen i konsultasjonen fra legen til den kvinnelige pasienten. Dette kan gi legen bredere kunnskap om kvinnens helseplager og sykdomsopplevelse, spesielt overfor pasienter med "ubestemte plager".

Hensikten med hennes doktorgradsprosjekt er å beskrive dette nærmere og mer systematisk. Hun studerer 4 kunnskapstemaer:
1. Hvorfor kommer kvinnen til legen?
2. Hva tenker hun selv om årsaken til plagene?
3. Hva synes hun legen bør gjøre?
4. Hva kan hun selv gjøre med plagene sine?

For hvert tema beskriver Malterud hvordan hun har utviklet et bestemt nøkkelspørsmål for å få best mulig informasjon om nettopp dette temaet (prossessevaluering). Hun gir deretter eksempler på hvordan nøkkelspørsmålet påvirker konsultasjonen, og hvordan legen kan få tilgang til ny informasjon på denne måten (produktevaluering).

Siden dette er en doktoravhandling, er det lagt stor vekt på det rent vitenskapelige. Malterud går grundig gjennom prosjektets vitenskapelige side, drøfter nøye de metodene hun bruker, og presiserer metodens begrensninger og anvendelighet. Hun har utviklet den som kvinnelig lege overfor kvinnelige pasienter, men begrunner at den også kan benyttes av mannlige leger, men neppe overfor mannlige pasienter.

Doktoravhandlinger vil ofte være for spesielle og tungt vitenskapelige til å nå utover en engere krets. Denne er et unntak! Malterud skriver svært fengslende om temaet som burde interessere alle allmennpraktikere. Hun har en usedvanlig evne til å ta leseren med på hele prossessen, man griper seg stadig i å få nye ideer og å skjønne litt mer mens man er underveis sammen med henne. I tillegg er dette en morsom og fyldig introduksjon til bruk av kvalitative metoder i allmennmedisinsk forskning, med kritisk blikk på begrensninger, fordeler og ulemper sammenliknet med kvantitative metoder.

Boka anbefales ubetinget! Her tror jeg *alle* har noe å hente. For de som er frustrert over alle vondtene - uvante nye vinklinger. For de som har en liten forsker i magen, da særlig i kvalitativ retning - mye om metodikk, og et vell av ideer som kan videreføres. For de som er opptatt av konsultasjonsdynamikk, spennende utvikling av allmennmedisinsk verktøy. For de som ønsker seg noen underholdende timer - boka er drivende godt skrevet. Men kanskje først og fremst for de kolleger (hvis de finnes!) som fortsatt ikke forstår vitsen med å trekke inn begreper som makt og avmakt i konsultasjonssituasjonen. Les og se selv!

Allmennpraktiker
Inger Marie Steinsholt
Kongsberg ❑

" Det finnes ikke noe slikt symptom, fru Hansen "

Et 25-års minne fra Finnmark

Odd H. Lien, født -23, er fylkeslege i Østfold. Han var fylkeslege i Finnmark 61-67.

Av Odd H. Lien

Året er 1965. Jeg var den gangen fylkeslege i Finnmark, og som sådan også formann i fylkesnemnda for uføresaker.

Gjennom saker som kom til fylkesnemnda, særlig slike hvor det var vedlagt utførlige sosialrapporter, fikk jeg et bredt kjennskap til helse- og sosialforhold rundt omkring i kommunene. Dette var verdifulle opplysninger, som betydde ganske mye for virksomheten ved fylkeslegekontoret.

Noen ganger fikk vi inn saker som gjorde dypt inntrykk på oss alle. Og vi følte det som om vi var i en slags "julenisserolle", spesielt like før jul. Da det ikke var tid til skriftlig å sende beskjed til trygdekontorene, fikk sosialkonsulenten til oppgave å ringe rundt til trygdekontorene for å fortelle at den og den var tilstått uføretrygd, men at vedtaket ikke ville nå fram før etter jul. Og trygdesjefene tok med en gang poenget og forskutterte et passende beløp slik at de familiene det her dreide seg om, - og da kanskje mest barna -, fikk følelse av at nå var Julenissen virkelig kommet på besøk.

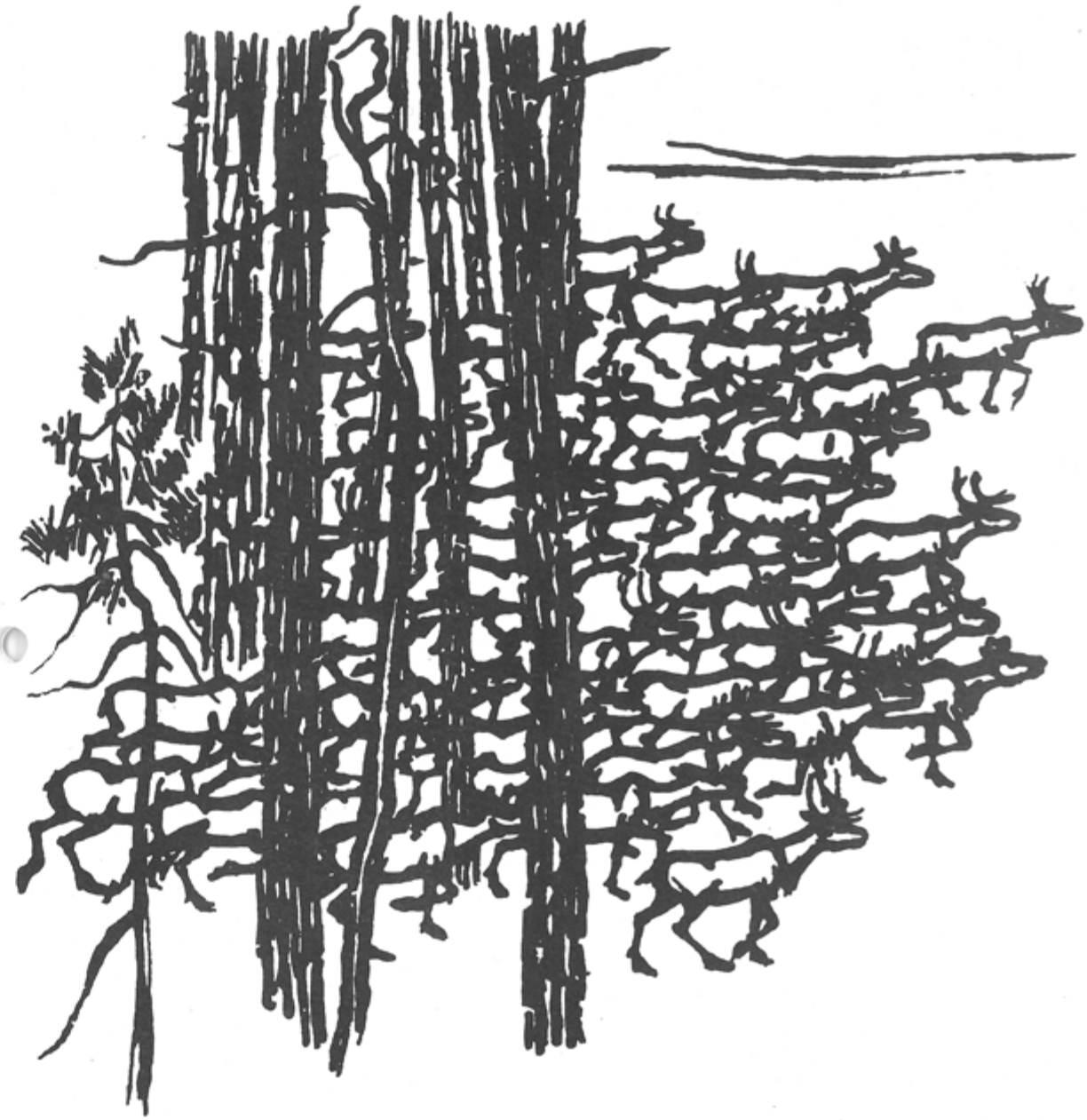
En sak kommer meg spesielt i hu. Det gjaldt en kvinne fra et av de indre strøk av Finnmark, bofast, men gift med en flyttsame og med 4 mindreårige barn. Mannen hadde under tre hundre rein, og det var ikke nok til å leve av. Sosialhjelpen var det så som så med. Denne kvinnen søkte om uføretrygd. Den gangen hadde vi loven om uførepensjon, hvor § 2 måtte være oppfylt: medisinsk uførhet og § 4: ervervmessig uør. Diagnosen var astenisk nevrose, - en diagnose som ikke var helt uvanlig den gangen. Vi fant å måtte be sosialkurator om en sosialrapport. Og han drog i vei, og skrev en lang rapport. Han beskrev møtet med denne familien. Da han banket på i det lille huset som bestod av kjøkken, kammers og bislag uten dør, uten innlagt vann, men med lys samt utedo, kom døren på gløtt. Bak kvinnen, som var uflidd og pjuskete, sto det et par, tre små barn, også uflidde og pjuskete med to store stirrende øyne. "Skremte fugleunger", skrev sosialkonsulenten.

Han kom inn og fikk sett hvordan denne familien hadde det. Huset var uflidd og pjuskete, for å bruke et mildt uttrykk. Mannen var på fjellet for å passe sine ca. 270 rein, som var sammen med en annen reinsflokk. Han måtte gjete sine rein hele tiden, ellers risikerte han bare at noen forsvant.

Vel, kvinnen ble ansett som uør som husmor og fikk uførepensjon, med en etterbetaling for 3 år tilbake med 13 - 14 000 kroner. Jeg ba da sosialkonsulenten å dra av gårde igjen for å se til at pengene ble brukt til "fornuftige formål", og at barna også ble tilgodesett. Men AKK! han kom en dag for sent. Dagen før hadde mannen kjøpt seg snøscooter til kr. 12 000,-. I ettertid innså vi at dette vel var nødvendig. Uten snøscooter kunne han ikke følge flokken på samme måte som de andre eierne som allerede hadde anskaffet seg slike. Risikoen for at hans rein skulle forsvinne, ville for ham ha vært større uten slik scooter.

Så gikk det ett år - og igjen spurte jeg sosialkuratoren om han kunne foreta et nytt besøk hos denne familien for å se hvordan forholdene var blitt.
Da han kom innom, traff han kvinnen i arbeid i sitt hjem. Hun ble litt forlegen, og spurte om han skulle være lenge på stedet, og om han kunne komme tilbake senere. Da han gjorde det fikk han en meget hyggelig overraskelse.

Hun og barna hadde tatt på seg sine fineste samedrakter som hun hadde sydd. Det var duk på bordet, gardiner for vinduene og nykokt kaffe duftet. På bordet stod det et stort fat med wienerbrød. Nå



var situasjonen totalt endret. Hennes uføretrygd var brukt til å sette huset bedre i stand, til innbo inklusive en svær dypfryser som sto i bislaget. Barna var ikke lenger "skremte fugleunger", men gikk mer fritt omkring som andre unger. I grunnen var hun vel ikke lenger ufør som husmor, men vi lukket øynene for dette, da vi vel visste at det var det økonomiske grunnlag som en uføretrygd var for denne familien, som var direkte årsak til den store forandringen.

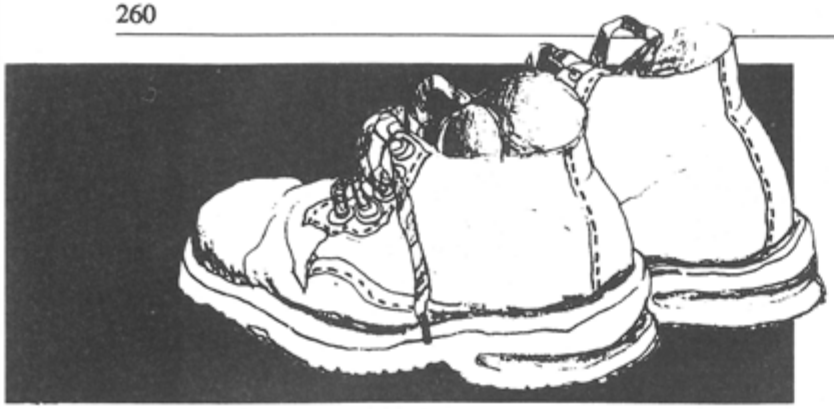
Men det som gjorde størst inntrykk på sosialkonsulenten, og seinere også på meg, var noe som denne kvinnen sa på slutten av besøket. "Hun hadde aldri noen gang tidligere kunnet gå i butikken og kjøpe noe kontant. Alt var tidligere kjøpt på krita, mot løfte om levering av reinskjøtt og skinn seinere". Og barna, fortalte sosialkonsulenten, sto på trappa og vinket farvel til ham da han kjørte avgårde.

Dette var ett av mange eksempler. Det er ikke mange ting som er så helseskadelig for et menneske som fattigdom, som det åpenbart var mye av også så seint som for 25 år siden - i Norge. Alle trenger vi en økonomisk basis. Sosialhjelp føles ofte nedverdigende, kanskje spesielt fordi den behovsprøves med 1 eller 2 ukers mellomrom. Uføretrygd/alderstrygd oppfattes helt annerledes, som en rettighet, som noe en har krav på. Når denne er innvilget kommer den i posten en gang i måneden.

At det kan skje/skjer misbruk, kan vel ikke unngås. Tidligere trygdedirektør Alexander sa en gang i et foredrag at i følge normalfordelingskurven - den Gausske kurve - så ville det være 5-7% misbrukere, men tilsvarende ville 5-7% ikke få de ytelser som de ellers hadde krav på. Men det er slik her i livet at det er lett å slå ned på misbruk blant de svake og sosialt dårlig stilte, mens mange av de sterke, bedrestilte går fri. Noen ganger er det kanskje behov for noen og enhver å sette seg ned i sitt lønnkammer å tenke over saker som dette. Nå skal det offentlige spare penger. Det vil også berøre de rettigheter som folketrygden innførte i vårt samfunn i 1967 og som etterhvert er utvidet bl.a. ved vedtak i RTV eller avgjørelser i Trygderetten.
Men hvem skal det gå utover?.
De svake? De funksjonshemmede?
"Misbrukerne"? Jeg bare spør.

Fylkeslege
Odd H. Lien
Kongensgt 21
Postboks 443
1501 Moss

❑



Militærstøvler og mikrober

Av Tore Midtvedt

Kollega Lodvar Bleken har i 2 interessante artikler her i "Utposten" (1,2) fortalt om egne og andres erfaringer av noe som vel best kan karakteriseres som bakteriell antibakteriell behandling (eller mikrobiell antimikrobiell behandling, om man skal være helt korrekt). For en som til daglig sysler med medisinsk mikrobiell økologi er det gledelig å se at tanker om et mer balansert syn på våre venner mikrobene vinner fram. Bleken fortjener mye ros både for sin observasjonsevne og for sin entusiasme. Den sistnevnte synes imidlertid å være såpass stor at det er fristende - og muligens også nyttig for saken - å knytte noen generelle kommentarer til problemet bakteriell antibakteriell behandling (BAB).

Professor Tore Midtvedt f. -34, er spesialist i medisinsk mikrobiologi. Han arbeider ved Karolinska Institutet i Stockholm.

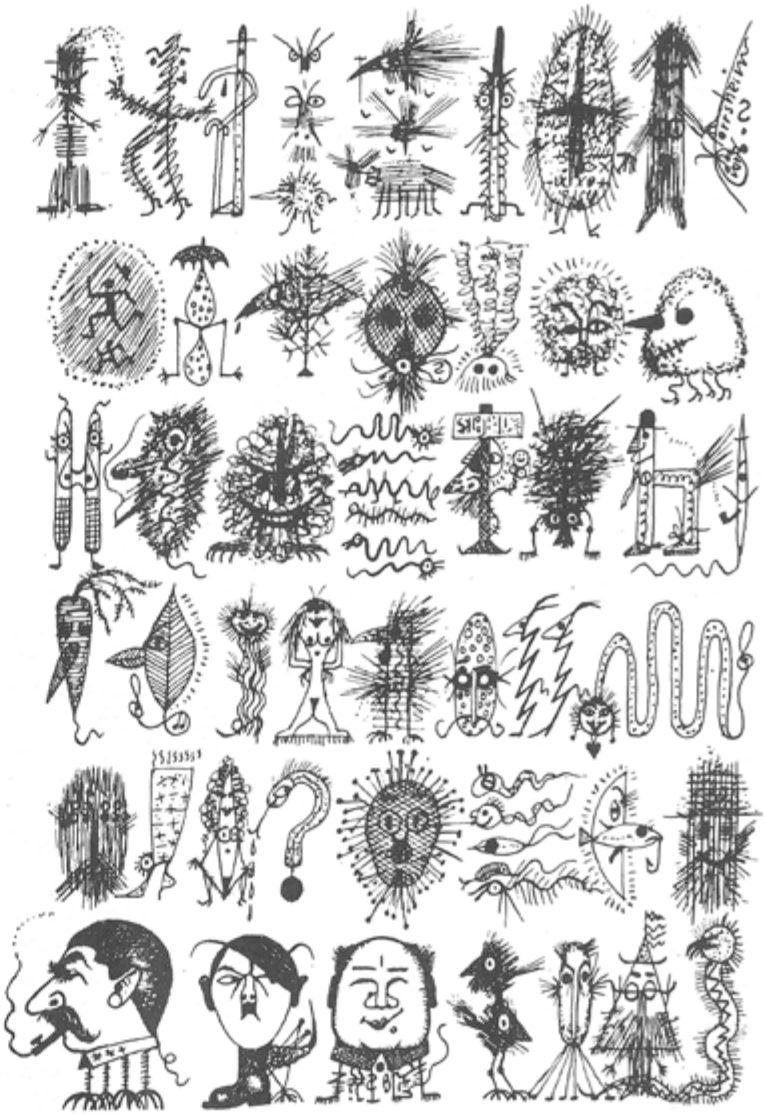
Foto: NTB

BAB baseres på 2 aksiomer:

1. Bakterier er bakteriers verste fiender (frende er frende verst).
2. Bakterier kan være våre venner/fiender.

Begge aksiomer er egentlig ganske selvinnlysende - om man tenker etter. Det finnes ingen livsformer som er så livskraftige som bakterier. En eneste liten Escherichia coli (den bakterien som de fleste mennesker normalt har i sin tarmflora og som også er den hyppigste bakterielle enkeltårsak til f. eks. urinveisinfeksjoner) kan bli en masse større enn hele jorden på under 1 1/2 døgn - om den får fri næringstilgang og ingen andre bakterier kommer og ødelegger for den. E. coli står på ingen måte i noen særstilling. De fleste bakteriearters vekstpotensiale er nesten ufattelig stor. Ved nærmere analyse har det vist seg at bakterier er vesentlige faktorer i alle økosystemer. Når de ikke totalt tar over i alle slike systemer, skyldes dette i vesentlig grad nettopp aksiom nr. 1, nemlig at frende er frende verst. Det viktigste reguleringsprinsipp i f. eks. all human normalflora er faktisk substanser som lages av mikrober og med hemmende effekter på andre mikrober. Dette er gamle og velkjente prinsipper som i århundrer har vært utnyttet i folkemedisinen verden over.

Det er for så vidt ingen skade skjedd om det gjenoppdages - eller fokuseres på - i Lillehammer i 1990. Gode ting kan som kjent ikke gjentas for ofte. Bleken mener imidlertid at man her "står på stranden av et stort nytt kontinent som fortoner seg som en hvit flekk på det medisinske kart" (2). Til det har jeg kort lyst til å bemerke at der nok har vært adskillige oppdagelsesreisende allerede på dette kontinentet. Det er neppe noe område innen medisinen hvor der har vært og er en slik systematisk og intensiv oppdagerjakt som nettopp området BAB. Formuleringen



Ymse basiller og virus-typer, sterkt forstørra og forstyrra!

Ill.: Oddvar Torsheim

"substans laget av en mikrobe og med hemmende effekt på andre mikrober" - og med tillegget "i konsentrasjoner som tåles av vertsorganismens celler" ble først framsatt av streptomycinets oppdager dr. Waksmann for ca. 50 år siden og har senere vært definisjonen på et antibiotikum. Det er framstilt noen titusentalls ulike antibiotika hvorav noen hundre har kommet til klinisk anvendelse. Hele det store terapeutiske armamentarium som vi har i våre antibiotika er en elegant og medisinsk sett ganske brukbar utnyttelse av aksiomet "frende er frende verst". Det er blitt antatt (og det er etter min mening fremdeles ganske gode grunner til å gjøre det) at det terapeutiske resultatet er noe mere forutsigbart når man renframstiller de antibakterielle prinsippene enn når man bruker råsubstansene. Prinsipielt behøver det ikke å være noe skille mel om den antibiotikaholdige hudsalven og innholdet i en velbrukt militærstøvel; men det er som nevnt en rimelig grunn til å anta at innholdet i den førstnevnte er mere forutsigbart enn i den sistnevnte.

Jeg aksepterer selvfølgelig at det viktigste er å få pasienten frisk. Kan dette skje ved hjelp av f. eks. surmelk mellom tærne så gjerne for meg. Noen vesentlig fare ved at folk på Lillehammer eller andre steder øker anvendelsen av surnede melkeprodukter kan jeg for så vidt ikke se. Produktene fra Norske Meieriers Salgssentral er gjennomgående så standardiserte og velkontrollerte at jeg tror ikke at det vil skje noen spredning av medisinsk sett "farlige" bakterier. Det vil si, jeg vil gjerne gjøre unntak for visse streptokokkholdig melkeprodukter, store sårflater og også for den økende gruppen med immunosupprimerte pasienter. Til Blekens spørsmål "Ville immunsupprimerte pasienter få infeksjon av lactobaciller?" (2) er mitt svar ganske enkelt at infeksjoner fremkallt av laktobaciller forekommer hos slike pasienter. Jeg tillater meg å underbygge påstanden med å henvise til en artikkel hvor en del av vår viten på dette området blir oppsummert (3). I tillegg tror jeg som nevnt at man bør vise en spesiell respekt for streptokokkholdige melke-produkter. Spredningsevnen hos visse streptokokkstammer bør ikke undervurderes - noe som allerede Semmelweiss pekte på.

I tillegg tror jeg at det er berettiget klart og skarpt å advare mot en del av de anektotiske anbefalingene som Bleken kommer med. Hotellverten som anbefalte avføring på betente sår bør bli et enkeltstående tilfelle fra "dalom", det samme bør budeia som stakk verkefingeren ned i kumøkk. Og da tenker jeg ikke på det estetiske i deres handlingsmønster, men på de rent medisinske konsekvensene. Selv om mange mikrober er våre venner, så skal vi ikke undervurdere dem som fiender. Aksiom nr. 2 sier jo klart og tydelig at mikrobene også kan være våre fiender. Avføring kan inneholde mer enn nok mikrober til raskt og effektivt å uskadeliggjøre både hotellverter og budeier. Det viktigste er at vi ikke vet - eller kan forutsi - hva den inneholder. Dessuten, balansen i en avføringsflora er avstemt til tarmen og ikke til betente sår eller verkefingre, selv ikke hos hotellverter eller budeier.

Så tilbake til syrnede melkeprodukter. Det er vel neppe noen bakteriegruppe som er så omstridt som nettopp dem som inngår i slike produkter. Historisk sett var tilsats av laktobasiller til melk en elegant måte å forlenge holdbarheten av melken; dessuten kunne det jo smake godt. Den potensielle medisinske betydningen av slike bakterier ble først fokusert på av den russiske vitenskapsmannen Elie Metchnikoff som for ca. 100 år siden arbeidet ved Pasteur-institutt i Paris. Han framsatte bl.a. hypotesen om at antatt langt liv hos visse folkegrupper på Balkan og i Kaukasus muligens kunne skyldes deres bruk av syrnede melkeprodukter.

Det var en teori som ble grepet med stor begjærlighet av datidens helseprofeter - og også av reiselystne vitenskapsmenn. Jakten på de mest velegne-

⇒

de laktobacillene begynte, og mange stammer har siden vært vel bevarte hemmeligheter ved produksjonsmeierier verden over. Det er nesten helt gått i glemmeboken at Metchnikoff selv brukte mye av sin gjenværende yrkesaktive periode til å avdempe "surmelkhysterien", men uten at det hjalp det minste (4).

Som økolog kan jeg ikke la være å forbause meg over hvor mye man tror og hvor lite man fremdeles vet om laktobaciller og deres betydning for vår helse. For 2 år siden arrangerte vi her i Stockholm et symposium med tittelen "The regulatory and protective role of the normal microflora". Vi benyttet anledningen til å la en ledende laktobacilleforsker, Patrica Conway, holde et foredrag med tittelen "Lactobacilli: Fact and fiction". Foredraget er nå trykket og anbefales lest (5). Det er en god veiviser i det vell av kontroversiell viten som vi har om våre venner laktobacillene. I all beskjedenhet kan nevnes at vi nå forsøker å få fram ny viten om slike bakterier. Vi har sluppet flere av de stammene som Bleken nevner inn på våre bakteriefrie rotter og mus for å studere om, hvor og i hvilke antall de etablerer seg hos dyrene og hva de gjør for sine verter, om de representerer noe forsvar mot mere patogene bakterier, osv. Dette er et langsiktig arbeid, men den store fordelen vi har er at vi kan gjøre det under kontrollerte betingelser og at vi kan følge veldefinerte parametre. Kollega Bleken har det udelt mye vanskeligere. Han er henvist til observasjoner gjort på et svært varierende pasientklientell. Med all respekt for Blekens observasjonsevne og evalueringslyst tror jeg at det er grunn til å minne om og å understreke at BAB er et skarpt, men tveegget sverd. Mikrobene i en militærstøvel kan sparke tilbake både hurtig og kraftig. I ett av budene i "Lovene for anvendt mikrobiologi" heter det at "Ingen mikrober er dumme", i et annet at "Mikrobene er klokere enn du" (6).
I prøverøret eller forsøksdyret er dette repeterbare og reparerbare erkjennelser - noe det ikke alltid er i behandlingen av enkeltpasienter. Reelt sett representerer en ukritisk anvendelse av BAB en minst like stor (noen ganger større) fare for enkeltpasienten som en ukritisk anvendelse av antibiotika. Det å drive Djevelen ut med Belzebub eller mikrober med militærstøvler er ikke det letteste man kan gi seg i kast med. Men det er rosverdig at noen forsøker - på seg selv!

Litteratur

1. L. Bleken: Militærstøvlen som førte til revolusjon i min behandling av overflatiske infeksjoner. Utposten 18: 308-309, 1989.
2. L. Bleken: "Militærstøvlene" - del II. Utposten 19: 138-139, 1990.
3. M.E. Sherman, m.fl: Laktobacillus. An usual case of Splenic Abscess and Sepsis in an Immunocompromised Host. American J. Clinical Pathology, 88: 659-662, 1987.
4. D.J. Bibel: Elie Metchnikoff's Bacillus of Long Life. ASM News 54: 661-665, 1988.
5. P. Conway: Lactobacilli: Fact and Fiction. Trykket i: "The Regularory and Protective Role of the Normal Microflora". Mac Millan Press Ltd, s. 263-281, 1989. ISBN 0-333-48889-X.
6. S. Omura: Philosophy of New Drug Discovery. Microbiol. Reviews. 50: 252-260, 1986.

Professor Tore Midtvedt
Institutionen för medicinsk mikrobiell ekologi,
Karolinska Institutet
Stockholm ❑

Solstrandprisen 1991

Har dere noe på hjertet, noe som engasjerer dere og som angår faget vårt?

I forbindelse med Solstrandkurset -91 utlyses det en prisoppgave.
Vi oppfordrer enkeltpersoner eller grupper (f. eks veiledningsgrupper, gruppepraksiser) til å sende inn manuskript til en forelesning om et selvvalgt allmennmedisinsk emne med anvisninger om presentasjonen (overhead, lysbilder e.l.) Emnet kan være fra allmennmedisinsk klinikk, forskning, etikk, administrasjon, fagpolitikk etc.

Besvarelsen vil bli vurdert av kurskomiteen.

Beste besvarelse blir belønnet med 3000 kr, og vinneren vil bli invitert til å presentere besvarelsen i form av en forelesning under Solstrandkurset, uke 22.

Manuskriptet bes lagt i kodet konvolutt, og navn og adresse på forfatteren bes lagt i en lukket konvolutt merket med samme kode. Svarfrist 10. april -91.

Minikongress.

I tillegg vil det i 1991 bli holdt minikongress/frie foredrag.
De som har ideer til prosjekter innen allmennmedisinsk forskning bes sende inn resyme.
Frist til påmelding 10. april 1991.

Manuskripter og resymeer sendes til
Solstrandkurset 1991 v/Marit Hafting, Nyresbaret 19, 5700 Voss.

Kurskomiteen.

TEMA:
Ungdom og helse

Trenger vi skolehelsetjenesten?

Anders Grimsmo: Forebyggende helsearbeid i skolen. Kommuneforlaget, Oslo 1989.

I en tid da man i større kommuner diskuterer om skolehelsetjenesten bør nedlegges på grunn av økonomisk krise, har Anders Grimsmo skrevet en bok om forebyggende helsearbeid i skolen. Boken er et resultat av et effektiviseringsprosjekt, finansiert av Sosialdepartementet med Gruppe for helse-tjenesteeffektivisering i kommunene som initiativtaker. Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av kommunelege Anders Grimsmo, helsesøstrene Nora Kramer og Randi Selnes, skolefysioterapeut Astrid Negård og pediater og skoleoverlege Karl-Erik Larsen.

Målsettingen var å utarbeide en enkel håndbok med en beskrivelse av eksakte arbeidsrutiner for skolehelsetjenesten. Gruppen fant at dette var umulig i hovedsak fordi enkle og fastlagte rutiner ikke er egnede redskaper til å løse de oppgaver skolehelsetjenesten bør arbeide med. Boken har derfor fått mere preg av en lærebok. Den består av 17 kapitler med en god innholdsfortegnelse som gjør den egnet til oppslagsbok. Hvert kapittel avsluttes med referanselister. Lay-outen er god med oversiktlige, velordnede overskrifter og avsnittsinndeling, samt veiledende stikkord i margen.

I boken formuleres følgende hovedoppgaver for skolehelsetjenesten:

- Bedring av skolemiljøet
- Helseovervåking av den enkelte elev
- Tilrettelegging for barn med spesielle behov
- Helseopplysning

Skolen betraktes som elevenes arbeidsplass og skolehelsetjenesten får samme oppgave overfor elevene som bedriftshelsetjenesten i en bedrift. Det foreslås bl.a. opprettelse av et skolemiljøutvalg. Boken inneholder en interessant diskusjon av mulige sammenhenger mellom skolemiljø og helse.

Forfatteren gir en grundig evaluering av de screeningundersøkelser som vel i dag de fleste steder har vært legens hovedinnsats innen skolehelsetjenesten. Resultatet er at i forhold til WHO's kriterier vil bare to undersøkelser stå igjen som nyttige og nødvendige, nemlig synsundersøkelse og høydemåling ved skolestart. Forklaringen på dette er bl.a. at helsetilstanden blant skolebarn har endret seg og at helsestasjonen i stor grad fanger opp sykdommer som tidligere ble påvist i skolen. Likevel anbefaler forfatteren målrettet helseundersøkelse av elever både i førskolen/1. klasse og i 8.-9. klasse.

Behovet for strukturert tverrfaglig samarbeid understrekes. Jeg tror forfatteren har rett når han hevder at samarbeidet mellom skolehelsetjenesten og skolen til nå har vært lite utbygd, og at det har fungert tilfeldig mange steder.

Det fremheves at skolen er spesielt egnet i det forebyggende helsearbeid og at skoletiden er spesielt egnet tidspunkt for helseopplysning og påvirkning av adferd. Det er egne kapittel om egenomsorg og selvhjelp, samt arbeid i grupper. Under kapitlet Helseopplysning i skolen slår forfatteren til lyd for at skolehelsepersonell bør anskaffe seg mønsterplanen (M 87) og gjøre seg kjent med den. Mønsterplanen pålegger skolen helseopplysningsarbeid og samarbeid med andre organ i lokalsamfunnet. Det påpekes at det er en viktig oppgave for skolehelsetjenesten å være pådrivere for et lokalt utviklingsarbeid i helseopplæringen. Skolehelsetjenesten bør se til at undervisningen i helsespørsmål blir ivaretatt på en faglig forsvarlig måte. Helsepersonellet bør delta i planleggingen av undervisningen. Helseundersøkelsen, spesielt i ungdomsskolen er ment i første rekke å ha et pedagogisk innhold.

Boken avsluttes med et kapittel om utvikling av et program for skolehelsetjenesten. Dette er svært omfattende og det er derfor betimelig at forfatteren anfører at man må tenke langsiktig, prioritere strengt og konsentrere seg om bare noen få saker om gangen.

I innledningskapitlene reises spørsmålet: Trenger vi en skolehelsetjeneste? Spørsmålet besvares med ja, men den må være ganske annerledes enn den tradisjonelle skolehelsetjeneste som vel i dag er praksis de fleste steder. Det er prisverdig at man har gått så grundig til verks og sett med kritiske øyne på alle de etablerte rutiner og undersøkelser som vi har holdt på med i alle år.

Mine innvendinger mot boken er få. Av og til savner jeg en noe bredere fremstilling av de studier som danner grunnlag for viktige konklusjoner, men referanselistene gir jo mulighet til selvstudium.

Min konklusjon er at boken er inspirerende lesning og en god veileder på en rekke områder. Den peker på mangelen på forskning og fagutvikling innen skolehelsetjenesten, og det er å håpe at boken kan representere en inspirasjon for flere til å arbeide med disse spørsmålene.

Målgruppen for boken er anført å være først og fremst helsesøstre, leger og fysioterapeuter. Den bør også kunne interessere de som skolehelsetjenesten skal samarbeide med, både lærere, ansatte i PP-tjenesten og sosialarbeidere. Boken vil være et nyttig redskap for planlegging innen kommunehelsetjenesten og anbefales.

Kommunelege
Anne Wyller Shetelig
7060 Klæbu ❑

Helseatferd og sosial ulikhet

Kari Bjerke Karlsen er konst. avdelingsleder i Avdeling for helseopplysning, Statens helseundersøkelser. Cand. sosiol. 1988.
Hovedinteresser innen helse: medisinsk sosiologi, kultur- og kjønnsforskjeller, sosialt nettverk, fysisk aktivitet, kommunikasjon, metodeutvikling.

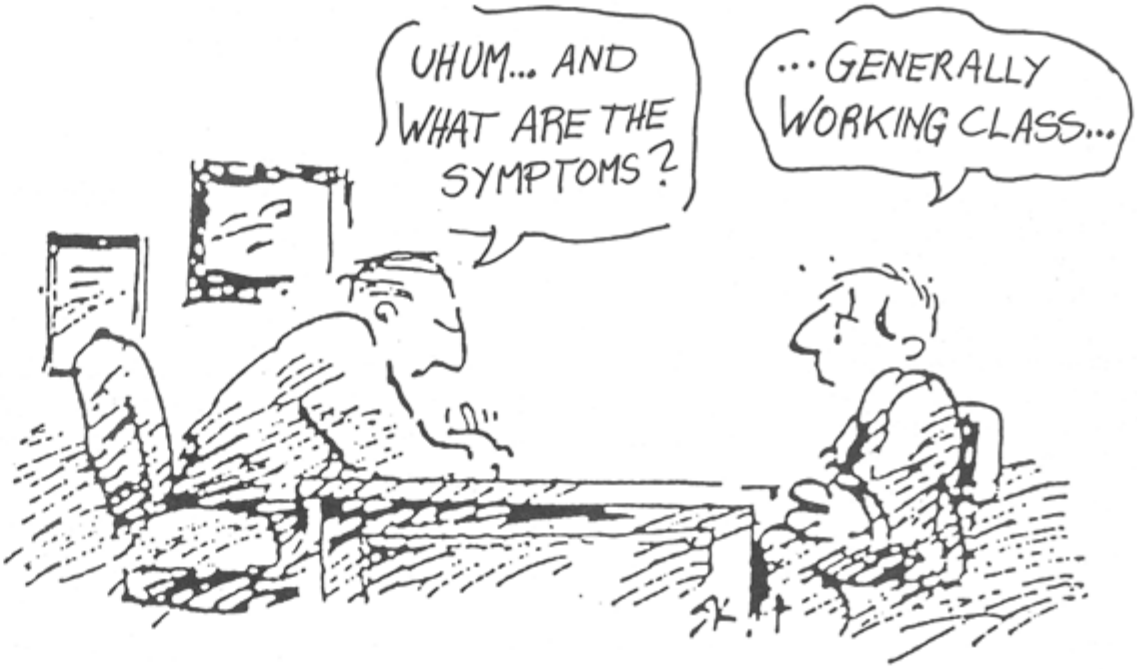
Det gamle klasseskillet ved Akerselva i Oslo eksisterer fremdeles. På østkanten bor de dårligere, tjener mindre, har lavere utdannelse og lever kortere enn "fine folk" fra vestkanten. Hvorfor folk med lav sosioøkonomisk status synes å foretrekke å leve et ikke-helsefremmende liv, er ennå ikke nok kartlagt og beskrevet av forskere. Mange studier er basert på kvantitative metoder som kun forteller *at* det eksisterer ulikheter i helseatferd. Vi vet også at det eksisterer subkulturelle særtrekk i befolkningen, og at det som én sosialgruppe betrakter som høy verdi (f. eks. å være en ikke-røyker), blir betraktet som en lav verdi hos en annen sosialgruppe.
Det å røyke synes for noen å *ikke* være noe verre enn "alt annet som er farlig" i dagens samfunn. Det "sosiale arvet" reproduseres gjennom generasjoner.

Av Kari Bjerke Karlsen

Levekårsundersøkelsen i 1987 tar for seg bl.a. endringer i levekår for ulike sosio-økonomiske grupper (beregnet etter standarder for sosio-økonomisk status; statistikk nr. 5). Forskjeller i levekår knytter seg først og fremst til arbeidsmiljø, lønnsforhold, sysselsetting, utdanning, boforhold og fritidsaktivitet. Ufaglærte arbeidere og selvstendige har dårligst helse, mens funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå har best helse. Ufaglærte og faglærte arbeidere, gardbrukere og fiskere har også dårligst fysisk arbeidsmiljø. Best fysisk arbeidsmiljø har funksjonærer på mellomnivå og høyere nivå.

Statens helseundersøkelsers resultater fra 2. screeningrunde i fylkene Finnmark, Sogn og Fjordane og Oppland viser bl.a. at ekteskap "beskytter" mot høyt forbruk av sigaretter og høyt blodtrykk. Personer som var ugifte ved begge screeningrunder hadde høyere blodtrykk enn gjennomsnittet i alle tre fylkene. Blodtrykket var også høyere for de som forble ugifte enn de som ble gift i tidsrommet mellom 1. og 2. screeningrunde. Personer som ble skilt ved 1. screening hadde et høyere sigarettforbruk enn gjennomsnittet. Blant gruppen som røykte og var ugifte ved 1. screeningrunde hadde de som hadde inngått ekteskap mellom 1. og 2. screeningrunde redusert sitt sigarettforbruk mer enn de som forble ugifte. Skiftarbeidere og arbeidsløse hadde også et høyere røykeforbruk og et høyere blodkolesterol enn de øvrige.
Separerte og skilte kvinner røyker mer enn andre.

I en artikkel i "Journal of Health and Social Behaviour" (-89), forsøker forfatteren Verbrugge å forklare empiriske kjønnsforskjeller i helse og dødelighet i Detroit. Kvinners sykelighet og dårlige helse syntes å være påvirket av sosiale faktorer. Risikofaktorer var liten eller ingen yrkestilknytning, generell opplevelse av mistrivsel, lav selvtillit og en følelse av å "ikke strekke til" og fysisk inaktivitet. Når disse faktorene ble endret i positiv retning, økte også kvinnens velvære og symptomer på sykelighet og kroniske plager gikk ned.
Menns risikofaktorer lå forankret i røyking, alkoholforbruk, jobb, stress og tidspress. Årsaksforklaringer for menns høyere dødelighet har ofte blitt studert av både epidemiologer og samfunnsvitere. Hva som ennå ikke er klarlagt er



interaksjonen mellom biologiske og sosiale faktorer og hvordan disse påvirker menn og kvinners risiko for sykelighet og dødelighet. Et annet spørsmål som forfatteren reiser er hvordan ulike risikofaktorer eller "life-events" for menn og kvinner akkumulerer seg over tid og hvordan dette samspiller med ulike rolleoppfatninger, mestringsteknikker og sosial eksponering. På dette området trenges mer forskning. I "Journal of Social Science and Medicine" (-89) vises det til en nasjonal studie over sammenhengen mellom hjerte- og kardødelighet, sosial status og kjønn. (Årsgruppen 25-65 i perioden 1970-80). Uheldige miljø og sosio-økonomiske faktorer viste seg å være årsakene til de store forskjeller i hjerte- og kardødeligheten. Forskerne hevder at for å redusere disse ulikhetene må man sette igang miljøtiltak med den målsetting å styrke de ressurssvakes situasjon. Forskerne vektlegger også at tiltakene må lokalbaseres, nettopp fordi problemenes art varierer fra lokalsamfunn til lokalsamfunn.

Miljøetatens by-diagnose (-89) avslører store forskjeller i helseatferd mellom de ulike bydelene i Oslo. Høystatusgruppenes bosted, utdannelse og gode inntekt fører til at de røyker mindre, har et bedre kosthold og er mer fysisk aktive enn folk med lavere status. Helsetilstanden er forøvrig dårligst i de indre østlige bydeler og best i ytre vest. Årsakene til hvorfor det er slik, har ikke Miljøetatens ekspertgruppe klare svar på. De hevder imidlertid at noe av årsakene kan bero på forskjeller i opplysningsnivå og kunnskap, ulikheter i verdiprioriteringer og ulik evne til å basere sin atferd på langsiktige mål. Helseopplysningen i sin tradisjonelle språk- og formidlingsform vil trolig heller *øke* enn minske de eksisterende helseulikheter. De ressurssterke er raskere til å tilegne seg ekspertkunnskapen. "Ovenfra-og-ned" perspektivet og den kulturelle avstanden rammer ikke denne gruppen.

Studier viser også at sosial mobilitet er forholdsvis sjeldent mellom klassene. Rogoff Ramsøy viser i sin bok "Sosial mobilitet i Norge" at Norge ikke skiller seg ut fra andre industrialiserte samfunn når det gjelder sosial mobilitet. Det er f. eks. ingen tegn til at utdanningsnivået oppnådd av yngre menn er mindre avhengig av deres sosiale bakgrunn enn hos eldre menn. Blant menn født -21, -31 og -41 er sammenhengen mellom mannens utdanningsnivå og farens utdanning like sterk. Dette forteller i hvilken grad gjeldende sosial ulikhet gjentar seg og blir bevart fra den ene generasjon til den andre; det sosiale arvet. Ulikheten i livssjanser har holdt seg konstant. Sosial mobilitet blir ofte betraktet som en negativ verdi i arbeiderklassen i motsetning til middelklassens positive verdioppfatning.

De sosio-kulturelle endringene i Norge idag synes å slå mest dramatisk ut i bygdebyene. Byene har spredt seg utover, og de sentrale strøkene er også i ferd med å endre karakter. Nye livsstiler utvikler seg. På grunn av den sosiale segregeringen er det ikke slik at en finner et tverrsnitt av samfunnets sosiale grupperinger i hvert strøk. Ofte finner man subkulturelle forskjeller i de ulike strøk i landet. Gullestad hevder at mange sosiale møter er preget av forvirring og usikkerhet om hva slags regler som skal gjelde. Heller enn normløshet er det ofte normforvirring som rår. I bygdebyen såvel som i byens ulike strøk møtes mennesker med ulik bakgrunn, ulike yrker, ulikt livsløp og ulik livsstil.

⇒

Den sosio-kulturelle sykdomsoppfatningen viser at sykdom er påvirket av sosiale og kulturelle teorier. Sosial oppløsning, isolasjon og mangel på sterke nettverk synes å forekomme hyppigst i de lavere klasser. Sosiologisk kan mangel på solidaritet og samhold i befolkningen skape store variasjoner i livsmønster og moralsk orden. Dette vil i sin tur virke inn på folks holdninger til levevaner og tettheten i det sosiale nettverket.

På den annen side synes arbeiderklassekulturen å være mer åpen for sosial kontakt, varme og nærhet enn middelklassekulturen. Flere studier viser også en sterkere vektlegging på tette og nære familiebånd, hyppige kontakter og følelsesmessig støtte i krisesituasjoner. De høyere klasser har ofte en høyere tilgjengelighetsterskel for sosial kontakt. Gullestad snakker i sin bok om symbolske "gjerder". Disse "gjerdene" forteller bl.a. om tilgjengelighetsgrensen for sosial kontakt i arbeiderklassen og middelklassen. Samhandlingsstilen og samtaletemaer er som oftest ganske forskjellige blant de ulike lag av befolkningen. I middelklassekulturen kommer også sjelden slekta på besøk uten formaliserte avtaler. I arbeiderklassekulturen kommer og går slekta som de vil. Den sosiale kontrollen er også sterkere i sistnevnte.

Enkelte teorier hevder at individers helseatferd og sosiale atferd generelt er kontrollert og bestemt av samfunnets sosio-økonomiske struktur og den ideologi som produserer og reproduserer samfunnsstrukturen. Dette perspektivet synes å fremheve individets begrensede valgfriheter. I motsetning til dette fremhever Max Weber at sosiale verdier, frihet, uavhengighet, motivasjon og mål, former individets sosiale atferd. Han understreker at for å kunne tilhøre en spesiell statusgruppe, er det forventet å adoptere gruppens livsstil, atferdsmønster og materielle interesser. Han sier videre at det er meget innlysende at helsefremmende livsstil er en del av både middel- og overklassens verdier. De har både ressurser, motivasjon og ønske om å opprettholde et slikt atferdsmønster.

Det synes også å være en sammenheng mellom yrkestilknytning, grad av selvbestemmelse og helseatferd. Dess større medinnflytelse og egenbestemmelse over arbeidsoppgavene, dess større intellektuell fleksibilitet og kreativitet både i forhold til seg selv og omgivelsene. I en fransk studie fant de en forskjell mellom manuelle (den tradisjonelle arbeiderklassen) og ikke-manuelle arbeidere (middelklassen). Arbeiderklassen syntes å ha en "somatisk kultur" som innebar en negativ "sosial forståelse" av kroppen og at ytre faktorer påvirket dem uten at de selv hadde egenkontroll. De brydde seg lite om hva kosthold, fysisk aktivitet og generell "kroppspleie" betydde for helsen. Kropp og sjel var delt i to sfærer som ikke hang sammen.

Kropp og språkform avgir en egen kommunikasjon - og signalverdi om hvordan de mentale, sosiale og kulturelle verdier visualiseres og manifisteres. På denne måten vil ulikheter mellom klassene forsterkes og likheter innad i ens egen klasse reproduseres pga. søken etter identitetsbekreftelser, tilhørighet og symboler. Klesdrakt, språk, gester og atferdsmønster bærer budskap om hvem vi er. Kun personer som oppfatter seg som like, kan bekrefte hverandres identitet og menneskeverd. "Utestengning" eller "utfrysing" er en måte å beskytte ens sosiale identitet, definert som referansegruppe. Om en person opptar verdier utenfor den "sosiale molekyle", kan dette innebære en fare for å ikke lenger være "en av oss". Gulrotjuicen og joggedressen synes ikke å være inngangsbilletten til enhver klassekultur.

Andre undersøkelser viser også et ulikt begrepsapparat i de sosiale klasser når det gjelder helse. Disse beskriver mer dyptgående at helse må betraktes som verdi. Blant de høyere klasser ble god helse definert ved muligheten av å oppnå personlig velvære og vitalitet. Helse ble vurdert som et mål i seg selv, selve lykken i livet. De lavere klasser definerte helse som kun fravær av sykdom og derigjen kroppens muligheter for å utføre arbeid (spesielt fysisk). Det fysiske fremmedgjøres fra det psykiske, noe som gjør at ugunstig helseatferd som f.eks. røyking, stort alkoholforbruk og feilernæring er noe som tilfredsstiller kun de kortsiktige og umiddelbare psykiske behov. På denne måten objektiviseres også deler av ens personlighet. Hva jeg som person inntar som føde eller drikke angår ikke meg, da først og fremst "mystiske" og skjebnestyrte faktorer bestemmer om jeg blir syk eller ikke. Psykisk velvære er å *ikke* kontrollere behovsutfoldelse. Evnen til å tenke langsiktig med henblikk på forebygging av egen helse synes ikke å være sentrale verdier.

I USA ser man forøvrig en tendens til at sunn livsstil sprer seg gjennom de tradisjonelle klasseskillene. Enkelte mener at begrepet "sunn livsstil" eller "Health Promotion" har fått forankring i allerede felles eksisterende verdier blant de sosiale klasser. Individualisme, egenansvar, åpenhet for endring, sosial og geografisk mobilitet og en jakt etter å være med "i tiden" - tenke nytt, er velkjente verdier i den amerikanske kultur. "The American dream" består i at alle skal ha like store sjanser til å avansere sosialt og til å forbedre sin situasjon. Jogge- og helsestudiobølgen, kroppskulturen, salatbarer og en "ikke-røyk" - trend har spredd seg over til Skandinavia og det sørlige kontinent. I Norge representerer likevel bondesamfunnet en statisk modell i motsetning til den amerikanske dynamiske modellen. Det gode liv er bygget rundt gamle tradisjoner som skaper trygghet, oversiktlighet og en tilbakeskuende stabilitet. Å endre helseatferd kan for noen virke som en trussel mot etablerte kulturtradisjoner og verdier.

Hvordan når vi frem med helseopplysning?

I mange helseopplysningskampanjer har en modelltankegang som betrakter mennesket som den rasjonelle aktøren vært fremhevende. Denne tankegangen forutsetter at den rasjonelle aktøren forstår den direkte forbindelseslinje mellom sykdom og sykdomsatferd. Enkelt sagt vil dette si at når folk er virkelig syke, så oppsøker de lege, er de friske, så holder de seg borte. Disse kampanjene har vært mer eller mindre vellykket. Det er ikke alle som ser så stor verdi av å sikre seg helsemessige goder som ligger 20-30 år frem i tiden. Om en person vet at det er skadelig med mye fett i maten (f. eks. mye smør på brødskiver, helmelk og fleskepølser) og samtidig som denne personen har spist fet mat i mange år, så er ikke den eneste rasjonelle handlingen å *ikke* spise mere fleskepølser eller ha smør på brødskivene. Om han tar bare en pølse til, så endrer dette trolig *ikke* hans helsetilstand i øyeblikket, (faller ikke død om), men det er trolig heller forbundet med glede å spise fet mat, røyke o.s.v.

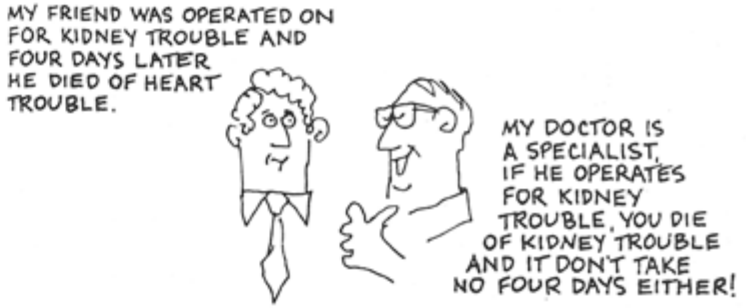
Vi vet at det som oftest *ikke* er den *kontrollerte* og *rasjonelle aktøren* vi har i målgruppen. Han/hun ønsker en rask tilfredsstillelse av behov, og handlinger er ofte styrt av kortsiktige gevinster. Den kollektive bevissthet og solidariteten i de mellom-menneskelige relasjoner er ofte sterk med lite slingringsmonn når det gjelder atferd som avviker fra gruppens verdier og normer. Når det gjelder helseopplysning, er det viktig å forstå at kunnskapen og informasjonen vurderes, tolkes og bearbeides mer grundig og dyptgående i de lavere klasser enn blant de høyere klasser. Det å ha en mening uten at den er festet til gruppens eller referansegruppens grunnsyn er å gå mot de tradisjonelle solidaritets-bånd. Derfor er endringer i atferd og vaner blant disse personene en møysommelig prosess og det er uhyre viktig å ta hensyn til verdier i deres kultur og miljø.

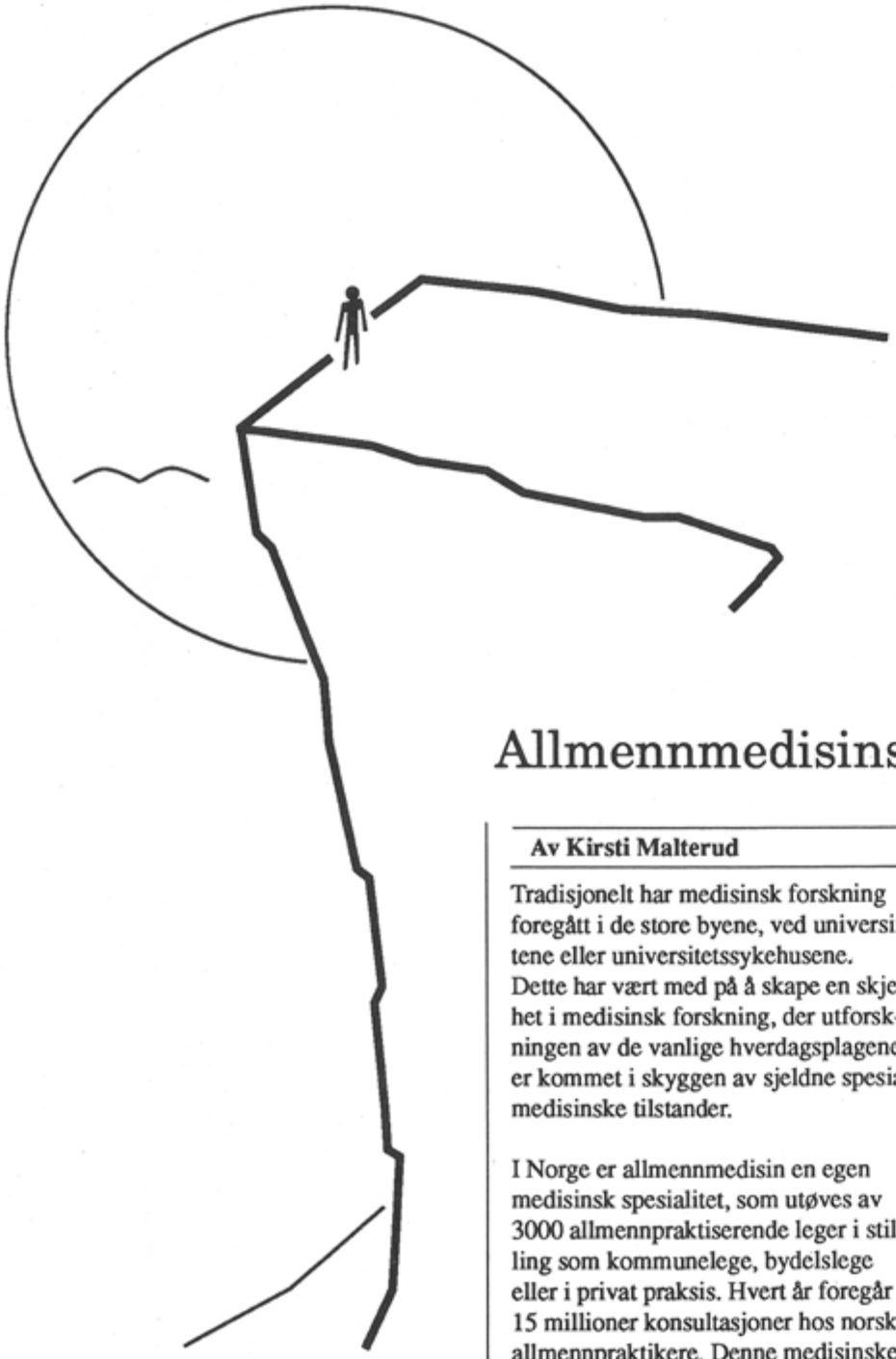
Ved hjelp av flere *kvalitative studier* blant de med lav sosial status, vil man kunne fange opp meningsklima og samtidig få innblikk i de rådende virkelighetsoppfatninger. Budskapet må skape tillit hos mottakerne. For å oppnå dette må enkelte verdier og egenskaper være *felles* for både sender-en og mottakeren. Han/hun må *kunne* noe av det han/hun kan, *forstå* noe av det han/hun forstår. Gjennom samtaler i ulike miljøer, vil man kunne fange opp "passord" som symboliserer en slags *endringsnøkkel*. Helseopplysningen må da bygge disse verdiene inn i sitt budskap, og velge de riktige media for å kanalisere sitt budskap. Ofte kan det være vel så viktig å finne frem til nøkkelpersoner innenfor hver enkel statusgruppe/referansegruppe. Det er ikke alltid helsepersonell som egner seg som helseopplysere. Helsepersonell kan i noen sammenhenger stå som scenearbeidere. De trenger ikke alltid spille rollen fullt ut.

Litteratur

1. National Health Screening Service (Statens helseundersøkelser)
The cardiovascular disease study. Results from second screening-88.
2. Verbrugge, L.M: "The Twain meet, Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality" - Journal of Health and Social Behaviour, vol. 30 s. 282-304, 1989.
3. Peterson, C. og Stunkard, A.J: "Personal Control and Health Promotion" - Social Science and Medicine, vol. 28, no. 8 s. 819, 1989.
4. Abel, T., Cockerham, W.C., et al: "Health lifestyles and Self-direction in Employment among American Men" - Social Science and Medicine, vol. 28, no. 8 s. 1269, 1989.
5. Beteille, A. (Editor): "Social inequality" Suffolk - 1984 (England).
6. Weber, M: "Selections in Translations" (Edited by Runciman, W: Cambridge University Press, 1978).
7. Huch, K.J: "Klassesamfunnet - den onde sirkel" (Oversatt av Dag Østerberg) Cappelen 1977.
8. Hay, Ian H: "Socioeconomic Status and Health Status: A study of males in the Canada health survey" Social Science and Medicine, vol. 27, nr. 12 s. 1317, 1988.
9. Etat for miljørettet helsevern: "For lite sykehusplasser - eller for mye sykdom? Rapport om livsstilssykdommer i Oslo", 1989.
10. Ramsøy, Rogoff N: "Sosial mobilitet i Norge" Tiden norsk forlag, 1977.
11. Statistisk sentralbyrå: "Levekårsundersøkelsen 1989".
12. Hompland, A og Kjølsrud L: "Omsorg i bygdebyen" Arbeidsnotat 1/83, Inst. for samfunnsforskning.
13. Goffman, E: "Vårt rollespill til daglig" (Norsk oversettelse) Dreyers forlag, 1974.
14. Gullestad, M: "Livsstil og ulikhet" Universitetsforlaget, 1985.
15. Hoel, Marit: "Den Kvinnelige arbeidsklassen" Universitetsforlaget 1983.
16. Bergström, B. og Tengvald, K: "Om det sociale nätverkets betydelse for hälsan". Socialmedicinsk tidsskrift nr. 1, 1985.
17. Borbye, M. og Jensen, B.S. et al: "Sociale netværk" Blå serie nr. 1, Kjøbenhavn 1981.

Kari Bjerke Karlsen
Avdeling for helseopplysning
Statens helseundersøkelser
Akersgt. 64,
0180 Oslo 1





AFR

Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke

Forskning og fagutvikling utenfor allfarvei.

Av Kirsti Malterud

Tradisjonelt har medisinsk forskning foregått i de store byene, ved universitetene eller universitetssykehusene. Dette har vært med på å skape en skjevhet i medisinsk forskning, der utforskningen av de vanlige hverdagsplagene er kommet i skyggen av sjeldne spesialmedisinske tilstander.

I Norge er allmennmedisin en egen medisinsk spesialitet, som utøves av 3000 allmennpraktiserende leger i stilling som kommunelege, bydelslege eller i privat praksis. Hvert år foregår 15 millioner konsultasjoner hos norske allmennpraktikere. Denne medisinske virksomheten har et omfang (og etterhvert også et kvalitetsnivå) som betyr at det her finnes rikelig råstoff for utforskning av de vanlige hverdagsplagene. Allmennpraktikeren møter også pasienter med sjeldne sykdommer, men i en annen sammenheng enn sykehuslegen, som kan gi grunnlag for andre erfaringer og forskningstemaer.

De siste 5-10 årene har allmennmedisinsk forskning hatt en løfterik utvikling. Satsningstiltak som korttidsstipend fra Den norske lægeforening og et eget forskningsprogram for allmennmedisin fra Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, har bidratt til såvel rekruttering som kvalitetssikring. Det finnes institutter for allmenn- eller samfunnsmedisin ved alle de norske medisinske fakulteter.

Men medisinsk forskning behøver ikke nødvendigvis finne sted i de store byene. Klinisk forskning har gode vekstvilkår der legen og pasienten møtes, og et vanlig legekontor kan være et førsteklasses hverdagsmedisinsk forskningslaboratorium såfremt forskningen gis kvalitetssikring og tilføres vitenskapelig kompetanse.

Som et forsøksprosjekt etableres fra 1990 en stasjon for allmennmedisinsk forskning og fagutvikling i Ryfylke (Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke - AFR). Forskningsstasjonen etableres i et samarbeid mellom Hjelmeland kommune og Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen.

Hensikten er å sørge for de kulturelle, sosiale, kompetansemessige og materielle forhold som kan muliggjøre en vitenskapelig vekst og nydyrking i det levende primærmedisinske miljøet som i dag finnes i Ryfylke.

Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke etableres for å fremme følgende formål:

- stimulere til initiering, koordinering og kvalitetssikring av større og mindre forskningsprosjekt iverksatt av lokale helsearbeidere i Ryfylke

- fremme en vedvarende kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten i regionen i form av systematisk faglig selvrefleksjon

- bygge opp en fagkultur der vitenskapelig tenkemåte er et naturlig grunnlag for den helsetjeneste som utøves, uansett om primærlegen selv driver forskning

- levere nødvendige impulser og korrektiv til akademisk allmennmedisin angående relevante forskningsoppgaver og strategier

- representere en systematisk forankring og forbindelseslinje til hverdagsmedisinsk virksomhet av betydning for den undervisning som utvikles for de kommende leger i Bergen.

Hensikten er ikke å bygge en stor og ekspansiv virksomhet, men å dra best mulig nytte av disse eksisterende ressurser ved å organisere dem hensiktsmessig.

AFR bygger sin virksomhet på eksisterende ressurser i form av:

- et solid og levende lokalt fagmiljø
- kommunale lokaler og driftsorganisering
- lokale ressurspersoner innen allmennmedisinsk forskning
- universitetspersonell innen allmennmedisinsk forskning
- stipend- og fondsordninger innen Dnlf og NAVF.

I første omgang starter virksomheten i beskjedent og realistisk omfang ved å samle og koordinere lokale forskningsprosjekter som allerede pågår, slik at disse får best mulig vekstvilkår.

Planen er å arrangere kurs og seminarer i Ryfylke knyttet til AFR, dels innføringskurs i forskning og prosjektarbeid for interesserte nybegynnere, dels avanserte forskerseminar (kanskje på internasjonalt nivå) i tilslutning til den spesielle vitenskapelige ekspertise som foreligger blant initiativtakerne til AFR (kommunikasjon i konsultasjonen, lege-pasient-forhold, kvalitative metoder). Lokale forskere vil kunne skape et gjensidig fruktbart forskningsmiljø ved å kunne møtes regelmessig, utveksle ideer, problemer og kompetanse, og bringe impulser tilbake til det kollegiale miljøet. Forskere fra universitetsmiljøet vil kunne komme på regelmessige besøk for individuell og felles veiledningsvirksomhet.

Åpningen ble markert med seminaret "Fra ide til prosjekt", som fant sted i Hjelmeland 11. mai 1990.

For 1990 er følgende personer faglig ansvarlige:

Førsteamanuensis
Kirsti Malterud
Institutt for allmennmedisin,
Universitetet i Bergen

NAVF-stipendiat/kommunelege
John Nessa
Hjelmeland kommune

Allmennpraktiker
Egil H.Lehmann
Kirkegt. 188
5500 Haugesund ❑

Foto: Bygdaposten

Fra åpningsseminaret: John Nessa, Kirsti Malterud og ordfører Håkon Helgøy

Aktive venterom/aktiv ventetid

Ved Sentralsykehuset i Akershus er montere for brosjyrer, plakater, tidsskrifter etc. plassert i sykehusets vestibyle, på venterom ved poliklinikkene og på endel av sykehusets sengeposter.

Tradisjonelt er det aviser og ukeblad som er "lektyren" på vente-og oppholdsrommene. Ved Sentralsykehuset i Akershus har vi satset på å gjøre venterommene og rekreasjonsområdene på sykehuset om til små "Helseopplysningssentre". Vi har drevet denne form for helseopplysning siden 1985. Vårt utvalg av materiell har vi gradvis bygget opp, slik at vi i dag disponerer en "informasjonsbank" med tilbud overfor sykehusets poliklinikker, avdelinger, primærhelsetjenesten og publikum.

En egen informasjonskatalog med oversikt over det materiell som blir benyttet er utarbeidet, og blir revidert årlig. Katalogen har vist seg å være et meget godt verktøy for den som på en lettfattelig måte ønsker en oversikt over brosjyrer og tidsskrifter som er velegnet for venterom.

Katalogen distribueres til alle sykehusets avdelinger, helseinstitusjoner og helsesentra i Akershus. Vi vil også tilby vår katalog til andre sykehus, helsesentre, apotek, folkebibliotek og frivillige organisasjoner.

Katalogen koster kr. 20,-.

Bestilles hos:
Helseopplysningskonsulenten
Sentralsykehuset i Akershus
1474 Nordbyhagen
Tlf. 02/70 22 00,
linje 2849/2948.

«SAMMEN OM DIABETES»

NORGES DIABETESFORBUND *vil samle og styrke diabetesomsorgen. Kliniske ernæringsfysiologer, leger, fotterapeuter, sykepleiere, hjelpepleiere og psykologer er allerede blant våre medlemmer.*

SMART! - for deg og diabetikeren

- kommunikasjon mellom eksperter fra behandler- og brukersiden
- et felles forum for utvikling av ideer
- støtte og midler til forskning og utviklingsarbeid
- gode behandlingsmuligheter og metoder blir tatt vare på og videreformidlet
- byggesteinene er sterk *fagkompetanse* og evne til *nytenkning*.

LETTER ARBEIDET!

Aktuell og ajourført informasjon samlet i tidsskriftene *Diabetikeren* og *Spesial-Diabetikeren* (for helsepersonell).

Brosjyrer, temahefter og *undervisningsmateriell* med lysbilder, video og studiehefter.

Automatisk medlemskap i *Diabetesforum* med tilbud om kurs, seminarer og tverrfaglig samarbeid.

VI VIL HA FLERE MED

☐ JA, jeg vil bli medlem.
☐ Jeg betaler kr. 180,- og får alt som er gitt ut i 1990.
☐ Jeg betaler kr. 90,- og får de gjenstående numrene av Diabetikeren og Spesial-Diabetikeren.

SAMMEN OM DIABETES

Navn.: .....

Adresse: .....

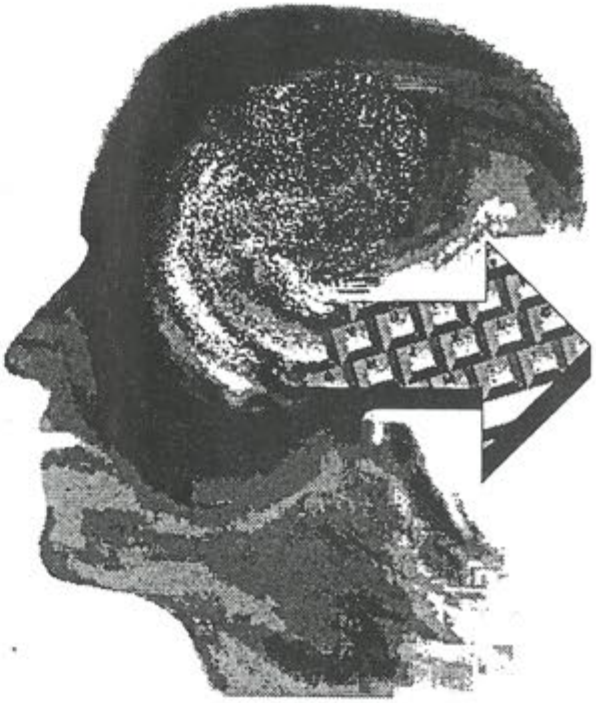
Yrke .....

Klipp ut slippen og send den til: **Norges Diabetesforbund, Østensjøvn. 29, 0661 Oslo 6**

«SAMMEN OM DIABETES»

«SAMMEN OM DIABETES»

Utposten's essaykonkurranse 1990



Juryen har i år mottatt 4 manuskripter til bedømmelse, alle med allmennmedisinske temaer. Temavalget er variert og spenner fra prosapregete egenopplevelser som doktor til allmennmedisinske framtidsvisjoner.

Selv om det absolutt er kvaliteter å spore i de innkomne bidrag, har juryen likevel kommet fram til at ingen av de fire essay fyller de krav som bør settes til en førstepris i konkurransen.

Imidlertid fant juryen at to av bidragene har kvaliteter som bør prisbelønnes. Juryen besluttet derfor i sitt telefonmøte 30.08.90 å utdele to annen-priser, hver på kr. 3000,-, til essayene:

- Fanklubben min
- Spiraler

Fanklubben min (Forfatter Johnny Mjell) tar opp et tema alle primærleger kjenner, nemlig de pasientene som roser en opp i skyene uten å ha den minste grunn til det. Forfatteren beskriver det ubehaget disse pasientene gav han, og hvordan han fant en ny måte å takle dem på. Essayet har således et nyttig budskap, og det viderefører temaet fjorårets prisvinner tok opp - hvordan man kan lære av sitt faglige ubehag. Språklig er essayet greit og lettlest, framstillingen er personlig og humoristisk.

Spiraler (Forfatter Pål Guldbrandsen) spinner på uro for de etiske problemer vår tekniske utvikling kan medføre, spesielt innen genteknolo-gien. Essayet er orginalt, tankevekkende og har dybde.
Temaet er meget interessant og viktig, og selv om juryen har funnet at gjennomføringen ikke står helt i stil med anslaget, fortjener essayet absolutt en pris. Språklig er bidraget noe tungt og uferdig, likevel har det en tankemessig spenst over seg som gjør det til spennende lesning.

Beslutningen er fattet av en enstemmig jury.

Oslo/Rindal/Kongsberg
30.08.90
Åsa Rytter Evensen
Magne Nylenna
Ola Lilleholt
Inger Marie Steinsholt

Fanklubben min blir publisert i dette nr. av Utposten, mens *Spiraler* kommer i nr.8/90.

2 prisvinner av Utposten's essaykonkurranse 1990

2

Fan-klubben min

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

Alle leger har spesielle eller vanskelige pasienter. Noen av mine pasienter har til felles at de av eget ønske oppsøker meg hyppig, og de forteller både til meg og andre hvilken glimrende lege jeg er. Jeg kan ikke gjøre noe med deres kroniske sykdommer, og følte at deres ros var malplassert. Dette ble etterhvert et problem for meg. I min hjelpeløshet omtalte jeg denne gruppen av pasienter "fanklubben" min. Jeg beskriver hvordan jeg lærte meg å lytte til hva som er viktig for disse pasientene, og hva de forventer av meg.

Det begynte for 3-4 år siden som en hjelpeløs spøk. Det var lunchpause. En av pasientene mine hadde - som alltid - gitt oss noen melkesjokolader, og vi kom naturlig nok i snakk om det. Pasienten hadde denne dagen - som alltid - fortalt til alle på venterommet, i ekspedisjonsluken, på laboratoriet og til meg inne på kontoret hvilken "fantastisk" lege jeg var.
Jeg var jo ikke *helt* uenig med ham (når sant skal sies), men jeg følte ikke at det var min behandling av nettopp denne pasienten som eventuelt skulle gjøre meg fortjent til denne beskrivelsen. Snarere tvert om?
Etterhvert var det blitt vanskelig å være lege for denne pasienten. Fra han kom inn døren, til han gikk ut vel en halvtime senere, fortalte han de samme historier hver gang om hvor dyktig jeg var. Og for liksom å forsterke bildet la han inn noen negative beskrivelser av de av mine kolleger som han ikke hadde kommet overens med. Det var bare så vidt jeg kom til orde med noen korte "kle av deg på overkroppen" eller lignende. Og dette gjentok seg ca. en gang pr. måned.....
Jeg var fortvilet og hjelpeløs. På tross av hans lovprisning, kunne jeg ikke se at jeg ga ham noen medisinsk behandling som gjorde ham "friskere". Jeg følte meg som det motsatte av "fantastisk lege".

Under lunchen den dagen kalte jeg ham "formann i fan-klubben min".

Den vanskelige pasient

Per Fugelli har kalt dem vanskelige pasienter (1). I en inndeling Fugelli har referert etter Groves (2) kan min ovennevnte pasient klassifiseres som "avhengig klynger". Fugelli beskriver de avhengige klyngere blant annet slik (1): "Klyngeren bruker gjerne smiger og overdreven takknemlighet. Til å begynne med kan legen føle seg vel med disse pasientene, men med tiden vil det oppstå det Groves kaller slitasje-aversjon".

Nettopp slik var det! De første gangen var det hyggelig å få ros, men det gikk raskt over. Etterhvert følte jeg at nettopp denne pasientgruppen var blant mine vanskeligste pasienter.
Samtidig kjente jeg igjen elementer av det Steinar Westin beskriver ved "spesielle" pasienter (3). Fordi pasienten var så lojal og positiv i forhold til meg som lege - nærmest en levende reklameagent - følte jeg en slags forpliktelse til å yte noe ekstra: gi ham litt ekstra tid, kanskje ta noen flere prøver eller henvise ham til røntgen om han ønsket det.
Men hjelper det meg å klassifisere pasienten? Nei!

Faglige forventninger

Hovedproblemet mitt var at jeg hadde faglige ambisjoner på vegne av pasienten, om at pasienten skulle kunne bli "friskere". Pasienten jeg har omtalt hadde hypertensjon, hjertesvikt og økende nyresvikt. Og han var pensjonist - og danset gammeldans!!
Jeg hadde ikke klart for meg pasientens forventninger, men jeg *trodde* at pasientens hensikt med å gå til lege var at jeg skulle gjøre ham "friskere". Er det ikke det vi lærer på "doktorskolen"?

Flere medlemmer

Etterhvert utnevnte jeg flere pasienter til "medlemmer i fan-klubben". For meg fungerte det som en ventil i min frustrasjon når jeg overfor kollegene og hjelpepersonellet i praksisen kunne omtale pasienten som fan-klubbmedlem.
De fleste av medlemmene var av den "avhengige" (2) typen. Flertallet var kvinner, de fleste over 50 år. Alle hadde kroniske sykdommer. Fra mange av dem fikk jeg stadig blomster, sjokolade eller andre små påskjønnelser. Dette gjorde selvsagt at jeg følte forpliktelsen om gjenytelser enda sterkere.
Felles for dem var at de stadig gjentok hvor fornøyd de var med meg som lege, samtidig som jeg ikke syntes at jeg klarte å gjøre noe for at de skulle bli "friskere". Et annet fellestrekk var at jeg som oftest følte ubehag både før, under og etter at disse pasientene hadde vært på mitt kontor. Det høres kanskje rart ut når jeg forteller at jeg har gjennomgått veiledning i allmennmedisin, jeg har vært med i en videogruppe og jeg mener selv at jeg har utviklet evne til å lytte til mine pasienter. Jeg har også god erfaring med at det å bruke tid til å lytte kan være god behandling.
Hvis jeg nå i ettertid skal forsøke å forklare hvorfor jeg da ble så hjelpeløs i forhold til denne pasientgruppen tror jeg at det er to viktige grunner:
Jeg taklet overhodet ikke det at pasientene under konsultasjonen roste min faglige dyktighet, og ganske raskt utviklet jeg en frustrasjon som virket så faglig hemmende at jeg kom inn i en "vond sirkel".

Medisinens hjelpeløshet

Tiden gikk, og med økende medlemstall kunne det virke nokså håpløst?
Men spesialistutdannelsen i allmennmedisin krever (heldigvis) ett års sykehustjeneste, så "en vakker dag" fikk jeg pause fra fan-klubben. Jeg må medgi at det gjorde godt.
Like før jeg skulle begynne igjen i allmennpraksis deltok jeg på den 6. nordiske kongress i allmennmedisin i Århus. Der hørte jeg Kirsti Malteruds glimrende foredrag "medisinens hjelpeløshet", som senere er publisert i Nordisk Medisin (4,5).
I veiledningsgruppene i allmennmedisin hadde vi jo lest både de tidligere refererte artikler og bøker, og enda noen flere, om våre vanskelige pasienter. Fugelli har gitt en del praktiske råd (1), men jeg hadde altså ikke klart å bruke disse overfor denne pasientgruppen. Kanskje var det tilfeldig, men for meg ble det slik at Kirsti Malteruds foredrag, kombinert med gjensynet med fan-klubben uken etter, ga meg en annen hverdag som allmennpraktiker.

Hva ønsker pasienten hjelp med?

Jeg oppdaget at pasientene i fan-klubben hadde helt andre, og langt mer realistiske, forventninger til meg som lege enn jeg selv hadde hatt.
De hadde alle forsonet seg med sin kroniske sykdom, og de forventet ikke å bli friske. Noen av dem hadde enkle, velavgrensede mål, som for eksempel å få *litt* mindre angst slik at de kunne gå på butikken alene, eller å holde vekten på et akseptabelt nivå.
Malterud skriver nettopp at "De aller nærmeste til å hjelpe oss med å reformulere medisinens ambisjoner, er pasienten selv. Hvis vi kan lære oss å gjøre det subjektive til gyldig kunnskap, kan vi få vite hva som er viktig for dem vi skal hjelpe" (5). Men det krever at vi lytter.
Indirekte eller direkte har helt sikkert disse pasientene gjennom disse årene formidlet hva som er viktig for dem og hva som er deres forventninger, men jeg har ikke oppfattet budskapet, og har derfor ikke gjort pasientenes mål og forventninger til mine. Slik har jeg blitt en hjelpeløs hjelper (4).

Magi

En melodi på en barnekassett har et refreng som er et apropos til en illustrasjon i Malteruds artikkel (4):

"Jeg er den fantastiske feen.
En fe med vidund'li magi.
Du kan godt spørre meg
om et triks i en fei,
men mirakler tar litt lenger tid" (6).

I artikkelen beskriver hun "den magiske forestilling om at medisinen kan gi det fulle og hele svar som garanterer at pasienten er frisk" (4). Jeg tror ikke lenger at dette helt samsvarer med pasientenes tro på våre evner.
Ingen av pasientene i fan-klubben min tror at jeg kan gjøre dem frisk. De fleste av dem har likevel noen forventninger til meg (eller til medisinen?) som jeg oppfatter som magiske.
Mer eller mindre bevisst bruker vi leger en del magiske virkemidler (4), men befolkningens økende kunnskaper begrenser vår bruk av dem. En eldre pasient med normalt blodtrykk ønsker at jeg måler blodtrykket ved hver konsultasjon, en annen at jeg lytter på hjertet eller en tredje at hun får tatt senkningen. Når disse pasientene, på tross av at jeg gjentatte ganger har forklart undersøkelsenes begrensede verdi, fortsetter å be om dem, da fungerer dette kun som magi. Men da kan det vel også være god behandling?

Behandling

".....vi må gjenreise verdien av å trøste og støtte. Vi må lese opp for oss selv at dette er høyverdig legearbeid selv om det ikke leder til helbredelse eller bedring. Vi må ikke føle at vi kaster oss bort når vi bruker to timer i måneden på en vanskelig pasient som vi vet aldri blir særlig annerledes" (1).

Hva var det så disse fan-klubb-pasientene fortalte meg om hva slags hjelp de ønsket fra meg? Hva var det de fortalte - direkte eller indirekte - når jeg

⇒

lyttet til deres budskaper? Nettopp det: De trengte en lege som tok seg tid til å lytte, støtte og trøste. Er nå dette så revolusjonerende, tenker du kanskje? Ja, for *meg* var det revolusjonerende å oppdage at dette var grunnen til at disse pasientene ga meg ros.
En kvinne i 50-årene kommer til meg ca. en gang pr. måned. Hun snakker nesten uavbrutt i ca. 40 minutter. Jeg lytter på brystet for å høre om hennes kroniske bronchitt er blitt verre. Konsultasjonen avsluttes alltid med at hun gir meg en klem (eller er det jeg som gir henne en klem?). I løpet av disse årene har hennes angst blitt redusert slik at hun fra å sitte inne alene hele dagen, og ikke sove om natta, nå kan gå alene i butikker og på byen og sover de fleste netter.
Jeg tror det er god behandling.
En annen kvinne kommer ca. hver annen måned. Jeg lytter til hennes enetale i ca. 30 minutter. Konsultasjonen avsluttes med at hun sier: "Det er så godt å snakke med noen som har tid til å lytte..."
Jeg tror det er god behandling.
Felles for pasientene i fan-klubben er at de har behov for å snakke om sitt liv og sine plager. *De* hadde oppdaget for flere år siden at jeg, uten å vite det selv, kunne dekke dette behov. Samtidig var jeg frustrert og hjelpeløs fordi jeg ikke forsto hvorfor de valgte å komme så ofte.

Ubehag i faget

De pasientene jeg utnevnte til medlemmer av fan-klubben min ga meg ubehag hver gang de kom på mitt kontor. Men det er vel slik at alle leger opplever ubehag i faget i forskjellige sammenhenger. Et ubehag som over tid kan føre til at en brenner ut og trenger pause. Sverre Lundevall har i et essay skissert tanker og muligheter for å se disse vanskelige følelsene som noe positivt i vår personlige utvikling som fagmennesker (7). I mitt tilfelle førte dette ubehag bare til frustrasjoner - og til påfunnet om fan-klubben. Takket være heldige tilfeldigheter har jeg likevel klart å lære av mitt ubehag.
Jeg vil derfor betrakte et etterutdanningsopplegg, der bearbeidelse av faglig ubehag inngår som ett element (7), som en spennende og viktig måte å bringe allmennmedisinen som fag videre. Hvis jeg hadde diskutert mitt ubehag i forhold til disse pasientene med kolleger på et tidligere tidspunkt, tror jeg også at jeg ville funnet "løsningen" tidligere.
Jeg er sikker på at alle allmennpraktiserende leger har vanskelige eller spesielle pasienter. Vi har alle vår "fan-klubb", enten det er de pasientene som gir oss ubehag, eller det er pasienter som vi liker spesielt godt og som vi gir spesielt god forpleining (3).
Innenfor en strukturert ramme i videre- og etterutdannelsen bør alle disse pasientene diskuteres med kolleger.

Dagens fan-klubb

Jeg snakker ikke lenger så høyt om fan-klubben min. Jeg utnevner ikke lenger nye medlemmer, men i mitt stille sinn er fortsatt de "gamle" medlemmene med i denne eksklusive klubben. Nå er jeg ikke like opplagt hver dag (er det noen som er det?), men det er nå mer sjelden at jeg, slik som før, føler meg hjelpeløs eller frustrert overfor pasienter som disse.
Jeg synes riktignok fortsatt det kan være vanskelig å takle ros, men for meg er det nå stort sett hyggelig når ett av fan-klubb-medlemmene kommer til meg på kontoret.

Forleden fikk jeg fire nydelige roser av en av dem. Jeg ga dem til en som ikke får blomster på jobben. Min kone.

Litteratur:

1. Fugelli P. Det medisinske klassesamfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
2. Groves JE. Taking care of the hateful patient. N Engl J Med 1978; 298, 883-7.
3. Westin S. Umulige og spesielle pasienter. Utposten 1981, nr 7/8, 4-5.
4. Malterud K. Medisinens hjelpeløshet 1. Allmektige ambisjoner. Nord Med 1990; 105: 27-9.
5. Malterud K. Medisinens hjelpeløshet 2. Allmennmedisinens utfordring. Nord Med 1990; 105: 61-3.
6. Kalle Klovn. Sangene og musikken fra barne-TV. Kassett HMC77045. Slagerfabrikken A/S 1990.
7. Lundevall S. Ubehag i faget - en nøkkel til livslang læring? Utposten 1989; 18: 330-4.

Kommunelege Johnny Mjell
Legegruppen
Torvgt. 1
8000 Bodø

❑

"Unngå sprekk!"

- Hun gjør alt for å unngå å røyke etter maten -

nicorette®

NIKOTINTYGGETABLETTER
- et hjelpemiddel ved røykeavvenning

Pharmacia

Pharmacia Norge A/S
Sandviksvn. 26, Postboks 234, 1322 Høvik
Telefon (02) 54 90 95

For ytterligere opplysninger:
se Felleskatalogen

Uvanlige symptomer hos pasient

Kjemisk overfølsomhetssyndrom

Jørgen Jørgensen har vært allmennpraktiker ved Legehuset, Hokksund fra -68. Han er spesialist i allmennmedisin og godkjent veileder.

Av Jørgen Jørgensen

Som primærlege kommer du etterhvert borti det meste av menneskelige problemer. En dag kom en pasient til meg og fortalte om plagsomme symptomer. For meg var de nokså uvanlige og jeg vil derfor fortelle om pasienten.

Det var en kvinne på 37 år, skilt og med to barn i tenårene. Hun hadde vært pasient hos meg i en årrekke og jeg kjente henne godt som en stabil, rolig og intelligent person. Hennes medisinske rulleblad viste mest trivielle plager, hun var ikke nervøs og hadde aldri brukt nervemedisiner. Allergi av noe slag hadde hun ikke hatt og hun røkte ikke.

Pasienten hadde økonomisk utdannelse og arbeidet som revisor i et lite regnskapsbyrå. Hun hadde en medarbeider, men denne var bare deltidsansatt. Kontorlokalene var dårlig ventilert. I kjelleren under dem var det et verksted som arbeidet med plast.

I løpet av arbeidsdagen var pasienten utsatt for avdampninger av lav-molekylær epoxy og herdere for dette som trengte opp fra kjelleren. De arbeidet også med isocyanater. Plagene var først lette og føltes som en trykkende hodepine og tiltagende tretthet utover dagen. Om morgenen og i helgene følte hun seg bra. Hennes kollega hadde lignende plager.
Etter noen måneder ble symptomene mere omfattende og ble kontinuerlig tilstede. Hun ble glemsom og forvirret i dagliglivet; glemte avtaler, glemte hvor hun hadde tallerker, glass, bankbøker, klær osv. Når hun gikk ut for å handle, glemte hun ikke bare hva hun skulle ha, men at hun skulle handle i det hele tatt. Hun klarte ikke å konsentrere seg om å lese, glemte en setning når hun kom til den neste. Hun kunne ikke addere enkle tallrekker, hadde ingen evne til innlæring.

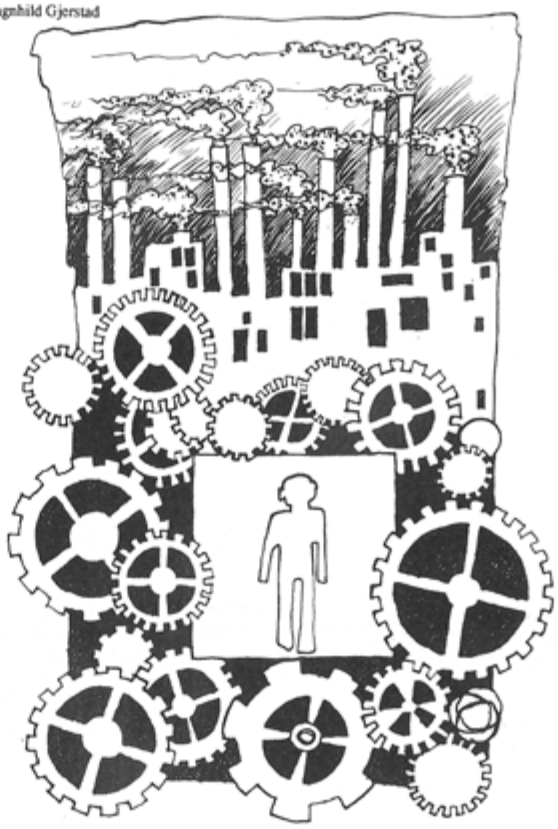
Pasienten ble også skremt over at avstandsbedømmelsen sviktet. Hun klarte ikke å bedømme avstanden til møtende biler ved forsøk på forbikjøring. Lukeparkering klarte hun ikke, og hun bumpet inn i veggen ved forsøk på å kjøre inn i garasjen sin. Tilslutt turde hun ikke å bruke bilen. Totalt fikk hun en slik intellektuell svekkelse at hun ikke kunne klare arbeidet, og hun måtte sykmeldes. Det kom også til allergiske plager. Hun fikk asthmatisk pust av irritanter som avgasser fra biler, sigarettrøyk, parfymer og sterk lukt fra blomster. I øynene fikk hun grus og rødhet og hun fikk eczematøse forandringer på armene. Utslettet var flyktig, hun kunne ha det en uke eller to, så forsvant det for en tid. Jeg kjente henne som opplagt og aktiv, nå ble hun dorsk og trett, kunne falle i søvn lett og klarte ikke å konsentrere seg om arbeide.

Ved somatisk undersøkelse var det lite å finne, laboratorieprøver var normale, spesielt hadde hun ikke myxødem. Ved RIST-prøven ble det ikke påvist forhøyet IgE.

Der stod jeg, hva i all verden skal man gjøre? Men et sted må man begynne, og jeg henviste pasienten til neurologisk undersøkelse. Undersøkelsen ble supplert med cerebral CT, og neurologen fant på den ene siden ingen tegn til neurologisk sykdom, men kunne på den annen side ikke skjønne hva det var.

Fordi pasienten hadde klaget over synsproblemer var hun deretter til undersøkelse hos øyenlege. Denne kunne heller ikke finne noe organisk grunnlag for hennes plager. Deretter fikk jeg pasienten til undersøkelse ved AMY (Statens Forskningssenter for Arbeidsmedisin og Yrkeshygiene) for full arbeidsmedisinsk og nevropsykologisk testing. Man kunne bygge på Arbeidstilsynets rapport fra sin undersøkelse i bedriften i kjelleren. Ved AMY ble det konkludert med at dette ikke var noen løsemiddelskade. Derimot hevdet de at "det ser ut til å være en gruppe pasienter som får et lignende sykdomsbilde som følge av en betinget reaksjon etter eksponering for bl.a. kjemikalier. Dette er en slags Pavlov's refleks. Disse kan også ha en ekte allergi for andre stoffer samtidig. Betegnelsen er vanskelig å få inn under de vanlige diagnoser vi bruker, og presenteres bl.a. som kjemisk overfølsomhetssyndrom, eller på eng-

Ill.: Ragnhild Gjerstad



elsk "multiple chemical sensitivities". Det ser ut til at en "avbetinging" av reaksjonsmønsteret er måten å komme ut av det på....."

Dette viste jo hva det ikke var, men etterlot meg like vis om hvordan pasienten skulle behandles videre. Pasienten ble henvist til kompetent psykiater og saken ble nøyaktig forklart. Psykiateren fant ikke at pasienten var normal, og har tilgode å møte mennesker som psykiatere finner helt normale. Han fant imidlertid at hun ikke hadde tegn på psykisk sykdom, ingen konversjonsnevrose eller annen psykopatologi. Han kunne derfor ikke hjelpe pasienten.

Og etter alle disse glupe spesialistene står vi fortsatt tilbake med en desorientert pasient. Etter mye fram og tilbake kom hun inn som pasient ved et rehabiliteringsinstitutt og gikk inn i både fysisk og psykisk trening. Når dette skrives (juli 1989) er hun fortsatt sykmeldt, men hun er i bedring.

Kjemisk overfølsomhetssyndrom

Denne tilstanden er først og fremst omtalt i Kanada og USA, og spesielt i Kanada har tilstanden vært mye diskutert.
Helseministeriet i provinsen Ontario opprettet i 1984 et utvalg med representanter fra 5 medisinske fakulteter med det mandat å finne ut om dette var en ny medisinsk diagnose som hadde et reellt innhold. Etter et stort og omfattende arbeide kom utvalget i desember 1985 med sin rapport (1).

De valgte å kalle tilstanden "environmental hypersensitivity", noe som vi på norsk kan kalle overfølsomhet for det omgivende miljø. Først prøvde de å avgrense hva diagnosen innebar. De mente at sykdommen var kronisk og at den vanligvis gav symptomer fra det sentrale nervesystem og i det minste *ett* annet system.

Sykdommen ble verre ved eksposisjon for visse næringsmidler og kjemikalier, og bedre når de stoffer som irriterte ble fjernet. Pasientene har ikke noe påvisbart organisk grunnlag for tilstanden, kliniske undersøkelser og laboratorieprøver er normale.

Affiserte personer var vanligvis intolerant til visse matsorter, og de reagerte på kjemikalier og forurensninger i konsentrasjoner som de fleste andre ville tåle. Plagene har alle grader, fra de helt lette til de invalidiserende.

Dette høres jo svært diffust ut. Nettopp forskjellene i terminologi, de vage og uspesifikke symptomene og uenigheten om kriteriene for diagnosen gir inntrykk av at dette ikke er *en* sykdom, men et spekter av reaksjonsmåter på forskjellige irritanter.

Årsakene til at noen utvikler en slik overømfintlighet ad ikke-allergiske mekanismer, er selvsagt ukjente. Det forskes mye på virus som trigger-faktor. Hypotesen synes å være at en virusinfeksjon gir en forandret reaksjonsmåte i det immunologiske system. Det er jo noe vi tilfulle har lært av AIDS patogenesen at et virus kan direkte forandre vårt immunsystem.

Et spesielt trekk ved kjemisk overfølsomhetssyndrom er at kvinner, og særlig aldersgruppen 30-40 år, dominerer i materialene. Årsakene til dette er jo også uklare, men man tenker uvilkårlig på fibromyalgi som i samme tidsrom har blitt et helseproblem her i landet. Det interessante er at det også her postuleres en virusinfeksjon som triggerfaktor (2).

Etter en rapport på 314 sider kom utvalget fram til at det var "good reason to believe" at noen personer utvikler sensitivitet for irritanter i vårt omgivende miljø, ved mekanismer som ikke er allergi og som vi idag ikke kan forklare ut fra vår kunnskap om immunologi og toksikologi. Årsaksfaktorene er uklare, men utvalget mener at hypotesen om virusinterferens med immumsystemet har mye for seg.
Vi vet fra forskning i psykoneuroimmunologi at det er en feed-back forbindelse mellom sentralnervesystemet og immunsystemet.
En utførlig gjennomgang av problemet kan man også lese i tidsskriftet Occupational Medicine, som i 1987 viet det meste av en utgave til 13 artikler fra USA og Kanada om "multiple chemical sensitivities", som de kalte syndromet (3).

Til sist kan nevnes at Tidsskrift for den norske lægeforening på forsommeren i år hadde en leder om syndromet (4).

Referanser

1. Report of the Ad Hoc Committee on Environmental Hypersensitivity Disorders, Ontario Ministry of Health. Toronto Dec, 1985.
2. Lilleholt, O: Personlig meddelelse.
3. Occupational Medicine: State of the Art Reviews 2 (4) October-December 1987.
4. Aas, K. Kjemisk overømfintlighet. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1929-1931.

Allmennpraktiserende lege
Jørgen Jørgensen
Legehuset
3300 Hokksund

❑

Mindiab®
(glipizid)

BEDRE TABLETTALTERNATIV (2)

ved type 2 diabetes (ikke insulinavhengig)

Styrke 2,5 mg og 5 mg

Mindiab® (glipizid)

er	effektiv
med	hurtig blodsukkersenkning
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

Preparatomtale:

Mindiab «Farmitalia»
Famitalia Carlo Erba

Antidiabetikum ATC-nr.: A10B B07

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

EGENSKAPER: *Klassifisering:* Antidiabetikum av sulfonylureatype. *Virkningsmekanisme:* Regulerer pancreas' insulin frisetting ved at øyevevet gjøres ømfintlig for glukosestimulans og gir økt insulinfølsomhet i perifere vev. Overvektige type II diabetikere har gjerne forhøyet 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 *en*dose. Tablettene bør tas ca. 30 minutter før måltid. 1) *Nyinnstilling:* Gjennomføres som regel ambulant. Passende initialdose er 2,5 - 5 mg daglig. Blodsukker og urinsukker kontrolleres etter 3 - 5 dager. Ved utilfredsstillende virkning på blodsukkeret økes dosen etappevis med 3 - 5 dagers mellomrom. De fleste pasienter kan reguleres med dagsdoser 2,5 - 15 mg. Dagsdoser over 15 mg gir sjelden ytterligere effekt. Om 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 bevisstløsthet injiseres 20 g glukose i konsentrert løsning I.V., og eventuelt 1 - 2 mg glukagon. Gjentas om nødvendig. Tablettbetinget hypoglykemisk koma kan ha et protrahert forløp, og krever da overvåkning i flere døgn. Imidlertid har Mindiab en farmakokinetikk som gir mindre mulighet for langvarige hypoglykemier.

(Se ellers Felleskatalogen.)

T: 5.

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 Pharmakology 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.

Kortfattet og omfattende om aldersdemens

EinarEinarsen: Omsorg for aldersdemente. Kommuneforlaget, 1990. 65 sider, pris kr. 155,-.

Einarsen har vært distriktslege/kommunelege i en liten utkantkommune i 17 år (Sømna kommune på Helgelandskysten, Nordland fylke, 2200 innbyggere). Han har også vært tilsynslege ved sykehjemmet og ved et bokollektiv for 8 beboere, 6 aldersdemente og 2 pasienter med langvarige psykiatriske lidelser. Erfaringene fra disse jobbene og disse årene summerer han opp i et menneskesyn som ser mennesket som et hele, og som munner ut i et forslag til organisering av omsorgen for aldersdemente i områder med spredt bosetning. Som Einarsen påpeker har 161 av Norges 454 kommuner mindre enn 3000 innbyggere. Så om problemene angår et mindretall av landets aldersdemente, angår det en stor andel av kommunene.

Boka har en generell og en spesiell del. Den spesielle delen er på en måte rosinen i pølsa, der engasjement, varme og solid erfaring skinner igjennom. Her kommer historien om hvordan Sømna løste sine problemer i 1978 da de hadde 21 døgnplasser (12 sykehjemsplasser og 9 alders-hjemsplasser, alle fylt opp med sykehjemspasienter) mange aldersdemente som laget uro i institusjonen, og mange ute som hadde behov for institusjonsplass. En enkel ombygging av en nærliggende trygdebolig dannet den fysiske rammen om bokollektivet, og kommunen ansatte assistenter i døgnvaktordning. Administrativt ble bokollektivet sett på som en avdeling av sykehjemmet, og den daglige driften lå under hjemmesykepleien. Einarsen har også erfaring fra skjermet enhet i somatisk sykehjem, i det det i 1982 ble opprettet slik enhet ved Sømna alders- og sykehjem. Den spesielle delen munner ut i en anbefaling om kommunal organisering av vernede botilbud nær hjemmet, enten som bokollektiv eller skjermede enheter i somatiske sykehjem i hjemkommunen. Bokollektiv bør utgjøre grunnstammen ut fra faglige og økonomiske vurderinger. Dette tilbudet må suppleres av "psykiatriske sentra" som kan yte fagekspertise til kommunale tilbud, og komme inn ved kompliserende atferdsforstyrrelser, rettssikkerhetsproblemer og behov for psykofarmakologisk ekspertise.

I den generelle delen gjennomgåes først klassifikasjon, årsaker, diagnostisk prosess og forekomst av aldersdemens. Så følger en beskrivelse av tilstanden og erfaringer fra omsorgen for aldersdemente, inkludert primær, sekundær og tertiær prevensjon. Denne delen er etter mitt syn den svakeste. Som eksempel kan nevnes det lille konsentrerte kapittelet "Den diagnostiske prosessen". Det blir for summarisk og overfladisk. Einarsen lanserer et omfattende utredningsprogram for aldersdemente, inkludert cerebral CT av alle og innleggelse dersom det ikke lykkes å finne noen årsak til pasientens demens ved de ambulante undersøkelsene som er tilgjengelige. Jeg tror ikke han mener dette, uansett alder og medisinsk tilstand forøvrig, og jeg mener det burde vært problematisert.

Boka har et hendig format og er oversiktlig og greit satt opp. Den har en fyldig litteraturliste, og er vel verdt prisen. Det er et manuskript som opprinnelig skulle ha vært publisert i allmennpraktikerserien, men som kom i en mellomfase der forlagssituasjonen var uavklart. Den er slik et ekte barn av den faglige vårløsningen i norsk allmennmedisin de siste årene. Aldersdemens er et stort og økende problem som hovedsaklig må løses i primærhelsetjenesten.

Det er en viktig bok Einarsen har skrevet, og det er viktig at det er nettopp en primærlege med hans erfaring og glød som har skrevet den.

Det er vanskelig å skrive kortfattet og omfattende - kanskje for vanskelig. Boka ga meg størst glede og innsikt i den spesielle delen. Ved en eventuell revisjon bør forfatterens ambisjon om å være fullstendig kanskje vike plass for en grundigere behandling og problematisering av vanskelige allmennmedisinske valg og prioriteringer.

Kommunelege, tilsynslege
Janecke Thesen
Lærdal (2200 innbyggere)

Fra publiserings-utvalget i NSAM

Allmennpraktikerserien

- publikasjoner for allmennpraksis!

Allmennpraktikerbiblioteket var resultatet av et årelangt og fruktbart samarbeid mellom NSAM og Universitetsforlaget. Bøkene i serien, både de nyeste utgivelsene og de fra tidligere år, er fortsatt like aktuelle.

Samarbeidet med Universitetsforlaget om denne serien var bra. I fjor bestemte Publiseringsutvalget, i samråd med NSAM's styre, at vi likevel skulle lete etter en ny forlagspartner.
Det er ingen grunn til å legge skjul på årsaken til dette: de rammebetingelsene Universitetsforlaget arbeidet under, ble for stramme for et såpass lite fagområde som allmennmedisinen tross alt er.

Vi hverken kan eller vil klandre dem for dette. Vi kan bare ta til etterretning at det i 1989, etter en forretningsmessig vurdering, ikke ble mulig for dem å fortsette å gi ut de manuskriptene vi kunne presentere i det tempoet vi ønsket. Det kan sies så enkelt som at kravene til inntjening for hver enkelt utgivelse ble for strenge.

Dette måtte vi akseptere, og skiltes som venner. Vi har all grunn til å takke Universitetsforlaget for det de har bidratt med gjennom Allmennpraktikerbiblioteket siden starten i 1983.

Etter å ha arbeidet med flere mulige nye samarbeidspartnere og fått positiv respons, valgte vi å gå inn i forhandlinger med TANO forlag. Vi kan nå glede kollegene med at vi har undertegnet en avtale med dem. Vi er meget fornøyd med at TANO viste seg å være interessert i samarbeid om bok - og hefteutgivelser.

TANO er et fagbokforlag som står bak en rekke vellykkede utgivelser av helse - og sosialfagbøker. Deres profil tillater også en satsing på små, men viktige faggrupper. Vi har i Publiseringsutvalget så mye tro på leselysten blant norske allmennpraktikere at den gir grunnlag for et langvarig samarbeid om den nye bokserien. TANO har helt fra starten gått aktivt inn i samarbeidet. Vi er på trygg grunn.

Navnet på den nye bokserien blir *Allmennpraktikerserien*. Flere utgivelser er under forberedelse. Den første blir Johnny Mjells, Bård Natvigs, Olav Thorsens og Odd Winges bok om helseopplysning. Den blir et must for alle allmennpraktikere som mener noe når de snakker om forebyggende helsearbeid. Den kommer i juni.

Venner og kolleger: Kjøp, les og ikke minst skriv bøkene i Allmennpraktikerserien. Ta kontakt med et av medlemmene i Publiseringsutvalget dersom du har noe på hjertet og ikke lider av skrivevegring. Kanskje du registrerte vår leserundersøkelse? (1,2). Ta en kikk på resultatene av denne. Kjøp eller bla tilbake i noen av bøkene i Allmennpraktikerbiblioteket, så får du et inntrykk.

1. Rytter E, Loge JH. Hvilke bøker vil dere ha nå, da?? Utposten 1988; 17: 42.
2. Loge JH, Rytter E. Slike bøker vil vi ha. Utposten 1988; 17: 306.

Bydelsoverlege
Eilif Chr. Rytter

Publiseringsutvalgets medlemmer:

Eilif Chr. Rytter
Bydelsforvaltning 5,
Grunerløkka/ Sofienberg,
Trondheimsv. 2
0560 Oslo 5
02 20 64 05

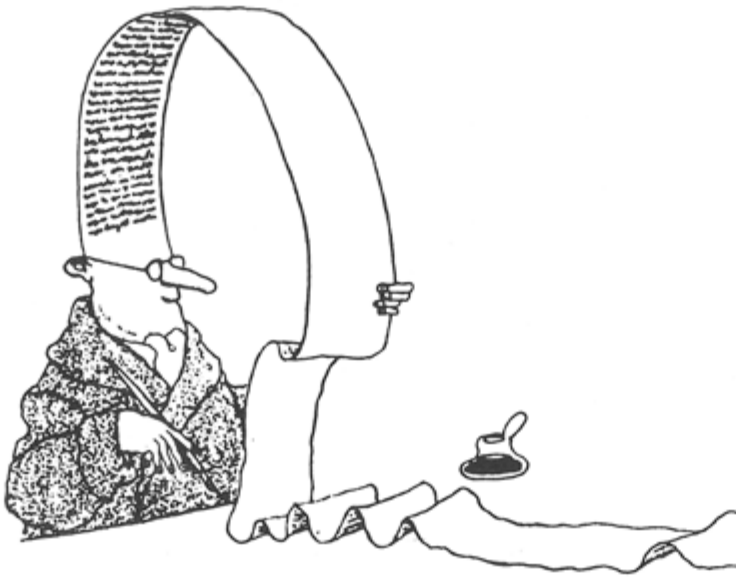
Steinar Westin
Inst. for samfunnsmed. fag
Eirik Jarls gate 10
7000 Trondheim
07- 59 88 75/ 59 88 87

Irene Hetlevik
Ranheim legesenter
7059 Rydningen
07 57 19 95

Inger Marie Steinsholt
Lyngveien 23
3600 Kongsberg
03 76 55 37

Jostein Holmen
SIFF's gruppe for helsetj. forskning, distriktskontoret i Verdal,
Boks 234, 7651 Verdal
076 77 490

Kontaktperson i TANO:
Annik Heger
TANO forlag,
Kristian Augusts gate 7 a
0164 Oslo 1
02 11 02 60



" - og noen av oss må skrive bøkene først, bare for å ha nevnt det."

Hvem skriver den lille boka vi alle trenger?

Publiseringsutvalget i NSAM mottar to typer henvendelser:

Fra folk som har skrevet noe de gjerne vil ha gitt ut, og fra folk som savner en bok og gjerne så at en interessert kollega skrev den.

Vi har ubetinget best erfaringer med den første typen henvendelser, og det må også medgis at utvalgets egne initiativ overfor potensielle forfattere ikke har gitt så store resultater foreløpig. Norske allmennmedisinere viser sin selvstendighet også på denne fronten.

Vi vil likevel gå ut med en oppfordring til skrivelystne kolleger om å tenke nærmere på et par prosjekter vi har fått forslag om.

En kjent kollega og forhenværende leder i NSAM, som allerede bidrar så mye til fagmiljøet at vi tilgir ham, foreslo for et par år siden at noen burde skrive boka "LEGEVAKTLEGENS TRØST".

Vi er enige i at denne boka bør skrives. Legevakt er ikke bare hurtigdiagnostikk, livredning, medikamenter og doseringer. Det er også sosialmedisin, kunnskap om formalia og prosedyrer, kommunikasjonsteknikk og medisinsk vidsyn. Legevakt er og blir allmennmedisinens frontlinje, der essensen av våre kunnskaper settes på prøve. Hvem melder seg? Hvem kan tenke seg å samarbeide med andre om forfatterskap?

En annen fremtredende kollega, som også er tilgitt, foreslo en bok om bruk av moderne teknologi i allmennmedisinen. Noen av oss var i tvil, kanskje særlig fordi utviklingen på dette feltet går så raskt. Men - dette er et problem vi står overfor kontinuerlig. Et høyt aktualitetsnivå må ikke bli et hinder for å få fram gode publikasjoner!

Hvem tar utfordringen?

Adresser og telefoner til Publiseringsutvalgets medlemmer - se forrige side.

Bydelsoverlege
Eilif Chr. Rytter ❑

NORLAB
= svar på dagen

Vi analyserer for primærhelsetjenesten

- **Klinisk kjemi**
- **Hematologi**
- **Medikamenter**
- **Hormoner**

NORLAB er et privat landsdekkende laboratorium.

Prøver mottatt om morgenen analyseres og besvares samme dag.

Vi arrangerer faglige seminarer for våre brukere.

I laboratoriets håndbok finnes oversikt over prøvetakingsutstyr som kan bestilles.

Ansvarlige leger:
Spes. klinisk kjemi, Ole Børmer, Kaare R.Norum og Kjell Nustad

NORLAB Tlf.: (02) 55 28 00 Inkognitogaten 16, Postboks 7126 Homansbyen, 0307 Oslo 3

UNIVERSITETSFORLAGET 40 år 1950-1990

MEDISIN

Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Moine, Britt-Ingjerd Nesheim (red.)

GYNEKOLOGI

Utviklingen i de siste ti år har skapt behov for en ny bok i gynekologi. Enkelte lidelser i urinveiene, og hormonforstyrrelser som virker på reproduksjonsevnen, prevensjon og samlivsproblemer har blitt en del av faget. Kapitler om infertilitet, psykosomatisk gynekologi, sexologi, sedelighetsforbrytelser, og lover og regler er nye eller vesentlig endret og utvidet, i forhold til den forrige norske læreboka.

280 sider kr 480,-

Allmennpraktikerserien

TANO FORLAG

Norske selskap for allmennmedisin (NSAM) og TANO Forlag samarbeider om utgivelser av bøker, hefter og forskningsarbeider i Allmennpraktikerserien. Bøker og skrifter i denne serien tar utgangspunkt i medisinske temaer med betydning for allmennmedisin.

Kirsti Malterud

ALLMENNPRAKTIKERENS MØTE MED KVINNELIGE PASIENTER

I sin doktoravhandling, som hun forsvarte 21. september i år, beskriver Kirsti Malterud en klinisk metode som skal påvirke samspillet og informasjonsoverføringen i konsultasjonen. Hun presenterer således et allmennmedisinsk hverdagsredskap til bruk for travle primærleger som er opptatt av å forstå mer av pasientenes situasjon.
Forfatteren beskriver en modell for klinisk forskning, der forskeren studerer seg selv som kliniker i samhandling med sine pasienter. Boken er dermed også et nyskapende bidrag i den medisinske forskningslitteraturen og er av interesse for leger og forskere som er opptatt av sammenhenger mellom helse og sykdom, språk og samhandling, kjønn og makt, samfunn og individ.

256 sider, kr 289,-. 1990

Johnny Mjell, Bård Natvig,
Olav Thorsen og Odd Winge

HELSEOPPLYSNING I PRAKSIS

"Forfriskningsboka"

Helseopplysning er et felt som favner vidt og hvor en rekke instanser har involvert seg på ulikt vis. Hva innebærer individ-, gruppe og samfunnsrettet helseopplysning? Kan innsikts- og holdningsendringer omsettes i atferdsendringer? Kan man måle effekten av helseopplysning? Hvilke etiske implikasjoner har helseopplysning?
I denne boken begir fire allmennpraktikere seg inn i dette mangesidige feltet, og de gjør det med glede, kløkt, teoretisk og praktisk kunnskap. Med utgangspunkt i allmennpraktikerens travle hverdag og brede virksomhetsflate og med metodikk fra medisin, pedagogikk og atferdsfagene, får vi en innføring i og et overblikk over hvorledes helseopplysning kan drives.

190 sider, kr 195,-. 1990

Per Fugelli

MED SORDIN OG KANON

Allmennmedisinske artikler og foredrag

Det er syv roller allmennpraktikeren må fylle: Den personlige legen, generalisten, pragmatikeren, ressursforvalteren, koordinatoren, primærklinikeren og helsefremmeren. Denne boken handler om disse syv rollene og om hvordan allmennpraktikerne må spille dem for å tjene pasientene, for å være nyttige for samfunnet og for å ha det godt med seg selv.

135 sider, kr 158,-. 1990

Ja takk, jeg bestiller fra studia UNIVERSITETSBOKHANDEL

Pb 2627 MØHLENPRIS
5026 BERGEN

- ☐ eks. **ALLMENNPRAKTIKERENS MØTE MED KVINNELIGE PASIENTER** à kr 289,- (SBN 518 2845 7)
- ☐ eks. **HELSEOPPLYSNING I PRAKSIS** à kr 195,- (SBN 518 2822 8)
- ☐ eks. **MED SORDIN OG KANON** à kr 158,- (SBN 518 2762 0)

Navn:.....Adresse:.....

Postnr./sted:.....Sign.:.....

Utposten 7/1990

Summarisk referat fra referansegruppa i sykehjemsmedisin.

Vår referansegruppe har i møte 05.05.90 i Finnsnes drøftet disse prosjekter:

1. *Høstkurs.* Det planlegges et regionalt kurs i sykehjemsmedisinske emner i Kristiansand høsten 1990. Koordinator er Finn Bjørn Rørvik, Evje.

2. *Januarkurset.* 24. og 25. januar 1991 vil det bli avholdt kurs i geriatri/ gerontologi for allmennpraktikere i Ullevål Sykehus. Første kursdag omfatter etiske problemstillinger, mens andre kursdag tar for seg mer jordnære kliniske forhold.

3. *Håndbok i sykehjemsmedisin.* Forberedende diskusjoner om innhold og disposisjoner er gjort med tanke på å utarbeide en egnet håndbok for tilsynsleger i sykehjem.

Referansegruppa er åpen for forslag til emnevalg og vår litteraturbase står til disposisjon ved henvendelse til kommunelege Knut Mamen, 9300 Finnsnes.

Per Steinar Steinsvoll,
Sel Sjukeheim,
2670 Otta ❑

Pfizer PFIZER A/S
Strandveien 4, 1324 LYSAKER

RMR-kursarrangør
v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32
2050 JESSHEIM

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Innhold: UTPOSTEN nr. 7 1990

Leder — side 239
Marit Hafting

Tanker om det å være ung — side 240
Margrethe Sønneland

Bilgass og tåregass — side 242
Tormod Øya

Ungdom og selvmord — side 246
Nils Johan Lavik

Ungjenta som gynekologisk pasient — side 248
Synnøve Grønn, Kirsti Malterud, Marit Hafting

Alkohol - blott til glede? — side 252
Sten S. Johannessen

Erfaringer fra arbeid ved "Helsestasjon for ungdom" — side 254
Lillian Aaserud og Annemor Sundet intervjuet av Marit Hafting

Bokanmeldelse: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter — side 257
Inger Marie Steinsholt

Et 25-års minne fra Finnmark — side 258
Odd H. Lien

Militærstøvler og mikrober — side 260
Tore Midtvedt

Bokanmeldelse: Forebyggende helsearbeid i skolen — side 263
Anne Wyller Shetelig

Helseatferd og sosial ulikhet — side 264
Kari Bjerke Karlsen

Allmennmedisinsk Forskning Ryfylke — side 268
Kirsti Malterud

2-prisvinner i essaykonkurransen: Fanklubben min (Juryens vurdering, side 271) — side 272
Johnny Mjell

Kasuistikkspalten: Kjemisk overfølsomhetssyndrom — side 276
Jørgen Jørgensen

Bokanmeldelse: Omsorg for aldersdemente — side 279
Janecke Thesen

Fra publiseringsutvalget i NSAM — side 280
Allmennpraktikerserien og "Hvem skriver den lille boka vi alle trenger"

Summarisk referat fra referansegruppa i sykehjemsmedisin — side 283
Per Steinar Steinsvoll