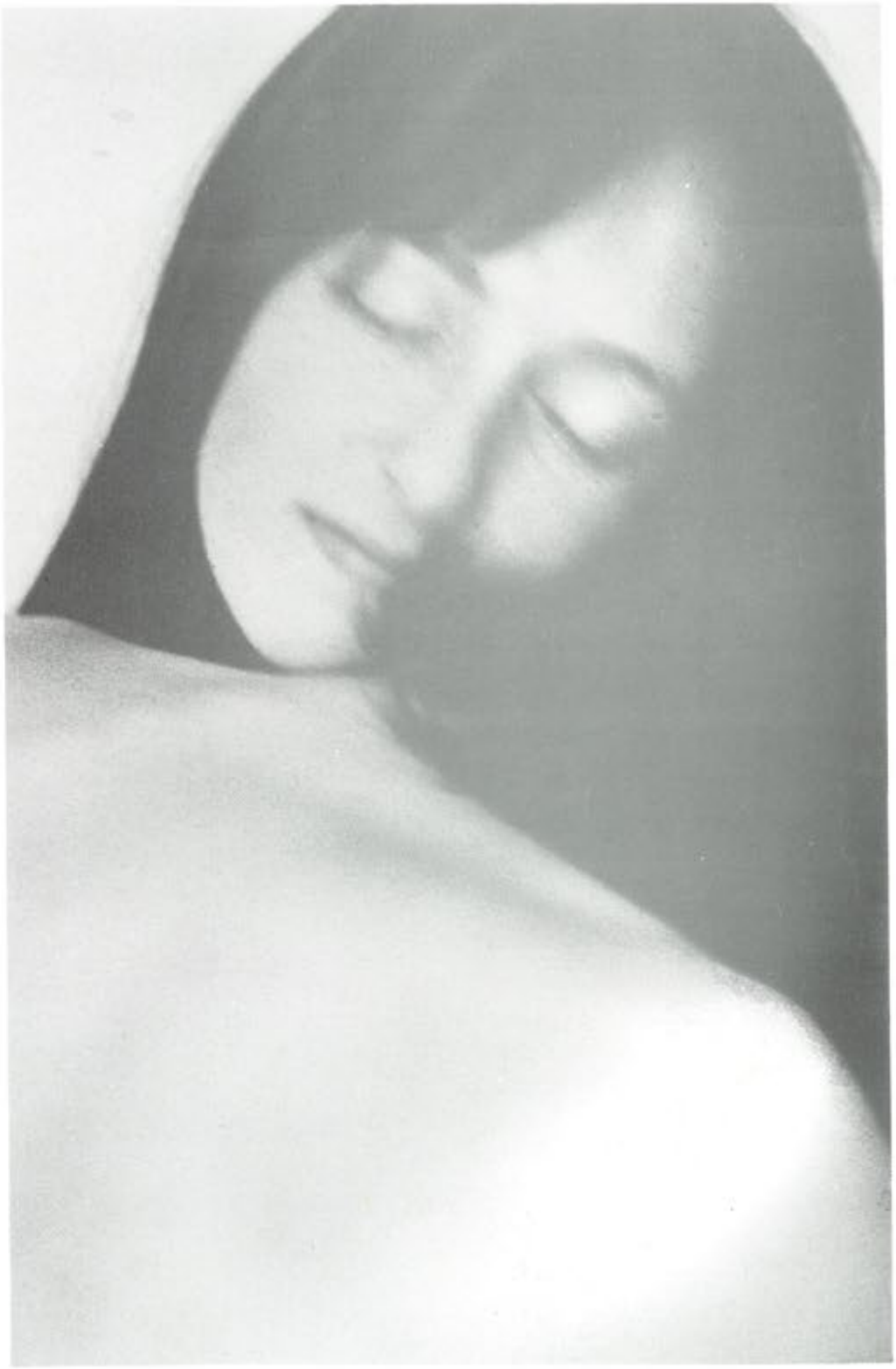
UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER3 1992 ÅRGANG 21



Tema: Erotikk

Rug

Hvis jeg var en rugåker ikke en datter og du var en mann på tur.
Var jeg sådd så tidlig og kommet så langt at østavinden fikk tak så jeg kom i bølger.
Ville du komme i mine bølger da?

Ja plutselig sto du der som jeg drømte i blå klær mørke barter og høye slagstøvler ved kanten av meg.
Så fløy du
med buksiden tett over rugsnert så varm at det duftet nystekt brød.

Jeg åpnet meg nye steder i lange buktende ganger, høyere bølger. Så måtte du se på klokken der du fløy. Måtte vite hvor lenge du hadde holdt deg svevende.

Det ble et søkk etter deg i knekkete aks kroppens flaksende avtrykk i falløyeblikket.

Men jeg har flere mål land og en fantasi som har overlevd et uendelig antall med eventyr.

(Fra Cecilie Løveid: Sug, Oslo 1979)

Redaksjonen er avsluttet 10.03.92 Framsidefoto: Ann Chr. Eek / Samfoto

UTPOSTEN - Blad for allmenn- og samfunnsmedisin, 5890 Lærdal. Bankgiro 3838.06.01025, Postgiro 0809 4 89 92 90

Gunn Aadland	Mette Brekke	Marit Hafting	Kirsti Malterud	Åsa Rytter Evensen	Janecke Thesen
Lundvågen 20	2640 VINSTRA	Nyresbaret 19	Seksjon for allmennmedisin	Ullernveien 20 B	5890 LÆRDAL
4085 HUNDVÅG		5700 VOSS	Ulriksdal 8c	0280 OSLO 2	
			5009 BERGEN		
K: 04 508900	K: 062 90100	K: 05 512410	K: 05 206133	K: 02 559210	K: 056 66100
P: 04 861236	P: 062 91010	P: 05 513685	P: 05 233955	P: 02 521788	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

leder

Et vidunderlig tema.....

En leser skrev til oss for lenge siden: "Var det ikke en ide med et temanummer om erotikk? Dette vidunderlige tema behandles kun seriøst få steder og er av avgjørende betydning for livsåndens funksjon, hormonbalansen, humøret, velværet, selvbevisstheten og mye mer. De fleste av oss forsømmer både vårt eget og pasientenes seksualliv. Utposten burde etter min mening ta saken opp - det finnes jo mange gode folk som kan skrive om dette vidunderlige, men fortsatt tabubelagte emne."
Dette kunne vi ikke motstå - vi har tatt ham på ordet!

Produktet du sitter med i hånden er ikke ment å være et alternativ til Cupido. Men jeg håper det kan oppfylle noen av vår brevskrivende lesers intensjoner. Jeg håper det kan gi deg noe å reflektere over og kanskje være uenig i. At det kan bidra til å gjøre deg lydhør og trygg overfor dine pasienter når de ønsker å drøfte sitt seksualliv med deg. Og sist - men ikke minst - at det kan være en hyllest til erotikken som en positiv livskraft som du vil la blomstre og berike ditt eget liv.

Mette Brekke

Mette Brekke
ansvarlig redaktør for dette nummer

Foto: Kari Gorwitz

En hyllest til erotikken

Åsa Rytter Evensen - bydelslege på Røa i Oslo/ amanuensis ved inst. for allmennmedisin.

Av Åsa Rytter Evensen

Erotikken er kunstnernes viktigste inspirasjonskilde. Jeg lar dikteren Lars Forsell få åpne denne hyllesten til erotikken:

Ditt kön er mörkrött
Och fuktigt som fruktkött

Och den svarta skogen över det
Vajar när jag blåser

Lengst derinne sitter ett vinteräpple
Smetig som efter ett regn

Och över ditt ansikte glider
Sju fåglars vingskuggor,

Ett ben om min rygg
En hand om mina testiklar

Och din mun öppnar sig som en mussla
Och jag er trygg.

Og for at det skal bli likevekt mellom kjønnene, lar jeg Lula, heltinnen i filmen Wild at Heart få uttrykke kvinnens følelser. Hun snakker med kjæresten sin om hvor vidunderlig han er, og om hvor deilig han gjør det for henne. "Your cock is so cute. It's just as if it's talking to me when you're inside me. And you can take me way over that rainbow."
Jeg skulle gjerne stoppe her. *Mine* ord om erotikken må bli banale. Det meste og beste er allerede sagt, av diktere, malere og komponister. De erotiske følelsene har ikke forandret seg stort siden tidenes morgen. For meg er det heller ikke lett å skrive om erotikk. Erotiske følelser er private, en hemmelighet en holder for seg selv eller bare deler med den de er rettet mot. Og her skal jeg avsløre mine tanker for alle dere.

Hva er erotikk?

Kjærlighet, forelskelse, erotikk, seksualitet, sensualitet. Vi bruker disse betegnelsene noe om hverandre, og er ikke alltid like klare på hva vi snakker om. For meg er kjærlighet det mest vidtfavnende av alle disse begrepene og rommer i seg vennskap, forelskelse, erotikk, sensualitet og seksualitet. Den kjønnslige kjærligheten er rettet mot en person og har ofte startet med forelskelse. Å elske er å sette den andres velferd foran min egen, og godta den andre som han virkelig er. Forelskelse er fødselstilstanden til ei kollektiv rørsle for to, sier Francesco Alberoni i sin bok Forelsking og kjærleik. I forelskelsens rus tillegger en partneren egenskaper han ikke har, han gjøres fullkommen i fantasien. Forelskelse inneholder også erotikk, sensualitet og seksualitet, men er en mer midlertidig følelse enn kjærligheten. Forelskelse går enten over, til kjærlighet eller intet, men den varer ikke gjennom livet. Det kan kjærligheten gjøre.
Ordet erotikk er utledet av Eros, grekernes kjærlighetsgud. Erotikk har med følelser og kropp å gjøre, med oppbyggingen av en spenningstilstand. Erotikken er som en flamme, som noen ganger går på sparebluss. Men får den næring, tenner den kropp og sjel til et altfortærende bål. Om seksualiteten sier Alberoni: "Likevel er seksualiteten, hos menneskene som hos dyrene, varierende. Den viser seg i all sin kraft bare i de periodene når en er forelsket. Da er seksualiteten uuttømmelig selv om den blir tilfredsstillet helt ut. Da lever vi dag etter dag i stadig omfavnelse av den vi elsker, og vi holder ikke bare regnskap med når vi har "seksuell omgang" - hvert blikk, hver kontakt, hver tanke som går i retning av den elskede har en erotisk intensitet som er hundre, ja tusen ganger større enn den som en kjenner i vanlig seksuell omgang".

Hva er erotisk næring?

Et blikk, en stemme, en duft, et synsinntrykk, en berøring, en personlighet, musikk kan vekke vår sanselighet. Hør bare på Anais Nins beretning om en stemmes virkning på en

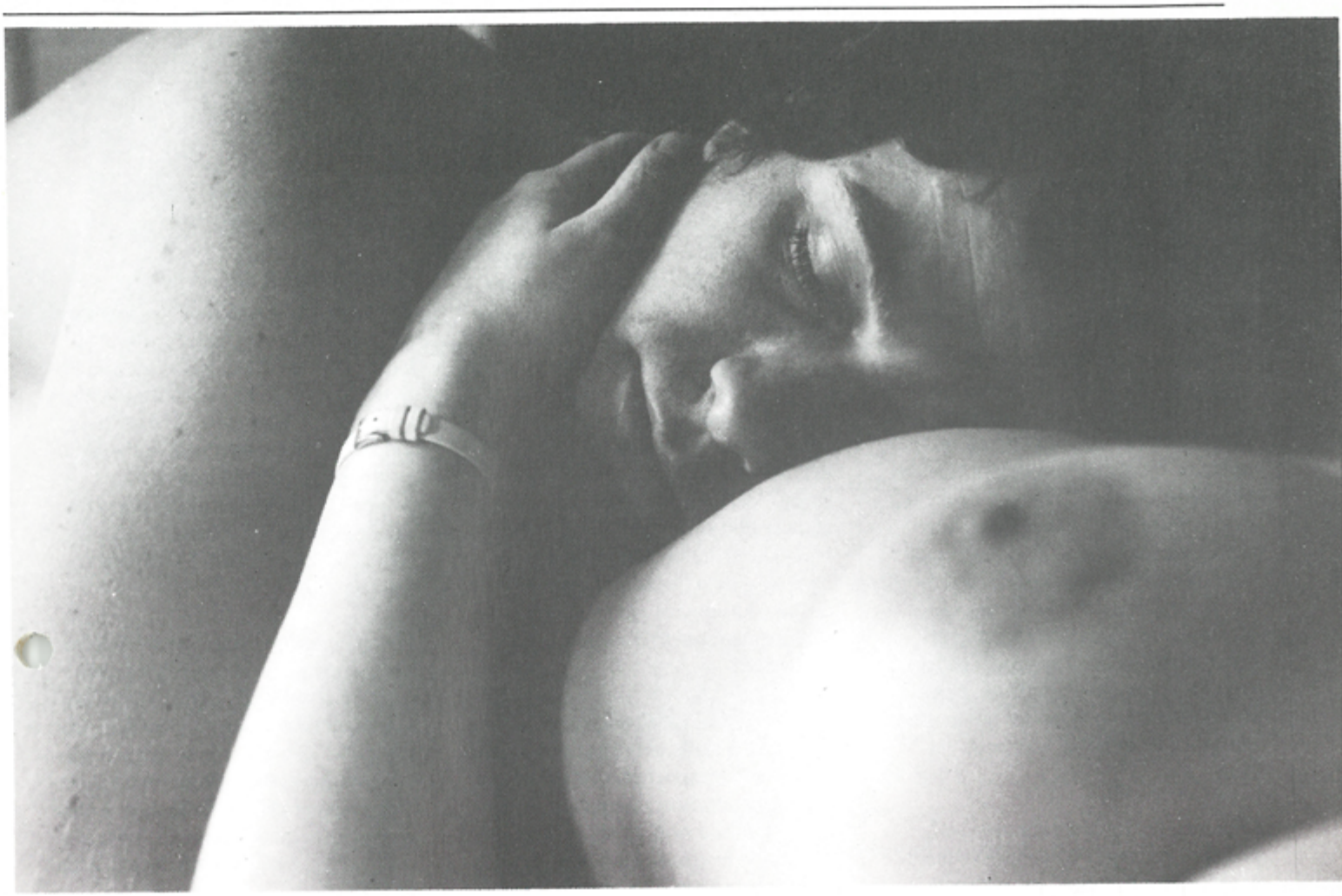


Foto: Kari Gorwitz

ung, uskyldig, men du verden så erotisk beredt kvinne:

"Det var på teatret jeg traff John og oppdaget hvilken makt det kunne ligge i en stemme. Den veltet over meg som tonene fra et orgel og fikk meg til å v[illegible]ere. Da han gjentok navnet mitt og u[illegible]te det galt, lød det akkurat som et kjærtegn i ørene mine. Det var den dypeste og mest fyldige stemme jeg har hørt. Jeg våget knapt å se på ham. Jeg visste han hadde store øyne med en intens blå glans, og at han var høy og heller rastløs. Føttene hans trippet nervøst som på en veddeløpshest. Hans nærvær satte alt annet i skyggen for meg - teatret, kavaleren på min høyre side. Og han oppførte seg som jeg hadde kastet trolldom på ham og hypnotisert ham. Han snakket i vei, mens han stirret på meg, men jeg hørte ikke et ord. Fra det ene øyeblikket til det andre var jeg ikke lenger noen ung pike. For hvert ord han sa, følte jeg meg som kastet ut i en svimlende spiral og fanget som i et nett av en vidunderlig stemme. Det var virkelig berusende".

I denne beretningen starter det med stemmen, fortsetter med blikket og ender opp med mannens personlighet. Stemme, blikk og personlighet er erotiske påvirkningsmidler av volsom kraft og potensiale. Når Leonard Cohens dype, sexy røst halveis hvisker "If you want a lover, I'll do anything you ask me to. And if you want another kind of love, I'll wear a mask for you. If you want a partner, take my hand. Or if you want to strike me down in anger, here I stand, I'm your man" - da er det ikke bare stemmen, men også personligheten han formidler gjennom ordene som tenner meg. Sterk, men sensitiv, tøff og beskyttende, det er billedet jeg får av han. Og hva antyder ikke de alltid nærværende solbrillene? Et blikk så intenst at det må dempes?

Verden er overfylt av erotiske stimuli. Du kan stenge dem ute om du vil, og bare se de trette menneskene som haster forbi, høre den banale bakgrunnsmusikken i butikkene, kjenne lukten av eksos og føle skubbene av dem som trenger seg foran i trikkekøen. Med dette perspektivet på dagens sanseopplevelser blir tilværelsen grå. Du kan også åpne opp for erotikken i hverdagen. Møt blikket til blomsterhandleren som åpenbart flørter over rosene, sett et bånd med Cohen i bilstereoen og drøm deg bort under turen hjem i rushtiden, trekk inn duften av nybakt brød fra bakerbutikken og gled deg over den deilige berøringen som blir deg til del i den overfylte trikken. Dagen kan bli en fest om du møter den med en erotisk innstilling.

Hvordan kjennes erotikken?

Erotikk er strømmer av liv i kroppen, en varme i skjødet, et sug i mellomgulvet, et hamrende hjerte, en sitring i huden, en skjelving i hendene, skjønne indre billeder. Når du er i erotisk beredskap, har kroppen en økt mottagelighet. Stimulering som under andre forhold knapt ville merkes, kan tenne et fyrverkeri av seksuelle følelser. Da jeg var femten, forelsket jeg meg sterkt i mannen jeg fremdeles er gift med. I begynnelsen av forholdet vårt fikk jeg gåsehud bare min lillefinger møtte hans. Nå skal det nok noe mer til.

⇒

I erotikkens lys blir sanseinntrykkene på samme tid skjerpet og sløret. Det vakre blir vakrere, det heslige forsvinner fra synsfeltet ditt. Den delen av verden som ikke lenger er relevant for deg, stenges ute. Bagateller og småligheter glemmes, og det åpnes for inntrykk og opplevelser av en annen dimensjon enn det vanlige.

Hva betyr erotikken?

"For meg er erotikken fantasiene jeg har med meg etter at den seksuelle handlingen er over, fantasiene jeg tar frem i hverdagen, fantasiene som inspirerer mitt sinn og gleder min kropp. Noen av dem er helt fantastiske, og minnene om dem beriker mitt hverdagsseksualliv uten å true det", sa en høyintellektuell venn til meg. Utenfra kan det ved et overfladisk blikk se ut som bøkene er alt som teller i hans liv. Men ved en nærmere granskning synes det på han at det erotiske er betydningsfullt. Noen mennesker har ansikter der lysten setter sitt spor i hvert trekk. Han er ett av dem.

"For meg er erotikken stjerneskudd, eruptive jordskjelv og elektriske utladninger i hele kroppen", sa en annen venn, en av samfunnets viktige støtter. "Jeg elsker ham gjennom alle grønne laken", sa en alvorlig syk venninne av meg i går. Hun fortalte hvordan mannen hennes hadde holdt henne i hånden under et smertefullt inngrep og hvisket til henne hvor vakker hun er, og hvor fantastisk. I to timer hadde han minnet henne om de erotiske opplevelsene de hadde hatt sammen, vekket fantasiene hennes og bragt henne, om ikke over regnbuen, så bort fra en vond virkelighet.

"Jeg savner seksuallivet forferdelig og har fremdeles sterke erotiske drømmer", betrodde en 86 år gammel pasient. Og gamle mennesker, som ikke har hatt noe vellykket seksualliv, har bragt sin sårhet og savn over denne forspilte delen av livet med seg til meg. For noen har ungdommens drifter vært så sterke at de har blitt slaver av sin egen kåthet og nesten besatt av tankene på seksuell tilfredsstillelse. En gammel venn av meg som betraktet en frodig skjønnhet i duvende dans rundt sankthansbålet utbrøt i vånde mens han slo seg på låret: "Faen og, nå trodde jeg jeg hadde fått fred. Men det gir seg visst aldri".

Hva gjør erotikken med deg?

Erotikken skaper et vidunderlig velvære, en midlertidig flukt fra hverdagen, glede over livet, samklang mellom kropp og sjel. Du som har en lett mobiliserbar erotisk beredskap kan beruse deg selv, uten rusmidler. Du blir generøs og snill og ønsker at din overflod av glede kan spres i omgivelsene.

Erotikk gjør vakker. Huden gløder, ansiktet rødmer og øynene stråler under erotikkens trylleskjær. Forleden møtte jeg en bekjent av meg som i mange år har sett sliten og grå ut. Nå bare skinte det av henne. "Du må være forelsket", sa jeg, "det er ingen annen forklaring på at du er blitt så vakker". "Hysj", hvisket hun, ikke si det til noen. Hun er godt over femti år og bestemor. Antagelig er det ikke husbonden gjennom de siste tredve årene som er årsaken til dette hamskiftet.

Erotiske følelser stimulerer et utall av kjertler til å skille ut hormoner og andre stoffer som bringer helse. At det går en strøm av endorfiner, hjernens eget narkotikalignende stoff gjennom blodårene våre når vi er erotisk stimulert, kan det ikke være tvil om. Det heter jo "beruset av forelskelse". Her er det snakk om sterke rusmidler, som får en til å sveve, ikke til å sjangle, som får en til å glemme kroppslige smerter og som feier depresjoner vekk som et vindpust.

Erotikk er et bedre slankemiddel enn alt annet, men kommer dessverre ikke i pakninger på apoteket. Suget i magen er sult etter nærhet og kroppskontakt med den elskede, ikke etter mat. En venninne av meg fortalte at hun spiste lunsj med en mann hun var enormt tent på. Det var umulig for henne å svelge ned mer enn 4 reker og et halvt stykke brød. Hun gikk ned mange kilo, men var heldigvis på den runde siden i utgangspunktet. Utløsning av den erotiske spenningen gjennom sex er det beste sove- og avslapningsmiddel som finnes. Akkurat som mosjon holder muskulaturen vår vedlike, holder regelmessig sex kjønnsorganene og bekkenbunnsmuskulaturen vår vedlike.

Erotikkens helsebringende effekter er på langt nær fullstendig klarlagt. Det har alltid forundret meg at forebyggende arbeid her i landet bare har konsentrert seg om sunt kosthold, røyking og mosjon. Ingen av profetene har inkludert gode råd om sunn sex i sine budskap. Men heldigvis, her er driftene i oss så sterke at vi ikke lar oss stoppe, selv om sex enda ikke er offisielt stemplet som sunnhetsbringende på linje med kli og gulerøtter.

Kan erotikken styres?

Erotikken er en kraft som kan vitalisere og berike livet vårt, men også bringe katastrofe når vi ikke kan styre den. Følelser og fornuft må kobles i utfoldelsen av erotikken, som i alle andre av livets forhold. Erotiske tenninger kan vekkes av mangt og mange. Erotikken er polygam. "Hjertet har like mange rom som et horehus", sier helten i Gabriel Garcia Marquez roman "Kjærlighet i koleraens tid".

Jo mer en blir seg sine erotiske følelser bevisst, jo mer en aksepterer og gleder seg over at de er der, jo mer kan en styre dem og ikke la seg styre av dem, tror jeg. Vi har lært at det er syndig å begjære sin nestes hustru, hans asen og alt annet som hører nesten til. Tankene er like syndige som gjerningene. Ja, hvis så er tilfelle, vil jeg heller gjøre det enn å tenke det.
Det er jo mye morsommere. Jeg tror at om vi gleder oss over alle de erotiske stimuli som finnes rundt oss, har vi mere sensualitet å gi til vår faste partner. Men jeg innrømmer gjerne at dette er en balansegang på strak line. Det er også lett å falle for fristelsene når en er en erotisk speider og alltid beredt. I "Lysets øyeblikk" skildrer Harald Sverdrup de dype erotiske gledene som et langt samliv kan bringe. Jeg avslutter med et vers fra dette diktet:

"Lysets øyeblikk
er denne dobbelte regnbuen
innerst i et samlivs nåde.
Vi er ett til samme musikk
og likevel to".

Åsa Rytter Evesen ❑

Kondomericker

- en ny måte å drive helseopplysning på - eller kun til glede?

Bokas tittel:
100 Kondomericker, Universitetsforlaget, Oslo 1992.
(Kondomericker = limericker med beskyttelse).

I denne boka presenteres 100 av de beste limerickene som er valgt ut blant mere enn 9000 bidrag til RFSUs (Riksforbundet for seksuell opplysning) store limerick-konkurranse. Formålet med konkurransen (og boka) er å alminneliggjøre bruk av kondom på en underholdende måte. Bidragsyterne har gjort det mulig å bruke smilet og gleden til å påvirke holdninger. Om dette medfører en alminneliggjøring av kondom, må tiden vise. Uansett er dette et eksempel på en både morsom og kreativ måte å drive helseopplysning på. Antall innkomne bidrag forteller om en enorm respons og resultatet er mange gode limericker. Konkurransen har engasjert alt fra profesjonelle limerickforfattere og foreninger til nordmenn i alle aldersgrupper (skoleklasser, selskapsleker etc). Limerickforfatter og lyriker Alf Haugland har gått igjennom bidragene i boka for å garantere deres faglige nivå. RFSU ønsker å følge opp boka med en ny limerickkonkurranse på temaet: "Vår og sommer og kjærlighetens gleder". Kanskje noen av Utpostens lesere lar seg utfordre til å delta?

Ønsker å gjengi vinneren av limrickkonkurransen "Alltid beredt" av Finn Olsen, Leirsund:

Alltid beredt

En speidergutt, visstnok fra Fet
ble bevegelsens pryd rett og slett
Da han yndet å gå
med kondomene på
for en speider er alltid beredt!

Finn Olsen, Leirsund

Boka anbefales og er garantert lettlest og morsom.

Anmeldt av
Kjell-Olav B. Svendsen.

Ikke bare sykdom og smerte

Sexologi i allmennpraksis

Esben Benestad (1949) er født og oppvokst på Sørlandet. Jobbet i hele studietiden med rusmiddelproblematikk. Tok medisinsk embetseksamen 1976, turnus ved Vest-Agder Sentralsykehus, distriktsturnus alene i Sirdal. Har overtatt fars allmennpraksis i Grimstad fra 1978.
Jobbet som overlege ved A-senteret i Arendal i 90, 91, 92 i fra hel til halv stilling. Har utført forskningsarbeide på transvestisme -86, arbeidet aktivt med sexologi siden -85. Flere publikasjoner. Jobbet fast ved Storgaten Allmennhelsesenter i Grimstad som allmennlege. Har fast spalte i Vi Menn og sexualopplysningstelefon på teletorget.

Av Esben Benestad

Hvorfor skal vi interessere oss for seksualitet? Fordi vi alle er seksuelle, kanskje? Men hvorfor *faget* sexologi og hvorfor i allmennpraksis?

Vi sitter i første linje av akademiske helsearbeidere. Mange av oss har vel valgt å sitte nettopp der fordi allmennmedisinen er så uhyre omfattende. I erkjennelse av at vi liker omfattende virksomhet. Aldri vet vi på forhånd hva vi skal spørres om, eller hvem som skal spørre om hva. Det vi har en viss kontroll over er hvordan vi skal besvare eller møte de problemstillingene vi blir stillet overfor. Vi har i den anledning flere muligheter.

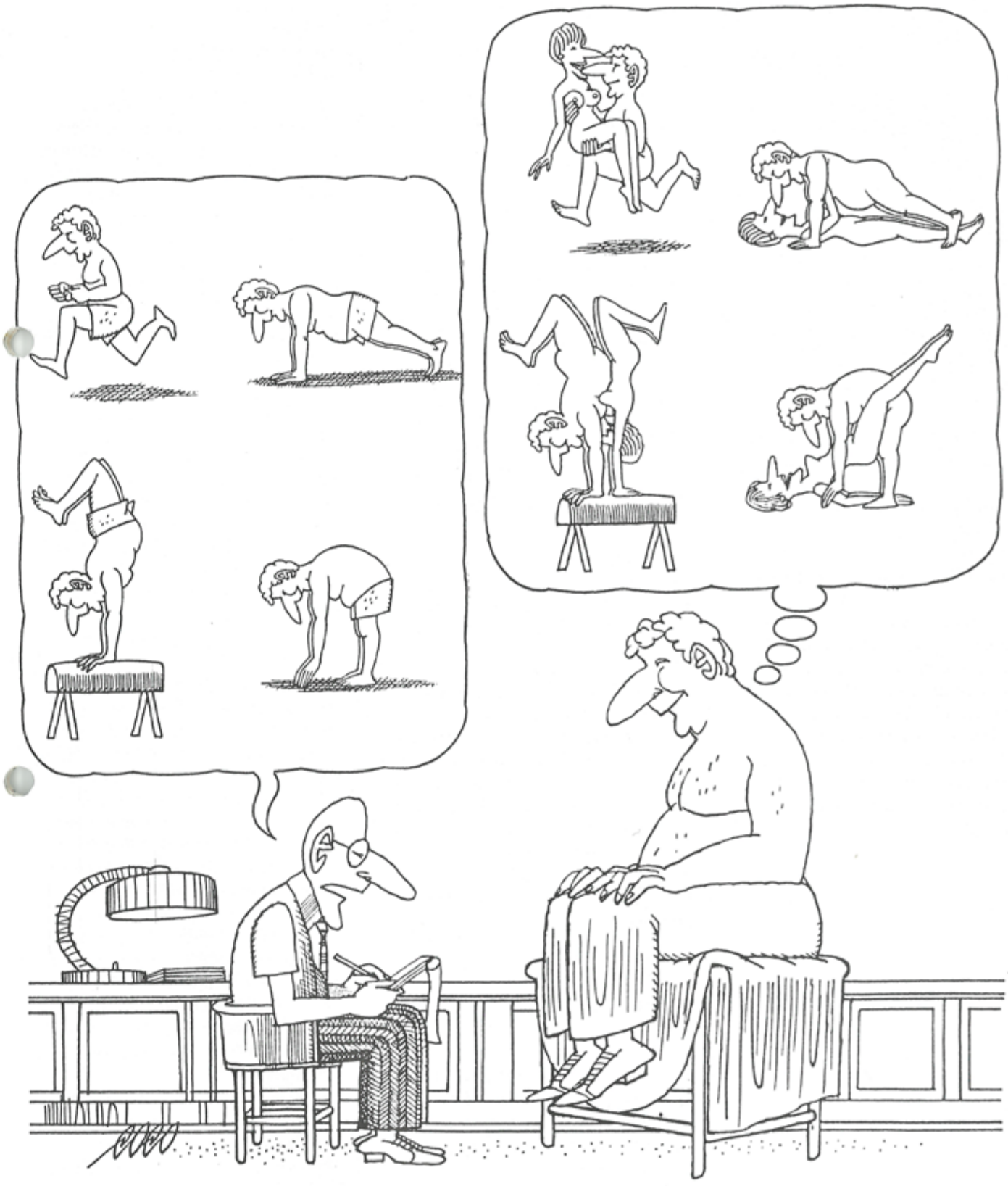
Vi kan henvise.
Dette blir bra dersom pasienten kommer til rette vedkommende, det kan gå aldeles galt hvis de kommer på feil sted.

Vi kan behandle selv.
Det går ofte bra, men muligheten for feilbehandling foreligger alltid. I sexologisk sammenheng vil feilbehandling ofte iverksettes fordi vi synes vi må gjøre noe, uten at vi egentlig har skaffet oss innsikt i problemets natur. Rent praktisk medfører dette gjerne bruk av forskjellige typer psykofarmaka eller hormonpreparater. Slik behandling vil enten ikke hjelpe, eller den vil kamuflere problemene.

Vi kan velge å overse/overhøre problemstillingen.
Personlig kaller jeg dette "å trekke ned rullegardinene". Rett ofte vil et slikt valg representere et bedre alternativ enn å pretendere en behandling som likevel ikke er effektiv. Vesentlig er det imidlertid å *vite* at nå trekker jeg ned rullegardinene, av opplyst mangel på bedre alternativer.
Problemer som krever sexologisk tilnærming har nok ofte blitt feilbehandlet både hos oss og hos de spesialister vi har valgt å henvise til. Dersom det tverrfaglige arbeidsområdet sexologi skal ha noen plass i allmennmedisinen, må det være fordi dette er en hensiktsmessig plassering i forhold til våre behandlingsmuligheter og interesser.
Slik jeg ser det sitter vi som allmennmedisinere utmerket til for sexologisk tilnærming, men jeg har forståelse for innvendinger av typen: "Har vi ikke nok, trenger vi å *utvide* vår allerede omnipotente rolle?"

Egen adkomst til faget:

Sexologi er en tverrfaglig disiplin. I Norden har det siden 1978 foreligget en sexologisk forening med tilslutning fra en rekke faggrupper. Foreningen utgir et tidsskrift, "Nordisk Sexologi", som kommer ut regelmessig. Den mest praktisk anvendelige fagbok er "Klinisk sexologi" av Preben Hertoft. Boken er herved anbefalt.
Selv har jeg alltid hatt interesse for seksualitet. I studiet lærte jeg å spørre om de naturlige funksjoner. Det falt aldeles naturlig å spørre om både hørsel, søvn, avføring og vannlatning. Jeg registrerte imidlertid snart at ordene satt seg fast i halsen når jeg skulle spørre om seksualfunksjoner. Dette merket selvsagt pasientene, og flere fant det vel på sin plass å skåne meg for betroelser av typen: "Den vil ikke stå, han klarer ikke å komme inn i meg, vi har ikke ligget sammen på tre år, kona er OK, men jeg blir mer kåt på min svoger" osv. Selvsagt var det et mindretall som selv var parate til å komme med slike betroelser. Det jeg ikke desto mindre mener å ha forstått, er at det vi leger føler oss brydd av, vil våre pasienter være tilbøyelige til ikke å snakke om.
Det falt samtidig naturlig for de samme pasientene å snakke om depresjoner, angst, muskelsmerter, initiativløshet, magesmerter, tarmgass og alle slike saker som vi allmennmedisinere *ikke* skånes for.
Ikke desto mindre visste jeg godt at sek-



sualfunksjonen er en del av de naturlige funksjoner. Videre visste jeg at utilfredsstillende seksualitet ligger bak mange diffuse symptomer og lidelser. At disse symptomer og lidelser gjerne beheftes med diagnoser av psykiatrisk karakter, gjør ikke saken bedre. Jeg har senere fått større innsikt i at seksualsvikt kan være et meget tidlig symptom på hypofysetumor, multippel sclerose, endokrine lidelser og annet. Videre har jeg sett hvordan seksualiteten påvirkes av mange andre sykdommer, behandlinger og medikasjoner.
I tillegg til dette, hadde jeg en tanke om at lykkelige og tilfredse mennesker blir mindre syke enn andre, og at de lever bedre og lengre med sine sykdommer og svakheter enn hva andre gjør. I den anledning ble det av betydning for meg ikke bare å interessere meg for sykdom og smerte, men også for menneskelig lykke. Lykke er riktignok et begrep som vitenskapen har vondt for å definere, men som folk flest utmerket godt forstår.
Ettersom det er folk flest jeg arbeider med, finner jeg det mer vesentlig å kunne kommunisere med dem enn med "vitenskapen", derfor har jeg beholdt lykkebegrepet.

Jeg ber nå leseren se for seg en horisontal linje og tenke seg at alt *under* denne linjen representerer en eller annen form for sykdom, defekt eller smerte. Sagt på en annen måte: Alt under denne linjen representerer det vanlige, medisinske arbeidsområde: Patologien. Linjen kaller jeg for "nullinjen". Fravær av sykdom befinner seg *på* nullinjen.
Lykken befinner seg *over* nullinjen.
Jeg ber nå leseren forestille seg en rekke vertikale linjer som krysser nullinjen. Det dannes en rad av kolonner hvor halvdelen av kolonnen befinner seg over og resten befinner jeg under nullinjen. Hver kolonne kan gis navn: En for muskel/skjellett, en for gastrointestinal-traktus, en for hud, en for seksualitet og gjerne kolonner for økonomi, vennskap, ekteskap osv. osv. Skjemaet som dannes gir eksempelvis mulighet for plassering både av gastrointestinal patologi og gastrointestinal lykke. Jeg antar de fleste av leserne har rikelige faglige assosiasjoner på patologien, men lykkebegrepet i denne sammenheng oppleves muligens mer fremmed. Poenget med denne tenkemåten er å belyse at vi består av mange deler som innbyrdes kan påvirke hverandre, og som samlet hele blir et uttrykk for livskvalitet - den være seg god eller dårlig.
La meg presentere et eksempel: Dersom en person lider av muskel/skjellett patologi, kan vedkommende likevel nyte deilige måltider. Litt enkelt sagt, kan altså den motoriske patologi til en viss grad oppveies av gastrointestinal lykke.
Jeg har hatt nytte av dette skjemaet i det daglige arbeidet. På kontoret diskuterer vi både det som måtte befinne seg over og det som måtte befinne seg under streken. Målsetningen blir å belyse om skjemaet totalt faller ut over eller under null. Pasienter finner svært ofte tilhørighet i plager og diagnoser og lar disse styre livene deres. Vi fanges lett av dette, og forholder oss utelukkende til smerten eller patologien. Slik kan vi bidra til å opprettholde pasientenes opplevelse av seg selv som syke og lidende. Det er ikke nødvendigvis galt, slik jeg ser det, men det er svært ofte utilstrekkelig. Særlig blir det galt når pasientens liv og livsforvaltning skal vurderes langsiktig. Ved også å betone de mulige lykkeaspektene, kan mange oppleve sin tilværelse som langt lettere. Det blir påfallende mange bedre av. Lykkebetoningen må selvfølgelig skje på en skikkelig måte.

Fremmed odør

En nygift, ung dame fra Tufter,
hver morgen sitt sengetøy lufter.
Fru naboen spør:
«Så fremmed odør!»
«Ja, vi bruker donger som dufter».

Henrik Nelsen, Fredrikstad

De fleste av oss er vel allerede kjent med at våre pasienter har stort utbytte av troverdige utsagn om at de egentlig er ganske friske!
Skjemaet kan når det er aktuelt, ha en seksualitetskolonne. Seksualiteten rommer betydelige egenskaper med hensyn på - skal vi si - å tilveiebringe lykke. Når kolonnen er under nullinjen, har den tilhørende smerte en stor evne til også å trekke de andre kolonnene med seg og således skape en opplevelse av dårlig livskvalitet.
Under arbeidet med denne tenkingen foruten en rekke andre sexologiske inspirasjoner, ble det langt naturligere for meg også å spørre mine pasienter om hvordan det står til med "seksualfunksjonene".
Nå vil kanskje mange tro at den stakkars allmennpraktiker som stiller slike farlige spørsmål, får en rekke svar som gjør det umulig for ham eller henne å ivareta alle andre oppgaver.

Fagets innhold i allmennpraksis

Rett nok heter det at som man spørger får man svar, men mange svarer faktisk (med litt overraskede ansiktsuttrykk) at: "Takk, det er helt utmerket". Noen overhører spørsmålet, mens andre svarer at den ikke vil stå, at de ikke har hatt samleie på flere år, at de er trange i skjeden, at de tenner på samme kjønn, eller hva det nå måtte være? Det er viktig å understreke at noen av dem som sier at alt er utmerket, utmerket godt ved at de lyver. De kommer ofte tilbake på et senere tidspunkt fordi de har kommet til å forstå at jeg bryr meg.
Det er klart at det blir arbeid av dette. Har du først kommet deg til å spørre, er det helt nødvendig at du kan møte reaksjonene. Med det mener jeg ikke at vi allmennpraktikere skal ha dyptpløyende kunnskaper om intrikate patofysiologiske prosesser i kjønnsorganer, hjerne, blod eller nervesystem. Jeg tror heller ikke allmennpraktikeren trenger ta mål av seg til å ha dyp innsikt i alle seksuelle minoriteter, kjønnstilhørighetsproblemer, incestforekomster og konsekvenser. Men jeg tror det er ganske nødvendig å vite noe om eksistensen av alt dette, og like nødvendig ikke å miste taket på seg selv dersom noen skulle komme til å presentere et slikt problem.
Vi er vant med å sende pasientene videre - til dem som vet noe mere om det

presenterte. Riktignok er det ikke så mange, men etterhvert finnes det noen som ser seg i stand til å yte kompetent bistand overfor pasienter med sjeldne og kompliserte problemstillinger. Jeg mener det er god behandling å henvise til dem her i landet som selv sier at de har sexologisk fagkunnskap. Kan de ikke selv behandle, vil de gjerne vite hvor et godt tilbud finnes.

Innholdet i den *alminnelige*, allmennmedisinske, sexologiske hverdag består i å gi pasientene en anledning til å snakke om seksualiteten sin på en måte som angår dem.

Da kan det dreie seg om forhold som tidlig sædavgang, forsinket eller fraværende orgasme, at lysten har blitt redusert med årene (det er aldeles vanlig), at penis blir litt skjev i stående (det er like vanlig og egentlig ganske uproblematisk), at det oppstår seksuelle problemer etter separasjon og liknende. Ved å spørre om seksualitet gir vi våre pasienter tillatelse ikke bare til å ha seksuelle vansker, men til å være seksuelle overhodet. Svært ofte vil de problemer som kommer frem kunne behandles utmerket ved å gi begrensede informasjoner av ganske allmenngyldig karakter. La meg gi et nesten sjokkerende, men ikke desto mindre slett ikke uvanlig eksempel: En mann i annen halvdel av tyveårene forteller at han siden han var atten har holdt seg helt unna det annet kjønn. Dette fordi han føler seg så skitten. Etter endel spørsmål og samtale av omtrent 15 minutters varighet, kommer det frem at skittenheten besto i at han hadde våte drømmer. Han fikk informasjon om at dette var meget utbredt, meget vanlig og aldeles normalt. Han forlot kontoret lykkelig og tok fatt på et langt mindre ensomt seksualliv. Nå er det selvfølgelig ikke alltid så enkelt, men det ville jo vært trist om denne mannen hadde møtt nedrullede gardiner.

Det er klart at mange sexologiske problemstillinger krever langt større innsikt og kunnskap, men slik jeg ser det, er seksuelle vansker noe som vederfares så mange av våre pasienter at vi egentlig ikke *kan* overse dem.

Utbytte.

Jeg tror alltid det føles godt å gjøre en erobring i forhold til egen tilkortkommenhet og sjenanse overfor noe av det menneskelige. Slike seire gir grunnlag for større trygghet i ethvert terapeutisk møte, og de skaper større innsiktsmulighet i de problemstillingene vi står overfor i faget vårt.

Det er min erfaring at ved at jeg kan møte seksuelle problemstillinger, opplever pasientene en større grad av generell helsemessig interesse fra min side - noe som igjen øker deres trygghetsfølelse. Dette er størrelser det er meget problematisk, ja kanskje umulig å måle, men som ikke desto mindre intuitivt oppleves som riktige.

Det forholder seg faktisk også slik at da vi i en spørreundersøkelse i 1987 spurte et reperesentativt utvalg av det norske folk hvem de trodde best kunne hjelpe dem dersom de hadde seksuelle problemer, fordelte svarene seg som følger:

71 % mente de kunne få best hjelp hos partner, 31 % mente de kunne få best hjelp av seg selv, mens "vanlig lege" kom på tredje plass med 26 %. Nummer to blant helsearbeidere ble psykologer med 17 % fulgt av psykiatere med 9 %. Personlig gir sexologien meg mange typer utbytte. Jeg føler det lettere å møte det *hele* mennesket, og den gir meg faktisk mulighet for å gjøre spennende oppdagelser.

Sexolog er ikke noen faglig beskyttet tittel med tilhørende utdannelse, eksamen og vitnesbyrd. Det er en betegnelse på dem som arbeider med sexologi. Jeg har blitt tildelt denne tittelen offentlig og dertil er jeg mann. Av den grunn oppsøkes jeg av mange menn med det felles problem at penis ikke vil stå. Årsakene er mange, men det har etter hvert utkrystallisert seg en gruppe hvis sykdomsbilde jeg har gitt betegnelsen "resignert penis syndrom". Seksualiteten lever ikke i noe vakuum. Den er en del av vårt kroppssystem (en naturlig funksjon), men også en kraft som inngår som et meget vesentlig element i vår kommunikasjon med andre. Med det mener jeg ikke bare coitalt, men også i forhold til flørt og alle former for sosialt eros. Ser vi reisningsfunksjonen utelukkende som et kroppslig fenomen knyttet til individet, vil gjerne både behandling og diagnose forholde seg til det rent kroppslige. Flere av mine impotente menn frambød en type resignasjon som i første omgang rettet seg mot penis manglende evne til ereksjon, men som ved nærmere analyse av hele den sammenhengen disse mennene befant seg i, viste seg å være en resignasjon i forhold til egen seksuell tilfredstillelsesmulighet og bekreftelse. De opplevet alle et behov og en oppgave i forhold til å vekke partners interesse og å kunne tilfredstille henne. Dette fikk de av forskjellige årsaker ikke til. De hadde prøvet å være alt fra myk mann til maskulin Tarzan. De hadde vært tålmodige og pågående, de hadde fulgt partners mer eller mindre uttrykkede ønsker og lyster. De hadde drevet på i årevis. Bemerkelsesverdig var det også at hverken de eller partner hadde noen skikkelig forståelse av hvorfor hun notorisk avviste. Til sist hadde de altså resignert, og et sine qua non i resignasjonssyndromet var symptomet impotens. Et symptom som ikke lot seg behandle uten ved å fokusere på parforholdet.

Diskusjon:

Det er interessant å merke seg at blant "helseprofesjonistene" står allmennlegen på første plass i folks bevissthet som hjelper også ved seksuelle problemer. Denne tillit har vi neppe vunnet ved å inkludere spørsmålet om seksualfunksjoner under de naturlige funksjoner. Jeg tror tilliten bunner i det faktum at allmennlegen er den mest kjente, mest tilgjengelige og brukte aka-

⇒

demiske helsearbeider i Norge. Det forventes av oss at vi skal kunne forholde oss til alt som måtte oppfattes som medisinsk problematikk. Smerte - den være seg somatisk, psykisk, psykosomatisk eller somatopsykisk, - vil formodentlig alltid være den mest vesentlige årsak til legehenvendelse. Det gjelder også "seksualsmerten" om jeg må få kalle den det. Heldigvis for det samme, norske publikum, er det nettopp allmennmedisinerne som viser størt interesse for sexologi her i landet. Faktisk står allmennleger som en ryggrad i mye av det sexologiske arbeidet som utføres, og allmennleger synes mest kursinteresserte. Dette faktisk i motsetning til våre naboland hvor andre akademiske faggrupper og spesialiteter dominerer.

Slik jeg ser det, er dette ikke bare i samsvar med folkeoppfatningen, men det er nyttig i forhold til selve faget.
For det første er seksuelle problemer meget vanlige og utbredte, problemstillingene er allmenne i den forstand at de fleste på en eller annen måte vil ha hatt kontakt med en eller flere seksuelle vanskeligheter. Problemene er systemiske i den forstand at de i regelen ikke bare involverer en, men oftest to og tidvis enda flere personer. Det er altså smertetilstander som ikke bare angår det individuelle system, men det angår og influeres av seksualpartner(e), foreldre, barn, venner og kultur.

På dette grunnlaget har jeg valgt både å interessere meg for og å arbeide med sexologiske problemer.
Det har gitt meg mye både personlig, pedagogisk i den utstrekning jeg driver opplysende, forebyggende virksomhet, og ikke minst terapeutisk. Det har vært mulig mange ganger å skjære igjennom og forenkle problemstillinger som til da hadde vært diffuse, fordi ingen hadde spurt skikkelig om hvordan klientene *egentlig* hadde det - seksuelt.

Lege Esben Benestad
Storgaten Allmennhelsesenter
Storgaten 40/42, 4890 Grimstad

❑

NICOTINELL "CIBA"
Nikotinplaster

DEPOTPLASTER 7 mg/24 timer, 14 mg/24 timer, 21 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneh.: Nikotin 17,5 mg (10 cm2 avgir ca. 7 mg/24 timer), resp. 35 mg (20 cm2 avgir ca. 14 mg/24 timer), resp. 52,5 mg (30 cm2 avgir ca. 21 mg/24 timer), hjelpestoffer.

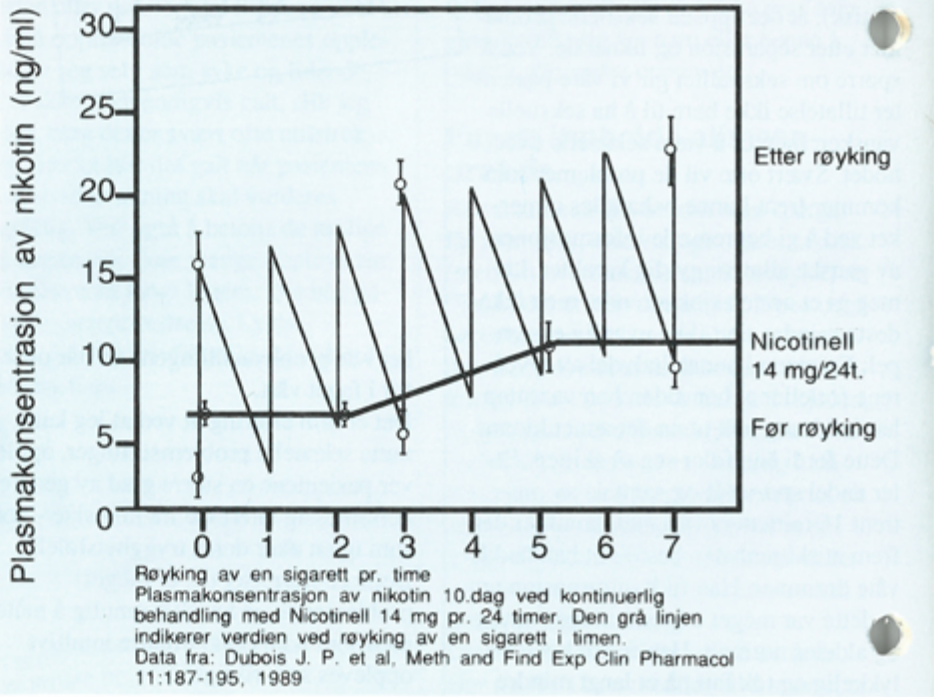
EGENSKAPER: Klassifisering: Depotplaster for transdermal tilførsel av nikotin til hjelp ved røykeavvenning. Nikotindepotet omgis av en matrix som sikrer kontrollert og kontinuerlig frigjørelse over 24 timer. Egenskaper: Nicotinell øker muligheten for en vellykket røykeslutt og synes å redusere symptomer på nikotinabstinens. Absorpsjon: Et jevnt plasmanivå nås 8-10 timer etter at første plaster er påsatt. Ved gjentatt applikasjon av dosen 21 mg/24 timer, ligger plasmakonsentrasjonen i området 10-18 ng/ml, og for dosen 14 mg/24 timer i området 7-12 ng/ml. Dette tilsvarer plasmakonsentrasjoner målt ved moderat sigarett-røyking. Mengden nikotin avgitt fra et plaster i løpet av 24 timer kan variere med en faktor på to mellom ulike individer, men for ett individ er variasjonen liten. Metabolisme: Hovedsakelig i lever til kotinin og nikotinoksyd. Halveringstid: Ca. 2 timer. Utskillelse: Via nyrene.

INDIKASJON: Hjelpemiddel ved røykeavvenning.

KONTRAINDIKASJONER: Ikke røykere, barn og tilfeldige røykere. Graviditet og amming. Akutt myocardinfarkt, ustabil angina pectoris, alvorlige hjertearrytmier og nylig gjennomgått cerebrovaskulær sykdom. Hudsykdom som vanskeliggjør plaster terapi. Overømfintlighet for nikotin.

BIVIRKNINGER: I prinsippet kan Nicotinell gi de samme bivirkninger som nikotin tilført ved røyking, men mindre markert da maksimal plasmakonsentrasjon er lavere og plasmanivået fluktuerer mindre enn ved røyking. Vanligste bivirkning er ulike former for hudreaksjoner på applikasjonsstedet. De fleste er milde og forsvinner innen 48 timer. I kliniske forsøk avbrøt ca 6% behandlingen p.g.a hudreaksjoner. Enkelte CNS bivirkninger kan vanskelig skilles fra abstinenssymptomer ved røykeslutt. Følgende bivirkninger/abstinenssymptomer er rapportert hyppigere enn ved placebobehandling i kliniske forsøk, men uten at årsakssammenhengen nødvendigvis er klarlagt: CNS: Søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker, hodepine, trøtthet, svimmelhet, livlige drømmer. GI: Kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hud: Kløe, svie, erytem av varierende alvorlighetsgrad, evnt. med lokalt inflammatorisk infiltrat, generelt utslett. Andre: Forkjølelsesliknende symptomer, blodtrykksforandringer, brystsmerter, dysmenore, allergi, myalgi, motorisk dysfunksjon.

Nicotinell tilfører en konstant nikotinmengde gjennom huden



Røyking av en sigarett pr. time
Plasmakonsentrasjon av nikotin 10.dag ved kontinuerlig behandling med Nicotinell 14 mg pr. 24 timer. Den grå linjen indikerer verdien ved røyking av en sigarett i timen.
Data fra: Dubois J. P. et al, Meth and Find Exp Clin Pharmacol 11:187-195, 1989

FORSIKTIGHETSREGLER: Nikotin er giftig og milligram doser kån være fatale ved rask absorpsjon. Før og etter bruk inneholder plasteret store mengder nikotin og må oppbevares utenfor barns rekkevidde. Av hensyn til de farmakologiske effekter av nikotin samt manglende klinisk erfaring, skal Nicotinell ved følgende tilstander anvendes med forsiktighet og kun der samtaleterapi eller tilsvarende ikke har gitt resultater: Alvorlig hypertensjon, stabil angina pectoris, cerebrovaskulær insuffisiens, perifer arteriesykdom, hjertesvikt, hypertyreose, diabetes mellitus, nyre- og leverinsuffisiens samt ved magesår. Behandlingen bør avbrytes ved alvorlig eller vedvarende hudirritasjon. Middelet innebærer risiko for tilvenning.

GRAVIDITET OG AMMIMG: Enhver form for nikotin tilførsel i forbindelse med svangerskap og amming bør unngås.

INTERAKSJONER: Røyking antas å øke metabolismen ved enzym induksjon. Røykeslutt kan derfor påvirke (heve) plasmakonsentrasjonen av visse legemidler f.eks. østrogener, imipramin, oxazepam, theofyllin og warfarin.

DOSERING: Nicotinell er kun indisert ved røykeavvenning med total røykeslutt. Et plaster skiftes en gang i døgnet. Doseringen avhenger av tidligere sigarettforbruk. Behandlingen bør være fleksibel og en dosetitrering kan være nødvendig. Ved et sigarettforbruk på mer enn 20 sigaretter daglig forsøkes dosen 21 mg/24 timer. Etter 3-4 ukers behandling, og forutsatt at pasientens respons er tilfredstillende, forsøkes dosen 14 mg/24 timer i 3-4 uker. Dosen 7 mg/24 timer anbefales som redusert nikotin substitusjon de siste 3-4 uker av behandlingen. De som i utgangspunktet røker mindre enn 20 sigaretter daglig starter med dosen 14 mg/24 timer som kan gis i 3-8 uker før dosen 7 mg/24 timer forsøkes de siste 3-4 ukene av behandlingen. Behandlingen anbefales understøttet av andre tiltak for å lette røkeavvenningen, f.eks.samtaleterapi, som også bør fortsette etter behandlingen. Bruk utover 3 måneder anbefales ikke, og er ikke dokumentert. Erfaring mangler vedrørende behandling av pasienter yngre enn 18 år og eldre enn 65 år. Ett plaster festes på ren, tørr, hårfri og intakt hud på magen, ryggen, brystet, eller overarmen. Etter 24 timer fjernes plasteret og et nytt festes på et annet hudområde.

OVERDOSERING/FORGIFTNING: Symptomer: Blekhet, svetting, kvalme, økt spyttsekresjon, oppkast, magekramper, diare, hodepine, svimmelhet, syn-og hørselsforstyrrelser, skjelving, forvirring, muskelsvekkelse, kramper, bortfall av neurologiske reaksjoner og respirasjonssvikt, hjertesvikt. Behandling: Hvis mulig, fjern plasteret. Symptomatisk behandling.

PAKNINGER OG PRISER:
7 mg/24 timer: 7 stk., kr. 175,-
7 mg/24 timer: 21 stk., kr. 516,-
14 mg/24 timer: 7 stk., kr. 182,-
14 mg/24 timer: 21 stk., kr. 537,-
21 mg/24 timer: 7 stk., kr. 196,-
21 mg/24 timer: 21 stk., kr. 578,-

CIBA–GEIGY
Postboks 6077 Etterstad, 0601 Oslo
Tlf.: (02) 19 49 50

12.91

ScP Christiania as RRA 124

De er tre venninner som treffes ofte, de prater og røyker og vet hva de vil.

Det er bare det å slutte å røyke som er så vanskelig. Du kan hjelpe dem.

NICOTINELL er et nytt medisinsk behandlingsalternativ for dine pasienter som ønsker å slutte å røyke.
*NICOTINELL er et depotplaster som tilfører en konstant nikotinmengde gjennom huden, slik at røykesuget dempes og eventuelle abstinenssymptomer reduseres.**
NICOTINELL finnes i 3 ulike doser. Ved at røykeren trinnvis går over til plaster med lavere dose vil kroppen vennes av med nikotin.
NICOTINELL er en tidsbegrenset avvenningskur med varighet 6-12 uker.

Nicotinell®
nikotin

* Aberlin T, Buchler A, Muller P, et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. Lancet 1989;i:7-10

Kloke, glade, erotiske kvinner

- det vil jeg at mine døtre skal bli!

Helga Arianson f. 1956. Arbeider som helsesjef i Loddefjord - Bergen. Med. embetseksamen i Bergen 1981. Hammerfest 1981-1985: Turnus, kirurgi/ gynekologi (2 år). Bergen 1985 - dd: Kvinneklinikken 6 mndr. Siden 1986 arbeidet i Bergen kommune med oppgaver innenfor samfunnsmedisin, men har ikke somlet meg til å fullføre spesialiteten (holder på nå).

Av Helga Arianson

Hvordan kan vi som leger, medmennesker og foreldre bidra til å gi våre døtre, de unge jentene, en opplæring som gjør dem til trygge, glade kvinner med et rikt, erotisk liv i samsvar med sine egne moralnormer?

Målet er høyt og omfatter et stort mangfold. I den grad noen av oss kommer dit i dag, er det mer på tross av enn på grunn av samfunnet og de regler og normer som gjelder.

Seksualitet er spennende

Seksualitet er spennende og har opptatt min interesse gjennom mange år. Utgangspunktet og motivasjonen for dette har skiftet, fra å være nysgjerrig omkring kvinners seksualitet og lære mer om meg selv - til i senere år å arbeide mot samfunnsmedisinske mål. Jeg tror helsetjenesten skal bidra til å synliggjøre behov og tilrettelegge for et tjenestetilbud som er bedre tilpasset de unge kvinnenes behov.

Seksulaitet kan og bør være en kilde til glede og nytelse. Det er da også dette idealbildet ungdom søker i sin utprøvende seksualitet. Men problemene er mange, og vilkårene for seksuell utvikling og seksualpraksis er vanskelige - spesielt for jentene.

Etter den søte kløe.....

Ungdommens seksualvaner har endret seg de siste ti-år. Seksuelt aktive tenåringsjenter er utsatte for seksuelt overførte sykdommer (SOS) og mange blir gravide uten å ønske det (1,2,3,4). På den andre siden ser vi også en del unge jenter som velger å bli gravide som tenåringer. Dette er ofte intelligente jenter som av forskjellige grunner er på veg til å falle ut av skolen. De ser kanskje for seg en framtid som arbeidsledig. De ser også at dersom de blir gravide, oppnår de voksenstatus, kom-

Foto: Kari Gorwitz

mer høyere på sosialstatus-trappen, får sikker inntekt og eget sted å bo. Sist, men ikke minst, kan dette også gi dem følelsen av at noen har bruk for dem.

Mitt spørsmål blir: i hvilken grad er vi som helsetjeneste og som samfunn i stand til å møte også disse jentene? For egen del var det vanskelig å forstå at det å bli mor faktisk kunne være et godt valg - i deres sko. Først da jeg skjønte det, fikk jeg en smule innsikt i deres virkelighet, og kunne respektere dem der de er. Og først da var jeg i stand til å hjelpe dem til å se andre alternativ (der det var mulig). Men - valget er deres.

Her ligger en stor utfordring!
Hvordan kan vi samarbeide med disse jentene mot målet? Dersom vi greier å få med oss de tidlig debuterende og utprøvende jentene, tror jeg vi tar med oss mange flere enn i dag.

Selvtillit og seksuell identitet

Jentene sliter ofte med å etablere en egen seksuell identitet. Dette har vært lite fokusert i samlivsundervisning, prevensjonsveiledning og i oppdragelse. Et klassisk dilemma er hore-madonna-identiteten. Prippenhet har ikke høy status i ungdomskulturen, men det har heller ikke stempelet som fellesmadrass. Og hva med jenter som blir forelsket i andre jenter? Den lesbiske identiteten blir som oftest helt glemt. Å finne fram til hvem de er, hva de vil og hvor deres egne grenser går, kan være en lang og smertefull prosess - spesielt med de doble signaler og forventninger de møter. Noen hver kan jo bli forvirret når skolen hevder at sex tilhører ekteskapet (5) - og skolelegen skriver ut p-piller til 14-åringer.....
Vi vet at det er viktig for jentene å ha en trygg identitet og sterk selvfølelse. Det øker evnen og muligheten til å beskytte seg og ta egne valg.

Jentene må støttes på det å kjenne etter egen lyst. Ut fra det kan de bestemme seg for å si ja eller nei til et seksuelt forhold. Da blir muligheten til å utvikle sin egen seksualitet og sine erotiske gleder betydelig større. Dersom man mener at monogame forhold (langvarige forhold) er viktig, vil et vidt spekter av seksualteknikker sammen med en åpen kommunikasjon bidra til å vedlikeholde spenningsmomenter.

Her har både foreldrene, skolen og helsetjenesten viktige oppgaver. Det er behov for voksne mennesker som kan dele innsikt og erfaring med de unge. De unge trenger å snakke åpent seg imellom og sette ord på tanker, følelser og ønsker i sine forhold. Uansett hvilken rolle vi har, må vi selv ha et avklart og gjennomtenkt forhold til vår egen seksualitet og våre egne moralnormer for å være i stand til å møte jentenes (og guttenes) behov. Vi må kunne være konkrete, personnære og ha respekt for de unge. Dette vil i særlig grad tjene jentene (6,7). Etter min erfaring er våre egne barriærer det vanskeligste å komme forbi og derfor den største utfordringen.

⇒

Formidling av kunnskap

Vi vet at positive budskap er mer motiverende enn negative. Likevel brukes denne kunnskapen lite når det gjelder sex. Det kan være grunnlag for å hevde at seksualiteten nesten bare omtales med negativt fortegn:

Skolen - bruker høye aborttall, hiv-epidemi og incest som begrunnelse for å sette samliv på dagsorden.
Helsetjenesten - fokuserer på SOS, hiv, aborter og prevensjon.
Foreldre - frykter uønskete svangerskap.

Hvor blir det av gleden - nytelsen? Hvordan kan vi tillate at romantikken og lidenskapen i så stor grad er forbeholdt kiosklitteratur?

Hvem skal være eksperter?

Fortsatt har seksualitet liten plass i all undervisning, fra ungdomsskolen til universitetsutdanningene. Det forventes likevel at f. eks. leger skal kunne noe om seksualitet. Seksualiteten er en sentral del av oss og betyr mye for hele vår livssituasjon. Det handler om kroppens funksjoner og følelsesmessige reaksjoner. Derfor kan det også gi oss plager av ulike slag. Dette gjør at det er viktig at leger er i stand til å fange opp, snakke om og gi råd om folks seksualliv.

Samtidig frykter jeg et helsevesen som monopoliserer seksualiteten. Jeg har liten tro på at dagens helsevesen er i stand til å forvalte seksualiteten som en kilde til glede og nytelse. Snarere tror jeg den da kunne få tradisjon som en kilde til sykdom og elendighet. Selv om den også kan være det, er ingen tjent med at det blir det dominerende. Seksualiteten er sterkt kulturelt betinget og ritualer og moralnormer vil derfor skifte med tidene. For meg er det viktig at det er mange som vet, kan og mener noe om denne viktige kilden i oss. Sammen kan vi lære våre døtre hvordan de kan høste glede og nytelse av denne kraften, og lære seg å ha kontakt og kontroll med den.
Da vil mine to døtre kunne leve ut sin seksualitet i pakt med sine egne moralnormer - og høste av denne kilden.

Referanser:

1. Eriksen, B.O., Laudal, M., Nore, A.K., Søndenå, M.S.,: Seksuell atferd - holdninger og praksis i et ungdomsmiljø. TDNLF 1988; 108: 553-6.
2. Træen, B. og Kraft, P.: Ungdomsundersøkelsen 1988. En undersøkelse av seksualvaner hos 17, 18 og 19-åringer i Norge. Statens Institutt for Folkehelse 1989.
3. Kraft, P., Træen, B., Rise, J.: Ungdom og prevensjon - bruk av prevensjon ved siste samleie og ved tilfeldig sex blant norsk ungdom. TDNLF, 199u0; 110: 1486-89.
4. Skjeldestad, F.E.: Sosiale faktorer og val av abort. Rapport. Det medisinske fakultet, Universitetet i Trondheim 1989.
5. Oftedal Telhaug, A: Skolen som motkultur. Cappelen forlag. Oslo 1987.
6. Arianson, H. og Riise, G.: Eros i bur eller flygeopplæring? i: Klepp, K.I. og Aarøe, L.E., (red.): Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Universitetsforlaget 1991.
7. Bjerrum Nielsen, H. og Rudberg, M.: Historien om jenter og gutter. Universitetsforlaget 1989.
8. Lie, S. og Sjølie, S.: "Myke" jenter i "harde" fag? Universitetsforlaget 1984.

Helga Arianson

❑

NOTIS:

The American Academy of Family Physicians

44. AAFP Scientific Assembly

Tid: 15.-18. oktober 1992.

Sted: San Diego, CA.

Indhold: Praktiserende læger i Danmark og det øvrige Norden er også i 1992 inviteret til at deltage i de aktiviteter, som AAFP afholder i forbindelse med vore amerikanske kollegers efteruddannelse. Det drejer sig om kurser, foredrag, seminarer og workshops, som strækker sig over fire dage. Grupperejse er planlagt med afgang fra Kastrup Lufthavn, Arlanda og Fornebu. Hjemkomst efter 7/14/21 dage.

Tilmelding og information:

Læge Allan Pelch, Lægehuset, Vognporten 6,
2620 Albertslund.
Telefon 42 64 11 44.
Danmark.

Tarivid®

OFLOXACIN

KJEMOTERAPEUTIKUM

Et peroralt fluorokinolon-preparat for enkel og effektiv behandling av residiverende eller komplisserte infeksjoner i urinveiene og genitalia.

Tabletter à 200 mg

For ytterligere informasjon, se Felleskatalogen.

Norske Hoechst A/S
Postboks 177 Økern
0509 Oslo 5
Tlf. (02) 72 78 00

Hoechst

Respekt for egne grenser

Om å samtale med ungdom om seksualitet

Hans Petter Fundingsrud, 40 år, cand. med. fra 1982 og spesialist i pediatri fra 1989. 17 års erfaring fra sexologien. Han er nå avdelingsoverlege ved Barneavdelingen, Hammerfest sykehus. Han er for tiden spesielt opptatt av barn med psykosomatiske plager og familieterapi.

Av Hans Petter Fundingsrud

Min fortid som seksualopplyser

La meg få sagt det med en gang. Det er hele 6 år siden jeg sist snakket med ungdom direkte om temaet i en undervisningssituasjon. Og i tillegg til å være "pre-HIV/AIDS"-aktør som seksualopplyser, er jeg også en frafallen kondombruker. Som "reisende" i seksualopplysning og prevensjonsveiledning med trygg base i Medisinernes Seksualopplysning (MSO) fartet jeg land og strand rundt i en 10-års periode fra 1975-85. Men da var det jamt slutt. Det er mange grunner til det. Ved utgangen av 1970-tallet syntes jeg endelig at vi hadde begynt å få gehør for en positiv begrunnelse for seksualopplysningen med vekt på lyst, kåthet og glede, ikke bare en negativ begrunnelse slik den kom til uttrykk på statistikkene over tenåringsaborter og kjønnssykdommer. Full av ungdommelig pågangsmot dro jeg avgårde til Kirkenes i turnus hvor jeg som en del av en kreativ og entusiastisk gjeng var med og opprettet prevensjonskontor, laget videofilm om ungdom og sex, kurset lærerstanden, skrev artikler og eksponerte meg i media. Trykket var stort. Det svingte. "Lokalsamfunnsmodellen" skulle utprøves og oppskriften var vår!

HIV-problematikken traff meg som et kraftig hestespark og sendte meg ned for full telling. Jeg opplevde at min argumentasjon om den positive begrunnelsen ikke holdt lenger og jeg hadde ikke mer å gi. Jeg følte meg hensatt tilbake til begynnerstadiet. Det var en særdeles ubehagelig følelse.

Turen gikk deretter til Tromsø og Barneavdelingen hvor jeg kom i kontakt med studenter og lærere innen det medisinske miljøet som var i ferd med å etablere undervisning i klinisk sexologi i studiet. Jeg traff også en gruppe medisinerstudenter som ønsket å forberede seg til undervisning i skoler og fritidsklubber. Det var selvfølgelig flere grunner til at min interesse for sexologien dabbet av. Den pediatriske hverdagen var full av nye utfordringer. I begynnelsen var det slett ikke rom for sexologiske problemstillinger. Innimellom nyfødtomsorg og kreftbehandling vokste det fram en nyfikenhet på psykosomatikk hos barn og familieterapi. I tillegg ble sexologien mindre interessant ettersom jeg som godt voksen syntes jeg hadde begynt å få dreis på mitt eget seksualliv.

Imidlertid ønsket jeg ikke å slippe sexologien helt, men videre arbeid måtte få en ny begrunnelse. Den nye begrunnelsen fant jeg for meg selv ved å flytte fokus fra direkte arbeid med ungdom til arbeid med de voksne informatørene. Tidlig på 80-tallet deltok jeg på et såkalt SAR-kurs i Danmark (Sexual Attitude Reassessement), hvor hensikten var å bearbeide egne holdninger til seksuelle spørsmål. Kurset forlot jeg med blandede følelser -kanskje mest fordi jeg hadde opplevet det ubehagelig påtrengende. Jeg følte at jeg ble tvunget til å sprenge egne grenser der og da. I tillegg ble det for komprimert og for lite prosess. Men det hadde vært en start og det hadde pirret min nysgjerrighet.

Foto: Kari Gorwitz

Veien videre

I Tromsø startet jeg arbeidet med å lage en modifisert utgave av SAR-kurset jeg hadde deltatt på. Målgruppen var lokale informatører i skikkelsen av medisinske studenter som skulle undervise ungdom om seksualitet. Målsetningen var å gjøre dem i stand til å møte ungdom i disse spørsmålene på en mer hensiktsmessig måte. I tillegg så jeg på kurset som en forberedelse til legeyrket. Dersom jeg fikk i stand en god prosess, ville de forhåpentligvis også som leger bli bedre i stand til å møte pasienter generelt og pasienter med seksuelle problemer spesielt.

Få temaer er vanskeligere å snakke med andre mennesker om enn døden og seksualiteten. Tidlig i medisinerstudiet i Oslo tenkte jeg mange ganger på at dersom jeg kunne forberede meg på å mestre samtaler om disse temaene, så ville mange kommunikasjonsbarrierer være brutt mellom meg og mine framtidige pasienter. I ettertid synes jeg at jeg har hatt stor nytte av dette utgangspunktet.

Mitt teoretiske utgangspunkt var Preben Hertofts begreper om *desensibilisering, sensibilisering og syntese*. Han mener at alle som skal arbeide profesjonelt med mennesker om seksuelle spørsmål, bør gjennomgå en prosess hvor disse elementene inngår. Med *desensibilisering* menes en prosess hvor behandleren blir vant til situasjoner i sitt arbeid som kan virke angstfremkallende. I forbindelse med å lære om seksualitet er målet å bli mer vant til seksuelle spørsmål, til å ta opp en seksualanamnese og til å gjennomføre den gynekologiske undersøkelsen. *Sensibilisering* dreier seg om en situasjon hvor behandleren får større innsikt og forståelse for seksuelle holdninger og følelser, både hos seg selv og pasienten, - og for betydningen av dette mht. andre sider av den medisinske undersøkelsen. Med *syntese* menes at behandleren integrerer ny informasjon med gamle kunnskaper. I mange tilfeller vil ny innsikt føre til forandringer i holdninger, verdier og praksis.

⇒

Med dette utgangspunktet gikk jeg i gang med å lage en kurspakke for lærere, medisinske studenter og jordmorstudenter i Tromsø. Målsetningen var 4-delt. For det første ønsket jeg å gi mulighet for *diskusjon omkring sexologiske temaer.* For det andre å gi kursdeltakerne en mulighet til *å kjenne på egne grenser.* For det tredje hadde jeg til hensikt *å vise noen metoder* som ga opplevelser for kursdeltakerne og sist, men ikke minst, *å belyse hva som var spesifikt ved de ulike behandlings- og undervisningsrollene.* Strategier for å oppnå disse målene var bruk av avspenning, bevegelsesøvelser alene og sammen med andre, bruk av videofilmer med seksuelt innhold, rollespill bl.a. rundt temaene: hjelperrollen i et lokalsamfunn, den gynekologiske undersøkelsen og gruppediskusjoner over temaene homoseksualitet og erotikk/pornografi. Kursene har variert fra 1-3 dager med max. 15 deltakere. Trygghet, åpenhet og mulighet for opplevelse har vært nøkkelord i prosessen. Kursene har gjennomgående vært tatt godt i mot. Ved jordmorutdanningen i Tromsø kjører vi disse kursene for fjerde året på rad.

Hva har vært annerledes?

Det gikk raskt opp for meg at arbeidet for den enkelte deltaker ikke handlet om å sprenge egne grenser. Snarere ble det et spørsmål om å kjenne etter hvor egne grenser går. Denne distinksjonen tror jeg er vesentlig. En interessant observasjon som jeg gjorde når jeg gjennomførte disse kursene var at deltakerne ofte ønsket å gå mye lenger i forhold til å utforske egne grenser enn det jeg i utgangspunktet hadde lagt opp til. Dette kan selvfølgelig bety at mitt utgangspunkt var feil. Jeg tror ikke det. Ved å signalisere respekt for egne grenser øker tryggheten og dermed lysten til utforsking.

Hvordan oppnå en god dialog?

Jeg har tidligere nevnt at det er lenge siden jeg har samtalt med ungdom om sex alene. Imidlertid har det gjennom mitt profesjonelle liv fra barnepsykiatrien og pediatrien dukket opp andre perspektiver som har beriket tenkningen omkring hvordan samtaler om seksualitet med ungdom kan føres. Jeg vil derfor nevne noen prinsipper som kan ha betydning for denne dialogen:

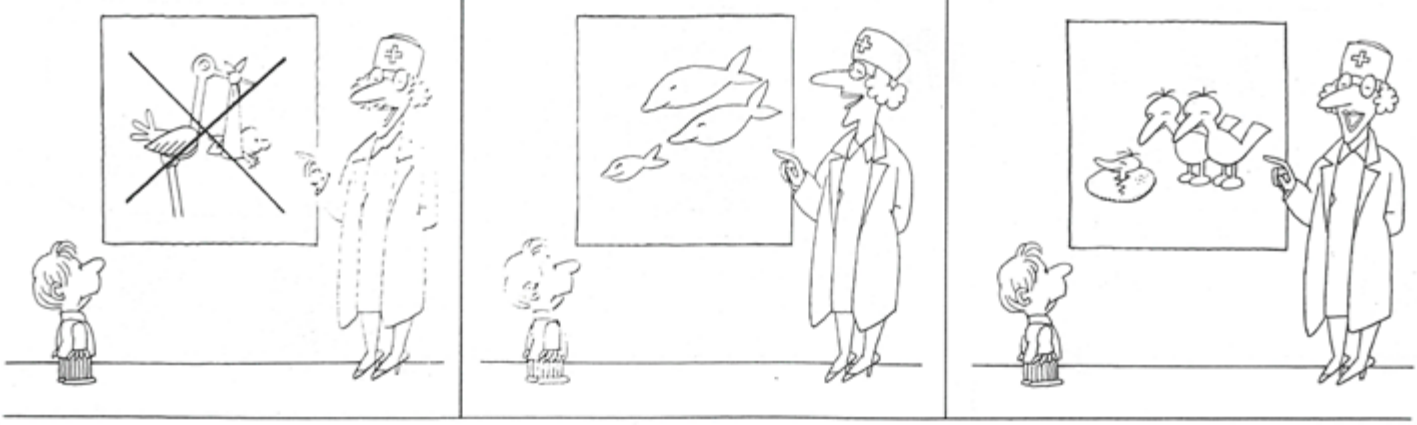
1) Når man vet noe om egne grenser gis det både for behandler/informatør og ungdom rom for å kjenne på egne "mørke krefter". Blinde flekker vil da i mindre grad ha sjanse for å forstyrre dialogen.

2) Kjennskap til egne grenser inngir trygghet og man virker ærlig og ekte som informatør/behandler. Mht. språkbruk er det vanlig i en allmennpraktikerhverdag å tenke at man bør "speile" pasientens språk gjennom sitt eget - i dialogen. Like viktig kan det være å benytte ord og uttrykk som man er komfortabel med. Dette gir tillit. Kjennskap til medisinske faguttrykk, f. eks. på kjønnsorganer, er også i de senere årene blitt mer vanlig i befolkningen.

3) I stedenfor å gi råd (som kan være vanskelig å følge), bør man heller stille spørsmål som virker tankevekkende og som åpner opp for nye spørsmål. En god samtale kan bl.a. være kjennetegnet ved at den finner fram til spørsmål som aldri før har vært stillet. Som leger er vi vant til at vi stiller spørsmål for å innhente informasjon til den "korrekte" diagnosen. Bruk av spørsmål har også en annen hensikt, nemlig å introdusere ideer som kan bidra til å utvide pasientens (og legens) forståelse. ("The doctor becomes a co-author of the clients narrative"). Fra samtaler med ungdom i terapi vet vi at praten ofte går tregt. Dette kan ha å gjøre med at informasjon ikke bare er utveksling av ideer og synspunkter. Det dreier seg også om *formasjon,* nemlig det "å danne seg selv" gjennom samtalen.

4) Når vi vet hvor grensene våre går, er det lettere å tørre å være nær.

5) I det vi vet hva vi står for, kan vi være gode modeller for ungdom - "det er det vi gjør og ikke det vi sier som er viktig". Mange driver opplysningsarbeid og fungerer som behandlere i små og tette lokalsamfunn hvor befolkningen er svært oppmerksom på om hvorvidt det er samsvar mellom våre private



og profesjonelle liv. For mange av oss har dette vært vanskelige posisjoner å forene. Selv husker jeg med blandede følelser tilbake på episoder fra turnustiden i en liten kystkommune hvor jeg innimellom 2-delt vakt og bl.a. gynekologiske undersøkelser ble konfrontert med pasienter når jeg fra tid til annen hadde behov for å delta i det lokale utelivet.

6) Humor er et viktig element i undervisningen.

7) Velg ut noen sentrale poeng. Man trenger ikke få med alt.

8) Opplysningsvirksomhet som tar utgangspunkt i og kan gjennomføres når aktuelle situasjoner oppstår (f. eks. når tavla er full av mannlige kjønnsorganer og læreren forbereder mattetime) har bedre for å nå igjennom med budskapet.

Vi trenger grenser

Seksualopplysning er like selvfølgelig som "selve livet". Den er kommet for å bli. Nye slekter kommer til og forsvinner. Underveis endres ungdomsrollen. Den seksuelle debuten og det første samleiet er fortsatt magiske markeringer i tenårene. Ungdom på 70- og 80-tallet har hatt få overgangsritualer som har synliggjort endring av status fra barn til voksen rolle. Seksualiteten har på mange måter vært et av de områdene som har vært igjen til å markere dette. Har så HIV-problematikken forstyrret den seksuelle utforskingen som overgangsrituale? Ikke nødvendigvis. Å være ung på 90-tallet er likevel annerledes enn å være ung på 70-tallet, ikke minst mht. å leve ut seksualiteten. Historien går i bølger. Regler, grenser, verdier, normer og moral er noe vi omgir oss med både bevisst og ubevisst. Den sosiale konteksten bidrar til utformingen av disse. Vi kan late som om disse ikke eksisterer. I samtale med ungdom om seksualitet synes dette lite hensiktsmessig. Diskusjoner om disse forhold var lite populært i seksualopplysningssammenheng på 70-tallet. Selv ungikk jeg elegant disse spørsmålene. Argumentet var at jeg ikke så det som min oppgave å moralisere. I en periode av livet hvor jeg kjente på egne grenser gjennom aktiv utforsking, var jeg ikke spesielt nysgjerrig på å drøfte med ungdom hvordan de så på disse spørsmålene. På sett og vis satte HIV-problematikken disse temaene på dagsorden igjen.

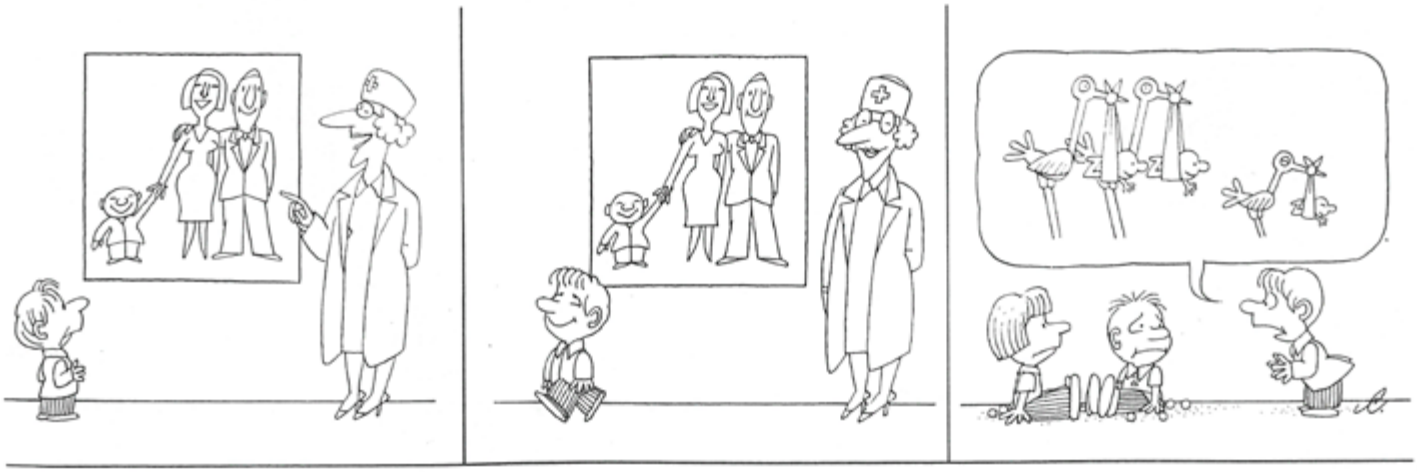
Epilog

Jeg overvant altså mine lystproblemer. De fleste allmennpraktikere vet at lystproblematikk er noe av det mest utfordrende å arbeide med. De fleste av oss liker å gå i eget tempo. På den måten kjenner vi at vi har kontrollen over våre egne liv. Eller, som jeg var med å skrive i en seksualopplysningsbok på 70-tallet og som jeg fortsatt synes gjelder: "Du må, med den farten som passer deg, oppdage og utforske din egen seksualitet. Det er bare du som kan bli ekspert på den".

Litteratur:

1. Andersen, Tom: Relationship, language and pre-understanding in the reflecting processes. The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. (akseptert for publisering).
2. Bergem, K. med flere: Være Sammen. Pax Forlag, Oslo, 1977.
3. Gergen, Kenneth J: The Saturated Self. Dilemmas of identity in Contemporary Life. Basic Books. 1990.
4. Goolishian, H.A. & Anderson, H: Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. Family Process, vol. 27, no. 4, 1988.
5. Hertoft, Preben: Klinisk Sexologi, Munksgaard, 2 utgave. 1987.

Av Hans Petter Fundingsrud



Hvor ble lysten av?

En kasuistikk

De fleste partnere har ønske om at det seksuelle skal fungere. Vanskeligheter på dette området kan lett spinne på seg og lage onde sirkler ellers i dagliglivet. Dette gir i sin tur enda dårligere betingelser for å få seksuallivet i gjenge igjen.

Partnere som lever sammen i lengre tid opplever vanligvis perioder der sex er fraværende. Periodene kan ha sammenheng med andre hendelser i livet som f. eks. barnefødsel, stort arbeidspress, konflikter innen familien eller i forhold til folk forøvrig. Andre ganger er det ikke lett å peke på noe spesielt som kan kalles årsak.

Dersom begge parter har like lite lyst på sex en periode, er situasjonen sjelden problematisk. Værre er det når bare den ene mister lysten og sier nei takk. Den andre føler seg avvist og såret og leter etter strategier for å få partneren på banen igjen. Strategiene kan variere fra press og overtalelser til overstrømmende kurtise og slibrige forslag.

Ikke sjelden kan virkningen over tid være at en eller begge stiller spørsmål ved selve forholdet. "Er jeg virkelig glad i ham/henne lenger? Må vi skilles?"

Erfaringen fra familiekontoret viser at mange slike par kan hjelpes. Dette forutsetter for det første at begge er innstilt på å holde sammen en tid til for å prøve om det kan bli bedre. En slik avklaring er ikke alltid så enkel som den kan høres ut til. Ofte er den "ulystige" ambivalent og har tenkt en del på å avslutte forholdet. ("Jeg tror ikke jeg orker mere"). Vi har i slike situasjoner hatt nytte av følgende hypotetiske spørsmål: "Dersom vi nå hadde hatt en magisk pille her som på mirakuløst vis hadde gitt deg lysten tilbake, ville du da ha tatt denne pillen?" Spørsmålet går rundt bekymringen for hva en eventuell behandling vil inneholde. Og det tydeliggjør at det her dreier seg om et valg man selv er nødt til å ta.

En annen forutsetning er at hjelperen kjenner til og kan bruke prinsippene for sensualitetstrening (se f. eks. Hertoft, 1987).

Hvis nå partnerne er enige om å gå inn for en slik behandling, blir første utfordring å fjerne flest mulig faktorer som presser på den av partnerne som ikke har lyst. I praksis vil det være nødvendig å innføre samleieforbud så lenge behandlingen varer. Deretter starter en opp fra null: oppgaven blir å sette av tid til å ha det hyggelig sammen, f. eks. to uforstyrrede timer pr. uke. Alle temaer som er forbundet med problemer er bannlyst disse timene. De skal brukes til noe man vanligvis har likt å gjøre sammen når man er gode venner - men altså ikke til sex.

Ettersom ukene går gir hjelperen gradvis lov til at partnerne nærmer seg hverandre fysisk: først holde i hånden, neste gang berøre armen opp til albuen, så massere nakken, alt fullt påkledd. Dette kan være en tålmodighetsprøve som går over uker og måneder. Men det er nødvendig at hjelperen holder igjen og helst ligger etter den som har minst lyst når det gjelder å "gi tillatelse" til hva som er lov. Først meget gradvis går man over til å kjærtegne større deler av kroppen i avkledd tilstand, så kjønnsorganene og til slutt til å ligge sammen.

Et kasuseksempel:

1. time:
Anne og Knut kommer til time i august etter at Anne har ringt og bestilt. Paret er midt i 30-årene og har vært sammen siden de var tenåringer. I alle år har Anne følt at Knut har presset henne på det seksuelle området. Nå er det blitt slik at Knut presser støtt og Anne vil aldri. Om de en sjelden gang ligger sammen synes Anne det er vondt og hun har ikke glede av det. Begge mener det må bli en forandring. Kanskje må en av dem flytte?
Paret har to barn på 8 og 3 år. De driver en gard der Knuts foreldre bor i samme hus. Det er åpen dør mellom leilighetene. Dette plager Anne en del. Hun er lei av at ungene stadig flyr inn til besteforeldrene og må hentes inn til måltider. Heller ikke er det alltid like beleilig at bestefar kommer inn uten å banke på. Etter en del avklaring inngår vi en kontrakt om at paret skal sette av to timer hver uke der de skal være sammen uten å snakke om problemer. De har ansvaret annenhver

Per Midtstigen f. 1953. Psykolog, spesialist i klinisk psykologi. Har arbeidet de siste fem år med familier, par og enkeltpersoner ved Kirkens Familierådgivning, Otta. Tidligere opptatt av adferdsanalyse, nå mere forbløffet over samtalens magi.

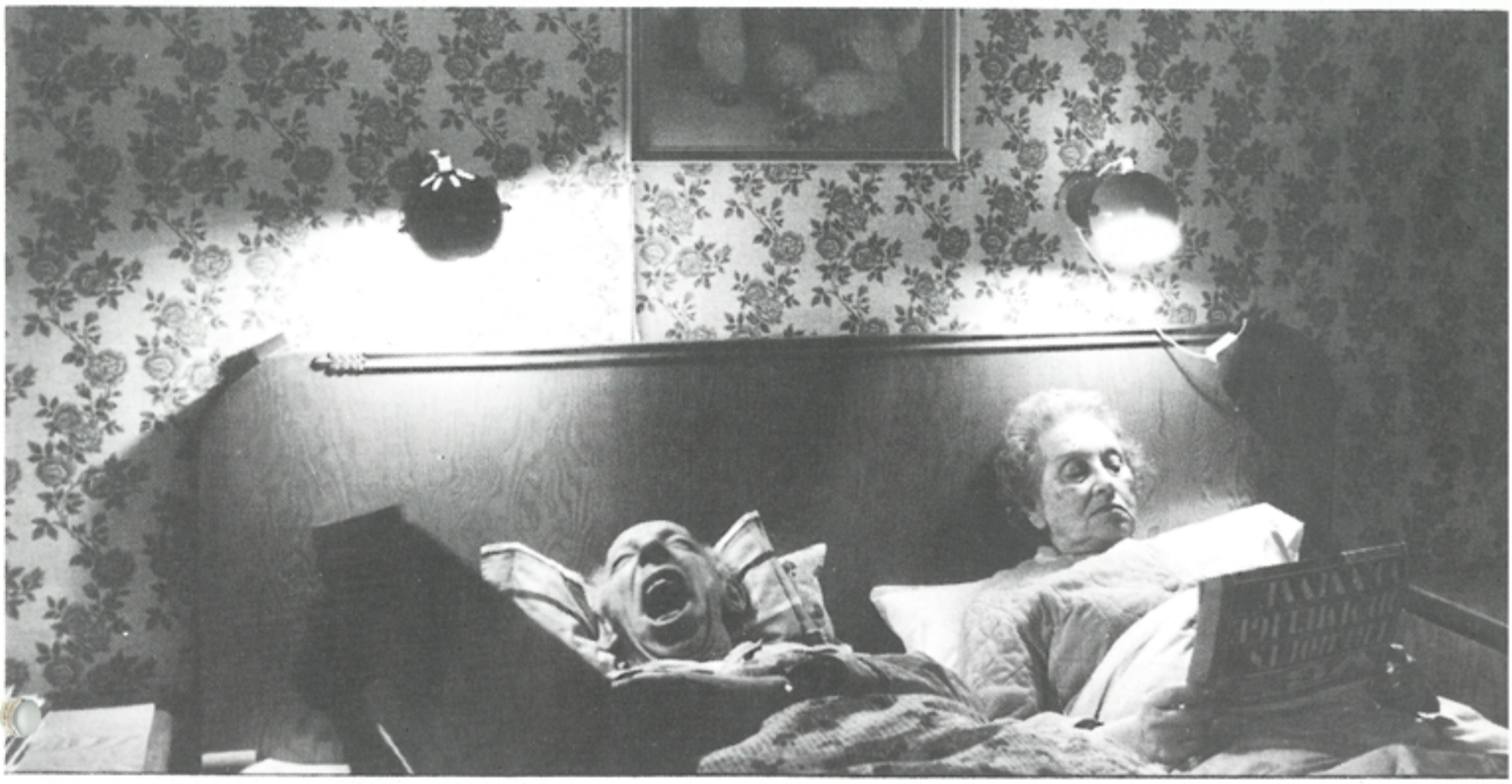


Foto: Kari Gorwitz

gang for å finne på noe hyggelig. De godtar også samleieforbud med øyeblikkelig virkning. Vi sier at dette kan ta tid, at mange har hatt nytte av behandlingen før, men at vi ikke kan gi noen garanti.

2. time:
Det har gått opp og ned med oppgaven. Første uka gikk det greitt, deretter kokte det hele bort en uke pga. krangel og misforståelser. De to siste ukene har det gått sånn noenlunde. Anne sier spontant at det har dukket opp nye pressfaktorer: Knut er overivrig etter å "hjelpe til" i huset. Han pusser sølv, stryker klær, ordner og vasker så hun knapt slipper til. "Han tror vel alt skal være bra, men jeg greier ikke å være glad i ham likevel", sier hun og får dårlig samvittighet.
På tross av samleieforbudet føler Anne adskillig press ved at Knut ber om å få holde rundt henne, få ligge på armen osv. Vi forsøker å rydde vekk også disse pressfaktorene. Samleieforbudet utvides til å gjelde all fysisk kontakt, og Knut lover å ikke gjøre mer husarbeid enn vanlig. Det er tungt for Knut, men Anne puster lettet. Oppgavene fortsetter som før. Ny time i oktober.

3. time:
Oppgavene har gått rimelig bra. De har vært på fest sammen og det var hyggelig for første gang på lenge. En gang hadde Anne lyst til å ligge på armen til Knut og gjorde det. Hun spekulerte da på om dette var hennes eget behov eller om hun gjorde det fordi hun var glad i Knut.
Fra vår side presiserer vi at det utvidede samleieforbudet må holdes. Det er altfor tidlig å legge det vekk. Vi ber Anne om ikke å gi etter dersom hun får lyst til å ligge på armen. Hun skal i stedet kjenne på lysten.

Oppgavene fortsetter som før, men de får nå lov til å holde hverandre i hånden. På slutten av timen sier Anne at hun har et spørsmål: hva synes vi om å låse døra til svigerforeldrenes leilighet? Vi støtter henne på å låse. Knut er enig.

4. time:
Oppgaven har gått riktig bra. Utover det å holde i hånden har ingen av dem tatt noe initiativ til fysisk kontakt, selv om begge sier de har hatt lyst til det. Knut sier det er tungt ikke å kunne holde rundt Anne av og til. Vi støtter ham på at det er viktig å bruke god tid og gir komplimenter for at han ikke gir etter.
Paret har ennå ikke låst døra mellom leilighetene, men har planlagt å gjøre det i forbindelse med husvasken før jul. Oppgaven fortsetter som før, og de skal nå massere hverandre på nakken i tillegg til å holde hverandre i hånda. Ny time rett før jul.

5. time:
Paret forteller at de nå har ommøblert sin leilighet og plassert en stor veggseksjon foran døra til svigerforeldrene. De er godt fornøyd med dette og har ikke møtt noen sure miner fra svigerforeldrene heller.
Etter en stund forteller Anne med et sjenert smil at de har forbrutt seg mot kontrakten. Etter et julebord fant hun ut at hun ville krype inntil Knut i senga. Hun tok initiativ til at de lå sammen. "Vi er jo faktisk gifte, så jeg syntes det var for galt å ikke kunne gjøre det". Begge syntes dette fungerte helt prima.
Vi uttrykker skepsis til dette raske framstøtet, men spør paret om de kanskje vil ha juleferie fra behandlingsopplegget og heller gå i gang igjen etter nyttår. Det vil de gjerne.

Rett etter nyttår ringer Anne for å avbestille timen inntil videre. Hun vil ringe igjen seinere når det passer bedre.

I skrivende stund (ultimo januar) har vi ennå ikke hørt noe. Kanskje var behandlingen så langt tilstrekkelig til å komme over en kneik slik at begge kan ha utbytte av sexlivet framover. Kanskje vil de ta kontakt igjen seinere for å fortsette der de slapp eller drøfte andre temaer som er blitt viktigere.

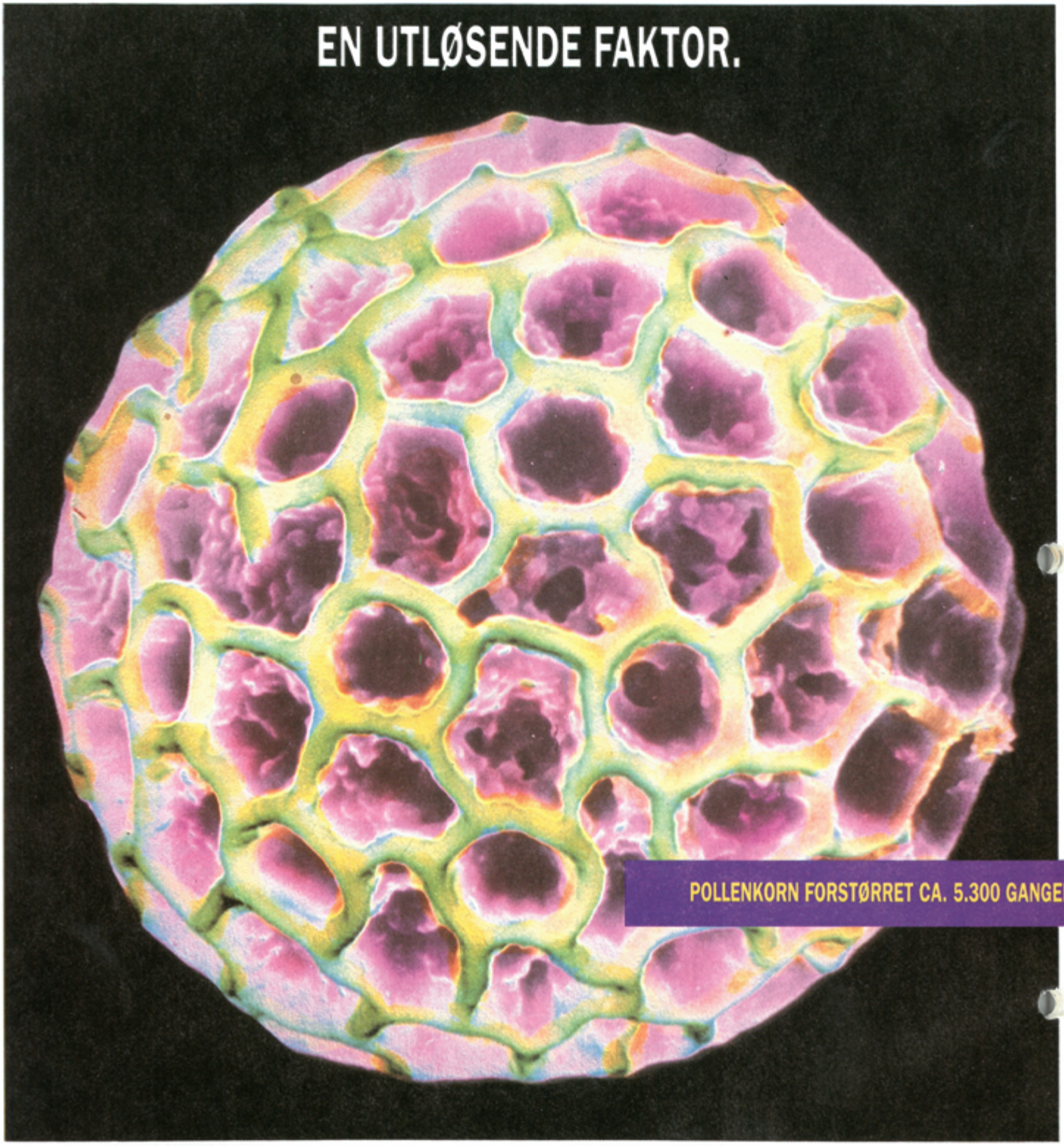
Litteratur:

Hertoft, Preben: "Klinisk sexologi", København 1987.

❑

Support / MMG

EN UTLØSENDE FAKTOR.



EN INNLYSENDE LØSNING.

Se på kalenderen:
Lange perioder med ekstra høye pollenmengder fører til at pollenallergikerens slimhinner blir ekstra følsomme. Derfor blir allergisymptomene verre enn vanlig i lang tid etterpå, og selv små mengder pollenkorn kan fremkalle sterke reaksjoner.

Ring oss på grønn linje 050 33050 dersom du ønsker flere opplysninger.

CLARITYN
Loratadin

Indikasjoner: Allergisk rhinitt og histaminutløste hudbesvær. Bivirkninger: Svimmelhet, hodepine og munntørrhet kan forekomme.

Tretthet under behandling kan forekomme, muligens som en følge av den underliggende lidelse og ikke relatert bruken av preparatet.

Pakninger og priser: 10 stk. kr 55 ,- (NYHET). 30 stk. kr 130,90. 100 stk. kr 409,10.

Schering-Plough as

Ankerveien 209, 1343 Eiksmarka, tlf. 02-24 65 00

NIDAROS-KONGRESSEN 91

21. - 25. oktober 1991

Sammendrag

Vedlegg til UTPOSTEN 1992; 21 (3)

Sesjon 1 - Allmennmedisinsk forskningskongress

1

LINILOQ-STUDIEN, EN NORSK MULTISENTER-STUDIE PÅ EFFEKT, TOLERANSE OG LIVSKVALITET HOS 828 PASIENTER MED ESSENSIELL HYPERTENSJON SOM BENYTTET ENTEN LISINOPRIL ELLER NIFEDIPIN.

Jan Otto Syversen, Bjørn Bratland, Bjørn Dahløf, Kjell Gisholt, Ingrid Os, Steinar Tretli, Øreåsen legekontor, Moss.

I denne dobbel-blind-parallell-studien deltok 828 pasienter med mild til moderat hypertensjon (gjennomsnittsblodtrykk 162/104). 51 % var tidligere ubehandlet. Studien ble utført av 120 allmennpraktikere og 11 spesialister i indremedisin ledet av en styringsgruppe (forfatterne). Forsøkslegene og deres assistenter ble fulgt opp med regelmessige møter og ved personlig besøk av monitorer. Etter to ukers utvasking og to uker på placebo, ble pasientene randomisert til behandling med enten lisinopril eller nifedipin i ti uker. Toleransen av behandlingen ble vurdert ved hjelp av: 1. Generelt spørsmål om bivirkninger. 2. 24 spesifikke spørsmål. 3. Livskvalitetsevaluering av både pasient og ektefelle/samboer. 4. Biokjemiske prøver.
Studien viste at lisinopril (gjennomsnittsdose: 18.8 mg) hadde en signifikant bedre effekt på blodtrykket enn nifedipin (gjennomsnittsdose: 37,4 mg) uavhengig av pasientens alder, kolesterolverdi eller tidligere behandling. I tillegg ble lisinopril tolerert signifikant bedre enn nifedipin. I foredraget vil de forskjellige metoder brukt til toleransevurdering og resultatene bli drøftet. Studien er utført i samarbeid med MSD.

2

FORSKRIVNING OG BRUK AV SYRESEKRESJONS-HEMMERE - ER DAGENS PRAKSIS KORREKT?

Pål Kristensen, Ranheim legesenter og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Trondheim.

Formålet med undersøkelsen var å sammenligne allmennpraktikeres og sykehuslegers forskrivning av syresekresjonshemmende medikamenter med hensyn til preparatvalg, indikasjoner og bruksmåte.
I en syv-ukersperiode våren 1990 ble alle resepter på cimetidin, famotidin og omeprazol registrert på tre apotek i Trondheim og et apotek i Orkanger. I tillegg ble pasientene bedt om å besvare et kort spørreskjema.
435 resepter med over 37.000 definerte døgndoser ble registrert. Allmennpraktikere forskrev vel halvparten av døgndosene. Ca. 50 % av forbruket var mot magesår, 1/5 mot spiserørsbetennelse og 1/5 mot magekatarr. Nær 1/3 av pasientene brukte medikamentene ved behov og like mange som langtidsbehandling. Fordelingen av diagnoser og bruksmåter var forskjellig for allmennpraktikernes og sykehuslegenes pasienter. De fleste pasientene fikk forskrevet medikamentet på blåresept, også ved diagnosen magekatarr. Undersøkelsen viste store forskjeller i forskrivningsvaner mellom allmennpraktikere og sykehusleger. Resultatene kan tyde på et underforbruk ved øsofagitt, spesielt i allmennpraksis. Mange pasienter bruker syresekresjonshemmere ved behov. Nytten av slik pasientstyrt behandling bør dokumenteres bedre.

3

SYMPTOMSTYRT EGENBEHANDLING MED H2-BLOKKERE VED ULCUS PEPTICUM

Terje Johannessen, Halset Legesenter og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim.

Fra medisinsk hold har hovedmålet for behandlingen av ulcus pepticum vært tilheling av såret mens pasienten gjerne er mere opptatt av symptomlindring. Langtidsbehandling er ofte nødvendig da ulcussykdommen er hyppig recidiverende. Tre ulike strategier er aktuelle: intermitterende kurer, kontinuerlig eller symptomstyrt behandling. Gastrogruppen Trondheim fant i en oppfølgingsstudie av 453 ulcuspasienter at 44% tok H2-blokkere ved behov. I en annen studie svarte 30% av pasientene som hadde fått utskrevet resept på H2-blokker at de ville bruke medisinen ved behov for å lindre plager. Vi har også påvist at intensiteten av ulcussymptomene hos mange pasienter er lav og at den kan variere betydelig fra dag til dag. Derfor gjorde vi en studie av 12 ulcuspasienter som sammenlignet den lindrende virkningen av seks enkeltdoser med Cimetidin mot seks enkeltdoser med placebo. Rekkefølgen av dosene var randomisert og forsøket ble utført dobbelt-blindt. Cimetidin ga signifikant bedre lindring, men i gjennomsnitt tok det 47 dager før pasientene var ferdige med de 12 testdosene. Våre erfaringer tyder på at symptomstyrt egenbehandling er en velegnet terapiform for mange pasienter.

4

Å LEVE MED URININKONTINENS

Hogne Sandvik, Eldri Kveine, Steinar Hunskår. Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

187 kvinner med urininkontinens (UI) ble intervjuet etter å ha respondert på en reklamekampanje for UI-hjelpemidler. Bare 19 % av kvinnene syntes UI var et lite problem. Urge inkontinens medførte mer psykiske, sosiale og praktiske problemer enn stress inkontinens. Alvorlige UI medførte dessuten mer problemer enn lett inkontinens. Unge kvinner var mer hemmet av stress inkontinens enn eldre kvinner. Urge inkontinens medførte like store problemer for både unge og eldre.
Nesten alle kvinnene hadde benyttet en eller annen form for egenomsorg, men det var meget stor variasjon. Mest populært var ulike typer absorberende produkter. Mange synes imidlertid uvitende om at man kan få spesielle inkontinensbleier på blå resept.
57 % hadde tatt opp inkontinensproblemet med en lege. Økende alvorlighet og varighet av UI predikerte konsultasjon. Bare 36 % var fornøyd med utfallet av konsultasjonen.

5

URINPRØVETAKING FRA KVINNER - HOLD LABIA FRA HVERANDRE.

Anders Bærheim, Asbjørn Digranes, Steinar Hunskår. Seksjon for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.

I hele den vestlige verden er det gjengs å bruke vaskemidtstrømsteknikk ved urinprøvetaking fra kvinner. Metoden består av tre trinn:

a) holde kjønnsleppene fra hverandre, b) vaske og c) bruke midtstrømsteknikk. Metoden er dårlig dokumentert. Vi lot 110 kvinnelige helsefagsstudenter systematisk ta morgenurinprøver 8 etter hverandre følgende morgener, hver morgen med et nytt trinn eller kombinasjon av trinn av vaske-midtstrømsmetoden. Graden av bakteriell forurensning ble halvert når kvinnene tok prøven mens de holdt kjønnsleppene fra hverandre, mens det ikke var noen effekt av vask eller midtstrømsteknikk. Instruksjonen blir da redusert til: Hold kjønnsleppene fra hverandre ved urinprøvetaking.

6

RISIKOATFERD MED HENSYN TIL HIV-SMITTE BLANT KLIENTER VED TROMSØ KOMMUNALE HELSEKONTOR (AIDS-KONTORET)

Haakon Aars, Frogner helsesenter, Oslo og Georg Høyer, Universitetet i Tromsø.

Problemstilling: Hovedmål med denne undersøkelsen har vært å registrere risikoatferd med hensyn til HIV-smitte blant klienter ved Tromsø kommunale helsekontor (AIDS-kontoret), og gjøre beregninger om hvor stor andel innen ulike risikogrupper med hensyn på HIV-smitte, som er fanget opp av kontoret. Et viktig mål har vært å sammenligne risikoprofil blant disse klienter med funn i undersøkelser fra allmennpraksis i Norge.
Metode: Data ble innsamlet retrospektivt, og var basert på arkivdata ved Tromsø kommunale helsekontor. Undersøkelsen inkluderer alle personer som har oppsøkt kontoret fra desember 1987 til januar 1990, som totalt utgjør 914 personer (417 kvinner og 495 menn). Hver klient ble bedt om å fylle ut et spørreskjema ved hver konsultasjon ved kontoret, og disse spørreskjemaene var kilde til informasjon i denne undersøkelsen. I tillegg var det inkludert endel data fra de medisinske journalene.
Resultater: Gjennomsnittsalder for hele gruppen var 28,2 år (6-79); og gjennomsnittlig konsultasjonsantall ved kontoret var 2,77 (1-29). Blant klientene ble 15,5 % klassifisert som sprøytemisbrukere; 3,2 % anga å ha hatt sex med hiv-positive, 28 % konsulterte kontoret pga andre seksuelt overførbare sykdommer, og 8,9 % av menn ble klassifisert som homo/bifile. Basert på eksisterende estimater vedrørende prevalens av forskjellige risikogrupper med hensyn til hiv-smitte, ble det beregnet at kontoret i denne perioden hadde vært i kontakt med ca. 60-70 % av sprøytemisbrukerne og ca. 6 % av antall menn som har/ har hatt sex med menn i Tromsø.
Konklusjon: Klinikken har i stor grad lykkes i å nå gruppen sprøytemisbrukere, mens andelen homo/bifile menn er lavere. En viktig faktor når det gjelder kontorets suksess med å nå risikogrupper har vært den lette tilgjengelighet av kontorets tjenester.

7

KRYBBEDØD
- en statusrapport.

Fred Andersen, kommunelege Steigen.

Insidensen av krybbedød har vist en foruroligende økning de siste 20 -30 årene. Det skjer til tross for mer ensartede diagnostiske kriterier og sammenlignbare dødsårsaksstatistikker.I årene 1985 - 1988 var insidensen i Norge 2,01 pr. 1000 levende fødte av en total postneonatal spedbarnsdødelighet på 3,75 pr. 1000 levende fødte. En rekke epidemiologiske faktorer er satt i sammenheng med risiko for krybbedød. Syndromet fremstår i dag i en multifaktoriell årsakssammenheng. Enkeltstående eller sammenfallende miljøfaktorer kan, hos vulnerable individer, utløse patologiske refleksmekanismer som under særlig uheldige omstendigheter, får et fatalt forløp. Disse patologiske refleksmekanismer antas å bero på forsinket eller ukoordinert modning av neurofysiologiske reguleringsmekanismer for respirasjon og cardiovaskulær kontroll. Årsaken til dette kan være påvirkning av negative miljøfaktorer intrauterint og /eller neonatalt. Hypoxi står sentralt i denne diskusjonen. Det vil være et mål å kunne påvirke en del av de statistisk definerbare miljøfaktorer i kampen mot dette syndromet. Svangerskapsomsorgen og helsestasjonsarbeidet vil igjen stå i fokus, men nå med vektlegging av barnepleien.

8

FIBROMYALGI
- EN VURDERING AV ÅRSAKSFAKTORER.

Jan Otto Syversen, Pål Hartvig, Arild Johannessen, Ingar Holme, Egil Fuglum, Bente Gjølstad, Lorentz Nitter, Leiv Tjeldflaat. Øreåsen legekontor, Øreåsen, Moss.

Studien omfatter 100 pasienter som tilfredsstiller Yunus og/eller de nye amerikanske multisenterkriteriene for fibromyalgi. Pasientene er kartlagt med klinisk undersøkelse og et strukturert spørreskjema med 358 spørsmål. Ved hjelp av dette kartlegges arvelige forhold, forskjellige belastninger pasientene har vært utsatt for gjennom oppvekst samt tidligere og nåværende belastninger i hjemmemiljø og arbeidsmiljø. I tillegg kartlegges livsstil og forskjellige personlige egenskaper vi antar kan være av betydning for utviklingen av fibromyalgi. Tidligere behandlingsopplegg og effekten av dette, kartlegges også.
I undersøkelsen sammenlignes 100 fibromyalgipasienter med 100 pasienter uten fibromyalgi hvorav 50 har psykosomatiske syndromer og 50 ikke har det. Undersøkelsen ble gjort av 50 allmennpraktikere som er samtrenet i klinisk vurdering og utredning av disse pasientene. Alle er også bedriftsleger og kjenner både pasienter og ofte arbeidsmiljøet godt. Undersøkelsen ledes av en styringsgruppe (de tre første forfatterne). Metode og erfaringer drøftes. Studien er støttet av Pfizer A/S.

9

MEDISINSK ETIKK I ALLMENNPRAKSIS

Steffen Steffensrud, Vik legesenter, Røyse.

I foredraget drøftes etiske spørsmål på bakgrunn av en skriftlig undersøkelse. 15 spesialister i allmennmedisin besvarte spørsmål og kommenterte HIV problematikk, helsearbeider som politisk rådgiver, behandling av for tidlig fødte og sykemeldingspraksis.
Bakgrunnen for studien er spesielt den pågående debatt i Sverige hvor dagspressen har slått kraftig opp enkelte kollegers sykemeldingspraksis, sammenblanding av kommersielle og faglige motiver for medikamentutskrivning og betydelige inntekter utenom avlønningen innenfor det offentlige helsesystem. Hensikten med undersøkelsen er å belyse etiske verdivalg i allmennpraksis samt å bevisstgjøre oss selv innad som yrkesgruppe på hvilke søkelys samfunnet etterhvert vil sette på oss som forvaltere av store økonomiske overføringer innenfor trygdesystemet. Resultatene viser nærmest identiske oppfatninger på generelle etiske verdinormer, men avvik på den praktiske kasuistikken om sykemelding som var innlagt i spørreskjemaet. Ved et tre timers møte i spesialistgruppen ble dette drøftet for om mulig å finne fram til en felles plattform i beslutningsprosessen.
Det konkluderes med at denne form for opplegg med forarbeid og etterdiskusjon i legegrupper er av betydelig verdi for normsetting blant allmennpraktikere.

Sesjon 2 - Norsk Allmennmedisinsk Forskningskongress

10

REFLOTRON OG SERALYZER I PRIMÆRHELSETJENESTEN: HVORDAN ER ANALYSEKVALITETEN?

Geir Thue, Sandberg Sverre, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen og Laboratorium for klinisk biokjemi, Haukeland sykehus, Bergen.

Formålet med undersøkelsen var å måle analysekvaliteten på de to mest brukte større tørrkjemiinstrumenter i primærhelsetjenesten, sammenligne kvaliteten i primærhelsetjenesten (PHT) og på sykehus, og finne forhold ved bruken som borger for god analysekvalitet.
Vi ba alle brukere av instrumentene om å analysere det tilsendte kvalitetskontrollserumet to ganger samt besvare et spørreskjema slik at vi fikk opplysninger om praksisenheten og instrumentbruken. Serumet ble også analysert i 60 sykehuslaboratorier.
Vi fikk svar fra 212 (79 %) av Reflotronbrukerne og 19 (66 %) av Seralyzerbrukerne. PHT-brukerne som gruppe hadde like god presisjon som sykehuslaboratoriene, mens nøyaktigheten var dårligere for karbamid på Reflotron og for kolesterol og kalium på Seralyzer. I forhold til andre komponenter var triglyseridanalysen unøyaktig på begge instrumenter.
En undergruppe bestående av 138 Reflotronbrukere og 18 Seralyzebrukere ble vurdert individuelt mht. analysekvalitet og plassert i kategoriene "god" eller "annet". God kvalitet var forbundet med Reflotron og med at instrumentene (uansett type) ble brukt av medarbeiderne med laboratorietrening - og med forholdsvis få analyser utført pr. uke.
Reflotron synes altså å gi tilfredsstillende analysekvalitet når det brukes i PHT, i hovedsak fordi instrumentet er lite brukeravhengig, mens Seralyzer synes mindre egnet for slik bruk. Intern og ekstern kvalitetskontroll er nødvendig for å sikre god analysekvalitet over tid.

11

HVOR MANGE NORDMENN HAR HØYT KOLESTEROL? OG HVOR MANGE LIGGER AN TIL VURDERING OG BEHANDLING HOS ALLMENNPRAKTIKER?

Sidsel Graff-Iversen, Thore Gjervik, Kjell Bjartveit. Statens helseundersøkelser, Oslo.

Norske kostnad-effektvurderinger av kolesterolbehandling bygger på data fra Tromsø 1986, som er antatt representative for den norske befolkningen. I et arbeid nylig publisert i BMJ regner man at 10 % blant 40 - 49 år gamle menn har kolesterolverdi lik eller over 8 mmol/l. Dette betyr at 220.000 nordmenn i en alder 20 - 59 år, eller 73 personer pr. allmennlege. Kolesterolnivået hos nordmenn har imidlertid sunket de siste årene. Dette er funnet i en undersøkelse av hele den voksne befolkningen i tre fylker, og ved undersøkelse av 40-42 åringer i 14 fylker.
I fire fylker undersøkt 1986 og 1989, sank andelen med kolesterolverdi lik eller over 8 mmol/l fra 5,6 til 3,1 % hos menn og fra 2,8 til 1,5 % hos kvinner. Regner man andelene i 1989 som representative for befolkningen i en alder av 20-59 år, får man ca. 35.000 menn og 16.000 kvinner som i følge handlingsprogrammet fra 1988 skal vurderes pga "svært høyt kolesterol". Det blir 17 personer pr. norske primærlege. Legges Dnlf's reviderte handlingsprogram 1991 til grunn, reduseres tallet fordi man nedtoner behandlingsbehovet hos kvinner. Ut fra ferske kolesteroldata og revidert handlingsprogram, vil kolesterolbehandling ikke bli noen gjøkunge i norsk allmennpraksis.

12

ALLMENNPRAKTIKEREN SOM BEDRIFTSLEGE

Steffen Steffensrud, Vik legesenter, Røyse.

Mange av oss allmennpraktikere har bedriftslegearbeid som sidebeskjeftigelse til den kurative hovedbeskjeftigelse. I noen grad har dette vært kritisert fra forskjellige hold. Imidlertid kan allmennpraktikeren tilføre bedrifter en fleksibel bedriftslegeordning som også kan brukes systematisk for å senke sykefraværet blant de ansatte.

I prosjektet "Søkelys på oss selv" vurderes en fireårig prosjektordning i en handelsbedrift med 148 ansatte. Fraværet senkes i en treårsperiode fra 11,2 til 4,7 %. Det redegjøres for oppsøkende kontaktform, konsultasjonstyper, follow-up på langtidssykmeldte, organisering av legetjeneste på arbeidsplassen og vurdering av møtevirksomhet med styret, administrativ ledelse, ansatte og deres organisasjoner.
Med den rimelige og lokale bedriftshelsetjeneste som den interesserte allmennpraktiker kan tilby konkluderes det med at allmennpraktikeren er godt egnet til bedriftshelsetjeneste også utenom den rent personalmessige legetjeneste i en bedrift.

13

EN PROSPEKTIV UNDERSØKELSE AV HØYDE OG OVERVEKT I FORHOLD TIL RISIKO FOR BRYSTKREFT

Lars J. Vatten, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim.

Forholdet mellom kroppshøyde og overvekt (Body Mass Index=kg/m^2) i forhold til insidensen av brystkreft er studert blant 291 kvinner som fikk sykdommen i løpet av 14 års oppfølging i en populasjon på 25.967 norske kvinner. Resultatene viste en økt risiko for brystkreft med økende kroppshøyde. Den relative risiko for kvinner i den høyeste kvartil (mean=170cm) var 1.43 (95 % konfidensintervall, 1.18-1.73), sammenlignet med kvinner i den laveste (mean=155 cm), etter justering for alder, paritet, alder ved første fødsel og bostedsfylke. Samtidig var det en negativ assosiasjon mellom overvekt (BMI) og risiko for brystkreft, men dette inverse forholdet var isolert til kvinner før 50 års alder. I denne gruppen var den relative risiko for brystkreft i den høyeste kvartil av BMI (mean BMI=30) 0.63 (95 % konfidensintervall, 0.48-0.82), sammenlignet med kvinner i den laveste kvartil (mean BMI=21), etter justering for de samme risikofaktorer som for høyde.
Den lavere brystkreftrisiko blant kortvokste kvinner kan tenkes å gjenspeile et lavere kaloriinntak i kosten i løpet av deres pubertale fase og i vekstspurten. Dette kan ha påvirket hyperplastisk vekst av brystkjertelen, og ført til et lavere antall celler i brystvev. Den negative assosiasjonen med BMI kan være lavere hos overvektige enn hos slanke kvinner før menopausealder.

14

OMSORG FOR KREFT-PASIENTER. KOMMUNIKA-SJON OG ANSVARSFOR-DELING MELLOM SYKE-HUS OG PRIMÆRLEGER

Inger Njølstad, E. Wist, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Tromsø og kreftavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø.

Innen kreftomsorgen hevdes at primærleger bør delta aktivt i oppfølging av kreftpasienter. Hvordan er oppgaver og ansvar for kreftpasienter fordelt mellom sykehus og primærleger som praktiserer i sykehusets nærområde?
Metode:
A)Gjennomgang av sykehusjournal til 51 pasienter ved kreftavd., Regionsykehuset i Tromsø, med henblikk på:
1)om pasienten hadde en fast primærlege å forholde seg til
2)om epikriser var blitt sendt til henvisende lege/pasientens primærlege
3)om primærlegen fra sykehusets side ble bedt om å ta del i omsorg/oppfølging av kreftpasienten
B)Telefonintervju med primærleger for å kartlegge evt. andre kontaktformer enn skriftlige epikriser.
C)Intervju med et lite utvalg kreftpasienter.
Resultater fra undersøkelsen vil bli lagt fram og diskutert.

15

PÅ CHLAMYDIAJAKT UTAN KIKKERTSIKTE OG GOD-KJENT JAKTPRØVE - MANGE TREFF VILT!

Finn Egil Skjeldestad, Regionsykehuset i Trondheim.

Prevalens, sensitivitet, spesifisitet, positiv/negativ prediktiv verdi er for mange ukjente begrep frå kurs i epidemiologi, men lite nytta i klinisk arbeid. Mange har opplevd overraskande positive chlamydia-prøvar som har skapt sterke reaksjonar. Flere parforhold har fått uhelbredeleg sår etter chlamydia påvisning.
Når prøvevolumet aukar og andelen positive prøver minkar, kan laboratorieteknikken vera kritisk for talet falske positive prøvar. Dyrkningsmetodikk er fortsatt gullstandarden for påvisning av chlamydia trachomatis. Ein nyleg publisert studie fra Mikrobiologisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim viste at Elisa-teknikken hadde 80 % sensitivitet og 96 % spesitivitet samanlikna med dyrkningsmetoden. Nyttar vi førekomst for chlamydia trachomatis blant pasientar i allmennpraksis (Midtbyen og Saupstad legesenter i Trondheim, 1990) og prevalens frå ein landsomfattande studie blant abortsøkande kvinner (1991) og forutset at alle prøvane er analysert med Elisateknikk, er den positive prediktive verdien av prøvar i *allmennpraksis:*

≤ 24 ÅR: *76 %*
prevalens: 10 % n = 160

≥ 25 ÅR: *22 %*
prevalens: 1 % n = 360

og blant abortsøkande:

≤ 24 ÅR: *69 %*
prevalens: 8 % n = 901

≥ 25 ÅR: *44 %*
prevalens: 3 % n =1101

HUGS: Bli kjend med geværet og ver sikker på at du veit kva du siktar på! Til meir sjeldan viltet er, til større er sjansen for at du *trur* du traff då du likevel bomma!

16

UNDERSØKELSE AV LEGE-VAKTORDNINGENE I 50 KOMMUNER

Eilif Chr. Rytter,
Bydelsoverlege, Oslo.

En spørreskjemaundersøkelse vedrørende legevaktordninger i mai 1991 dekker ca 15 % av landets kommuner utenom de største byene. Befolkningsstørrelsen i de undersøkte vaktområdene har en spredning fra ca. 700 - ca. 75.000. Over 50 % har under 10.000 innbyggere, men samlet har disse områdene bare 20 % av befolkningen. Knapt 60 % av kommunene har vaktsamarbeid, de fleste med èn kommune, èn med seks. Lange reiseavstander er ikke bare et problem for småkommuner, eller for en liten del av befolkningen. Ett av de to største vaktområdene med nesten 70.000 innbyggere har over en times reiseavstand fra ytterkant til ytterkant, og består av seks kommuner. Ekstremt lange reisetider er et problem i enkelte av øykommunene, men ikke i alle, og flere innlandskommuner har nesten like lange reisetider.
Ved fravær fra vaktene synes mulighetene for å få legehjelp i akutte situasjoner nesten alle steder å være avhengig av at annen lege tilfeldigvis er tilgjengelig.
Over 90 % av de faste vaktdeltakerne er allmennpraktikere, vel 40 % av disse spesialister i allmennmedisin. Bruken av vikarer synes mest utbredt i store sykehuskommuner og sykehusnære vaktområder. Sykehuslegene er den viktigste vikargruppen, men allmennpraktikerne utgjør over 20 % av vikarkorpset.
Bare i knapt 20 % av ordningene er det skriftlige retningslinjer. Tilgjengeligheten synes ikke tilfredsstillende sikret i knapt 20 % av vaktordningene. Vel 50 % av ordningene tilfredsstiller ikke nødmeldeforskriftenes krav om lukket helseradionett. Oversikten over den laveste kompetansen for personell som svarer til hver ordning viser at forskriftenes krav bare oppfylles i vel tredjedelen av de vaktområdene det er gitt svar for.

17

VOLD MOT GRAVIDE KVINNER

Berit Schei, Medisinsk kvinneforskning, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Trondheim.

Vi vet at kvinner blir fysisk og seksuelt mishandlet av partner. Det at enkelte menn også fortsetter å slå i svangerskapet har ikke vært erkjent innen svangerskapsomsorgen. Dette på tross av at legen ved første kontroll blir anbefalt å kartlegge personlige forhold som kan være av betydning for utfallet. Men kan det være at vold fra partner i svangerskapet er en skjult risikofaktor som også er relatert til lav fødselsvekt?

En gruppe kvinner som levde i mishandlingsforhold på intervjutidspunktet (N=66) og en gruppe kvinner som ikke gjorde det (N=114) ble intervjuet. Fødselsvekt og forekomst av vold ble registrert retrospektivt. En indeks (N=40) og kontrollgruppe (N=266) av enkeltfødte barn ble etablert etter hvorvidt mor rapporterte å ha blitt slått i svangerskapet eller ikke. Gjennomsnittlig fødselsvekt blant voldseksponerte barn var 3219 gram sammenlignet med 3448 gram i kontrollgruppen ($p < 0.05$). Disse funnene er i samsvar med lignende undersøkelser i USA. Viten om at noen gravide kvinner lever med en mishandler må få konsekvenser for svangerskapsomsorgen.

18

HVA ER GALT MED LEGENE? EN OPINIONS-UNDERSØKELSE.

Terje Johannessen, Aage Bjertnæs og Pål Kristensen. Halset Legesenter, Risvollan Legesenter og Ranheim Legesenter, Trondheim.

Forut for Folkemøtet om "Hva er galt med legene?" under årets Nidaroskongress gjennomførte opinionsinstituttet Norfakta en landsomfattende spørreundersøkelse. Målingen var basert på telefonintervjuer med 800 personer. Spørsmålene gjaldt kun de allmennpraktiserende legene eller kommunelegene. Tematisk var spørsmålene avgrenset til opplysninger om tilgjengelighet, legens atferd, kommunikasjon (språk), kvaliteten på legens arbeide og legens integritet vis a vis legemiddelindustrien. Alle spørsmålene dreide seg om erfaringer og inntrykk den enkelte intervjuede hadde gjort. Bakgrunnsopplysninger om hvor ofte den intervjuede hadde hatt kontakt med sin lege det siste året, kjønn, alder, og bosted, ble innhentet på alle. Resultatene framlegges.

19

PSYKOSOSIAL SAMHANDLING I INDRE SOGN - DEL AV TILGJENGELIGHETS-PROSJEKTET (SME-PROSJEKT 59/I)

Janecke Thesen, Lærdal Helsesenter, Lærdal.

Det samlede tilbud av tjenester til mennesker som har psykiske lidelser som er så alvorlige at de fører til betydelige funksjonsinnskrenkninger er ikke tilstrekkelig utbygget i store deler av landet. Mange steder er de heller ikke organisert ut fra brukernes behov. Ut fra denne erkjennelsen har Sosialdepartementet ved SME utarbeidet et bakgrunnsdokument for modellforsøk 7 forskjellige steder i Norge. Et av disse stedene er Indre Sogn, der 6 av 7 kommuner som sokner til de samme psykiatriske poliklinikkene har sagt seg villige til å delta.

Kommunelege Janecke Thesen er engasjert som prosjektleder. Prosessen er 2-delt:
-En prosjekteringsfase for utforming av prosjektplan, avsluttet juli-91
-En prosjektfase for selve modellforsøket, sept-91 til sept-94.
Prosjektet er mer et fagutviklingsprosjekt enn et rent forskningsprosjekt, og må vel nærmest klassifiseres som helsetjenesteforskning. Det går ut på å organisere en tverrfaglig "PS-gruppe" i hver kommune. PS-gruppa skal gi uvanlige garantier til de i befolkningen som har behov for tjenestene, eksempler er: *Rød telefon, alle problemstillinger skal tas opp innen utgangen av neste yrkesdag, tjenester skal defineres langt bredere enn vanlig medisinsk behandling, intensivert kontakt når brukeren er i institusjon, fengsel el. lign.*, osv osv. det er lagt opp til en meget omfattende evaluering.

På forskningskongressen vil det bli lagt vekt på å beskrive *prosessen, modellen (PS-gruppa)* og å begrunne *hvorfor allmennpraktikere bør gå inn i denne typen helsetjenesteforskning.*

Fra medarbeider til medarbeider

19

DIABETESOMSORG I ALLMENNPRAKSIS

Marie Fjelde Hausken, Hjelmeland legekontor, Hjelmeland.

Hjelmeland kommune er en utkantkommune med en høy andel eldre i befolkningen. Diabetes er en vanlig sykdom i denne aldersgruppen, og både leger og hjelpepersonell følte lenge at dette var en pasientgruppe vi med enkle tiltak trolig kunne hjelpe på en langt bedre måte enn før. Jeg har i samarbeid med kommuneoverlege I, John Cooper, utarbeidet et strukturert behandlingsopplegg basert på egenkontroll, gruppeundervisning av pasienter og pårørende, og insulinbehandling av gruppe II diabetikere. Jeg vil i dette innlegget beskrive min rolle som medarbeider i diabetesomsorgen i Hjelmeland. Jeg vil kommentere de erfaringene vi har gjort med dette opplegget, og presentere noen foreløpige resultater basert på laboratoriemålinger og en enkel spørreundersøkelse av pasientene.

20

MEDARBEIDERENS ROLLE I DIABETESOMSORGEN - GRUPPESAMTALE MELLOM DIABETIKER/ MEDARBEIDER

Unni Elisabet Knutsen, Kråkerøy legesenter, Kråkerøy.

Jeg jobber som medarbeider hos to allmennpraktiserende leger, Knut Aamodt Karsen og Bjørn T. Hovland på Kråkerøy. Pr. i dag har vi registrert 106 diabetikere (gruppe II). Som et ledd i det å bedre diabetesomsorgen, innkaller vi diabetikere til gruppesamtaler. Jeg vil i dette innlegget fortelle hvordan vi praktiserer gruppesamtalene.

21

MEDARBEIDERENS OPPGAVE I SVANGERSKAPSOMSORGEN I PRIMÆRHELSETJENESTEN

Legesekretær Lise K. Castberg, legesekretær Tove Rutle, Jessheim.

Vi ønsket å belyse medarbeiderens oppgave i forbindelse med svangerskapsomsorgen. Dette kom i stand fordi vi ble bedt om å holde et foredrag om dette emnet og fordi det var kommet kritiske røster fra jordmorhold som ønsket all svangerskapsomsorg til helsestasjonene under deres ansvar.
Vi oppsummerte hva vi som medarbeidere gjorde i denne delen av vårt arbeid og utarbeidet et spørreskjema med spørsmål for å få rede på hva den gravide savnet, likte og ville forandre. Spørreskjemaene ble sendt til 50 stykker likt fordelt på begge praksiser. Vi noterte også tiden de gravide brukte inne hos medarbeideren og legen, og hva de var mest opptatt av.
Konklusjonen vi stod igjen med var at det meste vi gjorde i svangerskapsomsorgen var god. Tid og omsorg gikk igjen som viktige punkter.De gravide har behov for å bli møtt med forståelse som legger vekt på såvel psykososiale som medisinsk faglige forhold.

22

KOSTVEILEDNING. Erfaringer etter 1 år med sykepleier som kostveileder i allmennpraksis; - Er kvinner flinkere til å slanke seg enn menn?

Sykepleier Arne Martin Davidsen, kommunelege Eirik Bø Larsen, Dokka helsehus, Dokka.

Kostveileder er sykepleier i 1/1 stilling ved kommunalt 4-legesenter på Dokka. Avsatt tid til kostveiledning er èn dag pr. to uker. Vi har vurdert dette tilbudet ved å studere en gruppe overvektige menn og kvinner med ønske om og behov for vektreduksjon. Det omfatter 22 pasienter (100 %), 6 menn (27,3 %) og 16 kvinner (72,7 %). Diabetikere er *ikke* inkludert i dette materiale.
Retningslinjer for kostveilederens arbeid ved legekontoret på Dokka presenteres og det redegjøres for hovedtrekkene i kostveiledningen.
Resultatene vil bli diskuterert, blant annet med tanke på at det har vært mannlig kostveileder. I dette materialet fant vi at kvinner i gjennomsnitt oppnådde større vektreduksjon og syntes å være mer utholdende enn menn.
Materialet er lite og tillater ingen sikre konklusjoner, men er en nyttig evaluering av egen praksis. Det følges opp og utvides fortløpende, også med tanke på langtidseffekten av vektreduksjon.

23

MEDARBEIDERUTVEKSLING I ALLMENNMEDISIN - ER DET NYTTIG? Praktisk forsøk og evaluering fra utveksling mellom Bardu Helsesenter og Legehuset i Hokksund.

Legemedarbeider Toril Bogen, lege Sten Erik Hessling, Legehuset i Hokksund. Legesekretær Britt Walør Fagertun, kommunelege Thoralf Hasvold, Bardu.

Legene i allmennmedisin har i flere år hatt mulighet for å besøke hverandres praksis innenfor rammen av et strukturert opplegg som ledd i etterutdannelse. Tanken om en lignende utveksling blant medarbeiderne ble tatt opp ved et samarbeid mellom de to arbeidsstedene høsten - 90.
Det ble først utarbeidet en praksisbeskrivelse tilpasset medarbeidernes behov. Denne ble fylt ut før besøket. Besøket varte en uke hvert arbeidssted, men ikke på samme tidspunkt. Medarbeideren observerte den daglige arbeidsgang, men deltok ikke i vanlig rutinearbeid. Ut fra notater ble det så utarbeidet en rapport fra besøket, som senere har vært gjenstand for diskusjoner på begge arbeidsstedene. Erfaringene har vært meget gode.
Dette pilotprosjektet vil munne ut i et forslag til strukturert opplegg for slik medarbeiderutveksling. Både faglig og sosialt anbefales denne form for medarbeiderkontakt!

24

TAUSHETSPLIKTEN - ET GLEMT KAPITTEL? Pasientens rettigheter - vårt ansvar.

Ragnhild Torbergsen Løkeberg, Bedriftslegekontoret, Sparebanken NOR, Tønsberg.

Er taushetsplikten til hinder for god og riktig behandling av pasienten?

25

FRA IDÉ TIL PROSJEKT.

Olav Rutle, Institutt for allmennmedisin, Oslo.

Røde og kløende øyne er plagsomt året rundt.

Tidligere var allergisk konjuktivitt en sesongvariabel tilstand, knyttet i første rekke til pollensesongen. Nå er røde og kløende øyne også en vinterplage. Dårlig inneklima, røyking og forurensing er viktige deler av årsaksmekanismene.

LOMUDAL, natriumkromoglykat, brukes både ved helårlig og sesongbundet allergisk konjunktivitt. Endosepipettene er godt egnet for brukere av kontaktlinser og personer som reagerer på benzalkonklorid.

Se Felleskatalogen '91 s. 614.

FISONS Pharmaceuticals
Postboks 24, 1345 Østerås.

Tagamet

– originalen som gjør alle glade

TAGAMET (R) cimetidin
Histaminerg H2-reseptorantagonist.
BRUSETABLETTER 400 mg: Hver brusetablett inneh.: Cimetidin. hydrochlorid. respond. cimetidin. 400 mg, natr. hydrogencarb., aspartam. 70 mg, aroma, const. q.s.
BRUSETABLETTER 800 mg: Hver brusetablett inneh.: Cimetidin, hydrochlorid, respond. cimetidin 800 mg natr. hydrogencarb., acid, citric. saccharinnatr, natr. cyclamas, aspartam., aroma, const q.s. Med delestrek.
INFUSJONSVÆSKE 4 mg/ml: 1 ml inneh: Cimetidin. 4 mg, natr.clorid. 9 mg, acid.hydrochloric., natr.hydroxid q.s., aqua ad iniect. ad 1 ml pH ca. 6.
INJEKSJONSVÆSKE 100 mg/ml: 1 ml inneh: cimetidin. 100 mg, acid hydrochloric q.s., aqua ad iniect. ad 1 ml pH ca. 5.
TABLETTER 200 mg. 400 mg og 800 mg: Hver tablett inneh: Cimetidin. 200 mg resp. 400 mg og 800 mg. const: q.s. Fargestoff: Indigotin (E132), jernoksyd. (E 172).
EGENSKAPER: *Klassifisering/ Virkningsmekanisme:* Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne. *Tagamet brusetabletter:* Foruten de H_2-reseptorblokkerende egenskaper har brusetabletten en umiddelbar buffrende effekt på pH i ventrikkelen. Den buffrende effekten tilsvarer ca. 15 mmol HCl/tabl, og tilskrives det natriumcitrat som dannes etter oppløsning av brusetabletten i et halvt glass vann.
Absorpsjon: God etter oral administrasjon. Proteinbinding: Ca 20%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance slik at den forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. *Metabolisme/Utskillelse:* Hovedsakelig via nyrene. Omtrent 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksidet, dette utskilles også via urinen.
INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår, Zollinger-Ellisons syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadig residiverende eller kroniske duodenalsår. Gastroøsofageal refluxsykdom (GERD). Profylakse mot blødninger på grunn av stressulcus hos kritisk syke pasienter. Profylakse mot aspirasjonspneumoni.
BIVIRKNINGER: Diare, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1% av pasientene. Tilfeller av reversible forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initial forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt; samtlige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni, agranulocytose og trombocytopeni sjeldent.
FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcusdiagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerg H2-reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelcanser, er det viktig at malign lidelse utelukkes.
Det er ikke vist at profylaktisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger foreløpig begrenset viten om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved refluxøsofagitt.
GRAVIDITET/AMMING: Passerer placentabarrieren og går over i morsmelken. Bør ikke brukes ved graviditet og amming.
INTERAKSJONER: Interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (164e).
DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved duodenal eller ventrikkelsår er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved duodenalsår og 4-8 uker ved ventrikkelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alternativt 800 mg om kvelden. Ved gastroøsofageal refluxsykdom individualiseres doseringen 800 mg - 1.6 g fordelt over på 1-4 doser pr. døgn i 4-12 uker.
Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatininclearance. Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatininclearance (ml/min.)	Serum kreatinin µmol/l	Dosering
< 15	400 - 900	200 mg x 2
15 - 30	200 - 400	200 mg x 3
30 - 50	100 - 200	200 mg x 4

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml sterilt vann eller natriumkloridoppløsning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimalt 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon (3-5 minutter) med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom, anbefales infusjon eller intramuskulær injeksjon.
Intramuskulær injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske gis med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.
Intravenøs infusjon: Tagamet kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Tagamet 4 mg/ml ferdigblandet infusjonsvæske (100 ml = 400 mg) gis over minst 30 minutter. En lempelig dråpehastighet er 1 dråpe pr. sekund. Gjentas etter 4-6 timer til peroral behandling kan gjennomføres. Maksimalt gis 2 g/døgn. *Barn:* Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av cimetidin hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.
OVERDOSERING/FORGIFTNING: Meget lav toksisitet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsøk viser så høy LD50 at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlige bivirkninger er rapportert flere ganger.
Fjernes fullstendig ved hemodialyse.
PAKNINGER OG PRISER PR. 1/3-92: *Brusetabletter: 400 mg:* 15 stk. kr. 98,80, 30 stk. kr. 189,30, *800 mg:* 30 stk. kr. 390,80, 60 stk. kr. 770,00. *Infusjonsvæske:* Viaflex plastbeholder: 20 x 100 ml kr. 754,30. *Injeksjonsvæske:* Amp: 10 x 2 ml. kr. 63,30. *Tabletter: 200 mg:* Enpac: 30 stk. kr. 79,10, 60 stk. kr. 149,30, 100 stk. 238,40. *400 mg:* Enpac: 30 stk. kr. 149,30, 60 stk. kr. 289,70, 100 stk. kr. 468,00. *800 mg:* Enpac 10 stk. kr. 96,80, 30 stk. kr. 274,50, 60 stk. kr. 540,10, 100 stk. kr. 790,40.

SB
SmithKline Beecham
Postboks 134, 1473 Skårer, Norway. Tel. (02) 70 79 01

...Simply Better

Får jeg velge
tar jeg heller originalvare
til lav pris!

Tagamet er H_2-blokkereren med det brede sortiment; 400 mg brusetabletter i pakningsstørrelsene 15 og 30, 800 mg brusetabletter i pakningsstørrelsene 30 og 60. Dessuten som vanlige tabletter 200 mg/400 mg/800 mg, mixtur 40 mg/ml (10 ml doseputer), infusjonsvæske 4 mg/ml (100 ml) samt injeksjonsvæske 100 mg/ml (10x2 ml).

Det er forskjell på original og original. Noen er betydelig dyrere enn andre. Men hvorfor skal pasientene dine behøve å betale over det dobbelte når det finnes originalpreparat som er like billig som kopipreparatene.

Kostnader for 4 ukers behandling med H_2-blokker ved duodenalulcus.

Preparat:	Pris 30 stk. pr. 1/3-92	Egenandel for pasienten
Zantac 300 mg	583,20	116,60
Tagamet 800 mg	274,50	54,90
Cimetid 800 mg	273,80	54,80
Cimal 800 mg	273,70	54,70
Gastrobitan 800 mg	294,70	58,90
Pepcidin 40 mg	485,70	97,10

Skriv ut Tagamet neste gang. Det tjener pasienten på, og dessuten blir det billigere for Norge.

Alle beredningsformer av Tagamet kan fortsatt skrives på blå resept etter paragraf 9 punkt 37.

TAGAMET®

ORIGINALEN SOM GJØR ALLE GLADE

SmithKline Beecham

Postboks 134, 1473 Skårer, Norway. Tel. (02) 70 79 01

Helt alminnelig - og ganske spesielt

Om å leve som lesbisk

Kirsti Malterud (f. 1949) er førsteamanuensis ved Seksjon for allmennmedisin (Universitetet i Bergen, og bydelslege ved Ulriksdal legesenter (Bergen Kommune). Var med på etablering og drift av Oslo Helserådss Rådgivningstjeneste for homofile (1977-82), og var i den anledning deltidssexolog i noen år. Siden mer interessert i livet selv.

Av Kirsti Malterud

Mange lesbiske har det bra med å være lesbiske, og opplever det selv som helt alminnelig. På den annen side blir man som lesbisk nesten daglig minnet om at mange synes det er ganske spesielt. Dermed blir det ikke helt alminnelig likevel. Dette paradokset kan det være nyttig for primærlegen å vite noe om. Her skal jeg skrive om dette ut fra egne erfaringer.

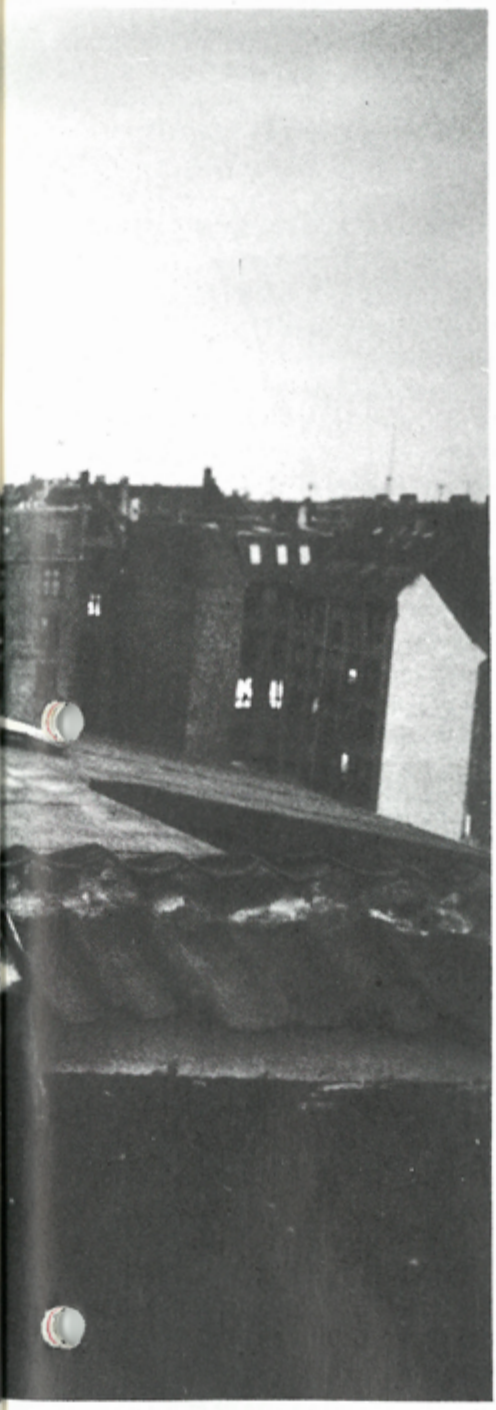


Foto: Nana Reimers / Samfoto

Denne artikkelen handler ikke om erotikk, men om noen rammer omkring erotikken - nemlig de rammene du møter hvis du velger å leve som lesbisk.

Du som leser, stusser kanskje over hvorfor jeg ikke skriver om homofile eller homoseksuelle. Du lurer kanskje på om det er noen spesiell grunn til å bruke uttrykket "lesbisk".

Dette er ikke en vitenskapelig artikkel, men en personlig meddelelse. Derfor foretrekker jeg å bruke den betegnelsen jeg selv bruker om den siden av meg selv som tiltrekkes av kvinner - min lesbiske side. For meg kjennes det fremmed å bli kalt homofil - i mitt miljø er dette et navn på menn som elsker menn. Når jeg skriver om lesbiske, skriver jeg om en situasjon jeg vet atskillig om.

Ikke bare annerledes, men også forkastelig -?

Som lesbisk er jeg i en minoritetsposisjon - vi utgjør ca. 5-10 % av befolkningen. Som kvinnelig forsker er jeg også i minoritet, i omtrent samme størrelsesorden. Det er sannelig ikke alltid lett -men det er sjelden å høre noen si om dette at de ser på det som unaturlig eller ekkelt.

Den lesbiske siden av meg gjøres på en helt annen måte til et spørsmål om rett og galt, om jeg er et godt eller dårlig menneske, om det skal være lov å være slik eller ikke. Dette merker jeg daglig i tusen bittesmå drypp av forskjellig farge og egenvekt. Det å være lesbisk er noe som uopphørlig bringer meg i en posisjon som jeg må forsvare - jeg må være villig til å stå på en barrikade som jeg kanskje aldri har bedt om å bestige. Det er ikke sikkert jeg ønsker å være selvlysende fordi om jeg vil slippe å være usynlig [1]).

Den som er lesbisk, kommer ikke unna en påtrengende opplevelse av å være annerledes. Hvis det er deg det gjelder, vil du bli konfrontert med at folk er vant til at de fleste andre kvinner forelsker seg i menn. Du blir også minnet om at mange mener de har rett til å ta avstand fra ditt kjærlighetsliv - på prinsipielt grunnlag.

Da kan de gode følelsene blande seg med undring - kanskje også med frykt.

Usynlighet og innvendige fordommer

Det kan ta tid for en kvinne å finne ut at hun er lesbisk. Selv var jeg 28 år før jeg var sikker nok til å ta mine følelser på alvor og realisere et kjærlighetsliv med en annen kvinne. Og mange jeg kjenner, har trengt enda lenger tid på å finne ut av det.

Hos mange lesbiske er det de innvendige fordommene som er tyngst å mestre. Har du lært at det er grunnleggende galt av kvinner å bli glad i kvinner, må du gjøre en ganske omfattende mental snuoperasjon for å bevare selvbildet intakt, hvis du finner ut at dette gjelder deg selv.

Selv med en oppvekst som ikke har vært spesielt pietistisk, men bare rett og slett alminnelig norsk, kan det være vanskelig nok å finne en innvendig plass til en lesbisk følelse hvis den melder seg. Mange av oss har usynligheten som referanseramme. Hvis du lever i en verden hvor det tilsynelatende ikke finnes lesbiske, må det sterke og gode følelser til før du gjenkjenner dem i deg selv og oppdager at de faktisk retter seg mot en av samme kjønn.

Men finner jeg ut at jeg som kvinne har evne til å bli glad i andre kvinner, er det en innviklet erkjennelse. Det er ikke noe jeg bare konstaterer og momentant verdsetter, det er noe som reiser mange store spørsmål om livet og om verden og om framtida.

Hvis dette gjelder deg, kan du være heldig (slik jeg har vært), slik at ikke de innvendige fordommene motarbeider de gode følelsene, - annet enn som en ettertanke og kanskje som en forsinkelse. Men det går også an å oppleve lesbiske følelser som så forkastelige og problematiske at de må bort. Prøve å glemme varmen som dukket opp gjennom hele kroppen. Eller bære sitt kors med bot og anger. Mange jeg kjenner, forteller slike historier.

En privatsak -?

"Det er en privatsak hva folk gjør i senga." Det kan jeg være helt enig i. I mitt miljø er det ikke særlig vanlig å snakke om hvordan man elsker med kjæresten sin, uansett om kjæresten er av samme eller av motsatt kjønn.

Hvis jeg sier at jeg er lesbisk, er ikke min mening å redegjøre for erotiske teknikker. Sier jeg at jeg er lesbisk, er det som regel fordi jeg trenger å fortelle at den kvinnen jeg snakker om, ikke er en tilfeldig venninne. Sammenhengen kan være så banal som at den jeg snakker med, sier "mannen min og jeg".

"Men kan det være nødvendig å mase med det da - vi aksepterer jo slikt", sier noen. Jeg synes ofte det er vanskelig å si at jeg er lesbisk. Det er ikke fordi jeg

⇒

[1]) Takk til Anbjørn Ohnstad for begrepsparet "usynlig/selvlysende".

selv opplever det problematisk, men fordi jeg har erfaring for at dette oppfattes som en "betroelse", gjerne mer intim enn det folk ønsker. Derfor har jeg i årenes løp utviklet et stort repertoar for å si dette (for meg helt alminnelige) på en måte som ikke virker altfor spesiell - eller rett og slett å unnvike selve situasjonen og samtaleemnet. Men da kan resultatet bli at min plass i samhandlingen blir ubehagelig krympet.

Heterofile har den fordelen at de kan omtale sin partner i dagligtale uten at det oppfattes som en betroelse, en privatsak eller en erotisk finesse. Jeg skulle ønske det kunne bli like enkelt for oss andre. Men det går da framover. "Samboer" og "kjæreste" er ord som etterhvert er kommet inn i norsk dagligtale og som kan brukes for å tydeliggjøre hva slags relasjon det handler om.

Tatt-for-gitt-heter

Noen lesbiske passer inn i den kulturelle klisjeen om mannhaftige damer med grov røst og dress. Men dem er det nok få av. De fleste jeg kjenner, er så alminnelige at legen ikke ville hatt noen som helst mulighet til å "oppdage" dem. Lesbiske er like forskjellige som kvinner flest, og det vil som regel være feil å tro at lesbiske er slik eller sånn, enten vi snakker om utsiden eller innsiden.

Ikke alle primærleger møter sine pasienter slik at det kjennes naturlig eller trygt for lesbiske å fortelle om sin situasjon. Legen må altså være klar over at det kan være atskillig viktig hun ikke vet noe eller nok om. Mine lesbiske venninner forteller meg om legekontakter av ulike slag, bl.a. om opplevelser der de ganske ufrivillig er blitt pådyttet prevensjon og clamydia-testing uten å ha bedt om det. Forebyggende helsearbeid av denne typen skyter langt over målet.

Fordi de fleste kvinner i fertil alder har menn som partnere, kan det være lett for legen å glemme at ikke alle lever heterofilt. For mange år siden skulle jeg selv ta rtg. V+D. Jeg opplevde da til min forbløffelse at røntgenavdelingen tok det for gitt at jeg kunne være gravid hvis det var mer enn 14 dager siden forrige menstruasjon, og jeg ikke brukte p-piller. Det hjalp ikke å si det som det var - mens en like subjektiv opplysning om p-piller ville vært god nok.

Legen skal ikke ta det for gitt at det er tragisk å være lesbisk, ei heller at det å være lesbisk er et psykopatologisk kriterium. Mange av oss er både fornøyde og stabile, og har ikke noe behov for å bli trøstet eller besnakket. For den lesbiske kan det oppleves som utidig nysgjerrighet hvis legen blir mer opptatt av det lesbiske enn av det som var grunnen til at hun bestilte time.

Å si det til noen - ut av usynligheten

Hvis du er lesbisk og ikke vil leve et hermetisk liv i indre og ytre eksil, må hemmeligheten før eller senere ut. Noen har det slik at dette kjennes altfor truende, og at det blir viktig å bevare hemmeligheten så lenge som mulig. Da kan frykten for avsløring vokse seg til et stort og dominerende spøkelse, som kan ta stor og ubehagelig plass i livet.

For andre kan det være en lettelse å ha gjort seg såpass ferdig med tvil og undring at tiden er inne for å si fra. Ved å si det til noen, skaper ordene virkelighet og reduserer usynligheten. Man tenker seg lenge om før man finner ut hvem det går an å snakke med. Venner og omgivelser blir veiet og vurdert, for å finne ut hvem som kan ta imot og ta vare på det lesbiske. Den som har valgt klokt, vil kunne oppleve dette første skrittet ut av usynligheten som et viktig bidrag til det nye selvbildet. Men det går også an å være uheldig og bli overrasket og skuffet.

Det vanskeligste er som regel å si det til mor og far. Selv om man tror og håper at de ønsker deg et godt liv, er dette noe som er så annerledes at det nesten blir for mye for dem. Noen lesbiske klarer aldri å snakke med foreldrene sine om de aller viktigste følelsene sine. Kjæresten opptrer som en tilfeldig venninne som bor der, og det ligger bare en dyne i dobbeltsenga når mor og far kommer på besøk. For andre blir det en fase der begge parter strever mye med å venne seg til den nye situasjonen. Mor og far må finne ut hva de skal si til venner og bekjente, og de må ta inn det at det ikke blir en "vanlig" familie. Tar man tid og tålmodighet til hjelp, går det heldigvis ofte an å finne fram til hverandre igjen.

Hvis du ikke selv er den lesbiske, men den hun først forteller det til, er det viktig å vite at dine reaksjoner og din respons kan sette spor - gode og vonde. Om du blir overveldet og ser for deg hvor vanskelig dette kan bli for henne, kan du være ganske sikker på at det er noe hun selv allerede har tenkt mye på.

Hvis du vet at du er den første hun forteller det til, kan du prøve å kjenne at du får en gave av tillit - ikke en brysom bør. Er du hennes primærlege, kan du gjerne spørre henne om hvem andre hun kan snakke med. Kanskje er du foreløpig den eneste. I så fall er du en viktig person i denne fasen av hennes liv. Det kan være nok å lytte - du behøver ikke gi råd.

Hvis du er kvinne, behøver du ikke være redd for at hun blir tiltrukket av alle kvinner. Forteller hun deg om sine følelser for en annen kvinne, kan du godt vise henne nærhet uten at hun tar det som en erotisk invitt.

Jeg er ikke bare lesbisk

Jeg har det godt med å være lesbisk. Det er mange år siden jeg fant ut av hvordan det var, og så tok det heldigvis ikke så lang tid å plassere de lesbiske følelsene som gode og sterke sider av meg selv. For meg er dette uproblematisk og kjennes ganske alminnelig. Jeg ville nok bli ganske krenket hvis *min* primærlege tok det for gitt at dette var et problem for meg - eller en situasjon jeg helst ville bort fra.

Den første tiden kjentes det viktig å være *lesbisk*. Det var mange det var nødvendig å snakke med, det var ikke alle reaksjoner som var like lette å ta, men jeg hadde en god følelse av omsider å være på plass i meg selv. Etterhvert ble jeg Lesbisk, og nå er jeg lesbisk og mye annet.

Den lesbiske delen av selvbildet mitt er viktig, men neppe den største. Jeg er lege, jeg er forsker, jeg er nysgjerrig, jeg er streng, jeg er redd i trafikken og jeg liker ikke Campari. Jeg er kvinne, jeg er feminist, jeg lager Utposten og jeg har hund. Jeg liker å lage og spise god mat, jeg er ganske sjenert, og jeg har verdens flotteste kjæreste.

Men jeg har mange erfaringer på at folk jeg ikke kjenner fra før, kan gjøre det Lesbiske til hovedoverskriften, uten at det på noen måte er mitt ønske, mitt behov eller min mening. Det forteller meg

at spørsmålet om seksuell orientering har en sterk ladning, siden det kan komme til å bli så viktig.

Viktig nok for meg - i den grad det har noe å gjøre med min mulighet for tilstedeværelse og anerkjennelse - men i mitt liv i dag sjelden så viktig at det er en hovedsak. Derfor har jeg lært meg til å møte nye mennesker på en slik måte at mitt lesbiske liv først kommer på tale når jeg har fått vist andre sider av meg. I blant kan dette føre til kompliserte konversasjonsmessige balansekunster, særlig i møtet med folk som selv gjerne vil snakke mye om sin egen familie. Dette kan i blant gjøre dagliglivet unødig krevende og slitsomt.

Lesbiske og homofile blir da ikke forfulgt lenger?

Nei, kanskje (?) ikke forfulgt. (Her er jeg faktisk litt i tvil, etter drapet i Sofienbergparken i fjor.) Lovforbudet mot seksuelt samvær mellom menn er opphevet, og vi har fått en tilføyelse i den norske straffeloven som forbyr diskriminering og forskjellsbehandling på grunnlag av seksuell orientering.

Du behøver antakelig ikke være redd for å miste jobben selv om du har sagt i radioen at du er lesbisk. Jeg behøver antakelig ikke være redd for mitt faglige og profesjonelle rykte, selv om jeg har skrevet i Utposten at jeg er lesbisk.

Det har skjedd endel i det norske samfunnet de siste (10?) årene når det gjelder åpenhet. Det er nok lettere nå enn å "stå fram" som lesbisk. Min erfaring er likevel at dette på mange måter er en pseudotoleranse. Progressive folk kan ikke lenger si høyt at de synes homoseksualitet er unaturlig. Og når de ikke kan si det - men fortsatt synes det - får motforestillingene mange utydelige og ubehagelige uttrykk. Det kan også være ganske anstrengende når noen forventer at du skal være takknemlig når de sier at de aksepterer sånne som deg, og at de vet om noen andre lesbiske eller homofile som faktisk er helt OK.

Nettopp denne offentlige forestillingen om at vi nå er kommet så langt på dette området, er med på å skape det innviklete paradokset "helt alminnelig - og ganske spesielt". Nå vet du litt om hvordan det kan være å leve i dette paradokset.

Hva jeg ikke har tatt opp her

Siden dette ikke er en medisinsk eller sexologisk artikkel, er det en rekke viktige spørsmål jeg har valgt å ikke ta opp her.

- Jeg drøfter ikke forskjeller og likheter mellom lesbiske og homofile menn (men mener at forskjellene antakelig er større enn likhetene).

- Jeg diskuterer ikke spørsmålet om lesbiske og barn (men mener at det ikke er en menneskerett hverken for heterofile eller lesbiske å få barn).

- Jeg argumenterer ikke - hverken teologisk eller biologisk -for om det er naturlig eller unaturlig å være lesbisk (men fastholder min erfaring om at det er naturlig for meg).

- Jeg tar ikke stilling til om min lesbiskhet er medfødt eller sosiokulturelt betinget (men tror de fleste menneskelige egenskaper er sammensatte).

Jeg tror likevel jeg har skrevet noe om hvordan det å bli møtt som et annerledes og forkastelig menneske, kan representere en belastning. Men min egen erfaring er at det å leve som lesbisk, kan gi et rikt liv. Livet litt på siden av den slagne landevei gir nye perspektiver og spennende utfordringer.

For primærlegen er kanskje det viktigste å huske at kjærlighet er en stor og levende kilde til helse.

Av Førsteamanuensis
Kirsti Malterud
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen ❑

Utpostens essaykonkurranse 1992

Konkurranseregler:
For 8. gang inviteres Utpostens lesere til å være med i konkurransen om essayprisen. Prisen tildeles forfatteren av årets beste primærmedisinske essay. Deltakerne stilles fritt i temavalg, men emnet må være aktuelt og sentralt i dagens norske allmenn- eller samfunnsmedisin. Manuskriptet må utarbeides på norsk, og artikkelen må ikke ha vært publisert tidligere.

Manuskriptutarbeidelse:
Manuskriptet skal være maskinskrevet og innsendes i 2 eksemplar. Manuskriptet skrives på A4-ark og bare på den ene siden av arket. Bruk dobbel linjeavstand (ca. 30 linjer pr. ark) og bred marg (ca. 60 anslag pr. linje). Artikkelens lengde bør være minst 10 manussider, men ikke mer enn 15 manussider. Bruk VANCOUVER-reglene ved bruk av litteraturreferanser. Tidsskrift for Den norske lægeforening beskriver Vancouver-reglene i sin manuskriptveiledning. Manuskriptet inndeles med en kortfattet innledning (ingress) på omlag 1/2 manusside.

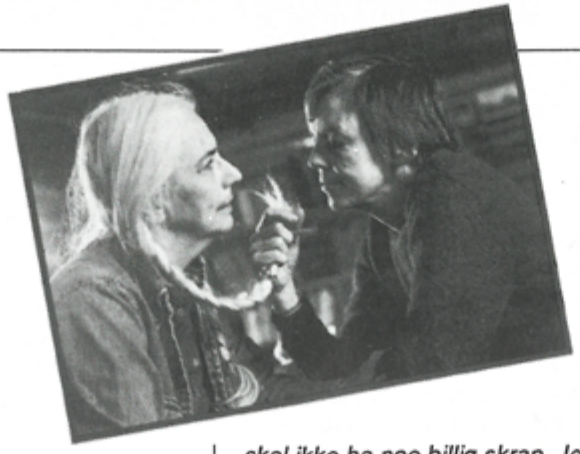
Tidsfrist:
Manuskriptene sendes til
UTPOSTEN,
5890 LÆRDAL,
og skal være redaksjonen i hende innen 15. august 1992.

Manuskriptet vil bli behandlet anonymt. Forfatterens navn skal derfor ikke framgå av manuskriptet. Manuskriptet skal imidlertid gis en tittel som knyttes til innholdet, og vedlagt manuskriptet skal det følge en lukket konvolutt. Konvolutten merkes utvendig med manuskriptets tittel, og inni konvolutten ligger opplysninger om forfatterens navn, adresse og telefonnummer.

Premiering;
Manuskriptet vil bli vurdert av en jury som kårer inntil 2 vinnere av konkurransen. Juryen består av Førsteamanuensis Åsa Rytter Evensen, kommunelege Ola Lilleholt, amanuensis Ivar Aaraas og allmennpraktiker Inger Marie Steinsholt. Vinneren(e) vil bli tildelt Utpostens diplom og en samlet premiesum på kr 10 000. Vinnerbidraget vil bli trykket i Utposten, og Utposten forbeholder seg retten til å kunne trykke også andre av de innsendte essayene.

Ytterligere opplysninger om Utpostens essaykonkurranse 1992 fås ved henvendelse til
UTPOSTEN,
5890 LÆRDAL ❑

69



Novelle av Gry Sønsteng Hentet fra "Løvetann nr 1-84"

Henriette Schjøtt holdt på å sette brødbiten med bitter appelsinmarmelade i halsen. Det kunne ikke være mulig. Hun svelget ned med en slurk kaffe. Det prikket i hodebunnen, hun ble svimmel og varm i hele kroppen.
Det stemte. Tallene øverst på siden i Aftenpostens morgennummer var identiske med dem som var trykket på loddet hun holdt i hånden. Hun kikket opp på kvinnen som satt på den andre siden av kjøkkenbordet, ble sittende og stirre på henne før hun sa:
- Jeg har vunnet 400 000 kroner.
Hannah Christine Rohgsten humret og fortsatte å smøre meierismør på klibrødet uten å se opp.
- Nå igjen? sa hun bare.
Henriette hadde i alle år spøkt med den store gevinsten. Henriette grep hånden hennes og klemte til.
- Hannah, dette er ikke tull.
Hun føk opp, rasket avisen med seg og plantet den rett på klibrødet til Hannah.
- Se! Henriette pekte med en smal, dirrende finger på sifrene. 301158. Hannah så på loddet. 301158.
- Du godeste, Henriette, du er jo rik!
Henriette hvinte av glede, dro Hannah opp av stolen og danset vilt ut i stuen med henne. Hannah lo og klamret seg fast.
- Henriette, tenk på hoftene mine.
- Det var visst ikke noe i veien med dem i går kveld....
Hannah rødmet, som hun pleide, som hun alltid ville gjøre over Henriettes åpenhet. Henriette bråstoppet så Hannah holdt på å fortsette tvers gjennom døren til soverommet. Hun slang ut en arm, roet dem begge ned.
- Jeg må ringe.
Henriette fikk et ivrig uttrykk i ansiktet. Hannah var andpusten.
- Til Se og Hør?
Henriette hørte ikke etter, var borte ved telefonen og bladde som en gal i katalogen.
- P. Pedersen, Pengelotteriet.
Hannah sto og så på henne med åpen munn under samtalen, trippende, etter at spenningen hadde grepet tak i henne også.
Henriette klasket røret på med et brøl.
- Jeg er rik!
Hannah lo og grep henne rundt skuldrene.
- Nå kan du komme med listen din.
For flere år siden, da Henriette som vanlig var skråsikker på at denne måneden ville hun vinne, riktignok en lavere sum den gang, hadde hun satt opp en liste over hva hun ville gjøre med pengene. I alle fall umiddelbart. Slik at sjokket ikke skulle bli så stort når hun virkelig vant, og for å ha planene klare, liksom. Listen så slik ut:
1. Skrivemaskin med rettetast
2. Ferie med Hannah til Bali
3. Elektrisk gitar
4. Veldedighet
5. En flaske Dom Perignon
6. Rosa flanellslaken
7. Den siste platen til Bob Dylan
8. Hummer til frokost
- Du kan vel glemme den gitaren, den er jo ikke akkurat nabovennlig, sa Hannah.
- Da synes jeg vi skal kutte ut turen til Bali også jeg, du er 68 år og har stive hofter, det blir nok for strevsomt.
Henriette så uskyldig ut i luften da Hannah sendte henne et drepende blikk med en kjærlig hinne, selv var hun 69.
To uker senere sto Henriette utenfor musikkforretningen. Hannah så litt tvilende på henne. Henriette stirret trassig tilbake.
- Jo, sa hun høyt. Jeg har alltid ønsket meg en elektrisk gitar. Nå kan jeg kjøpe en. Vi har gitt til kreftens bekjempelse og Luftambulansen, nå vil jeg unne meg selv noe.
Hun dro Hannah med seg inn.
- Jeg skulle se på en elektrisk gitar, sa hun til den unge ekspeditøren, kledd i røde skinnbukser og pannebånd.
- Jaha, sa han og mønstret de to eldre damene med lattermild nedlatenhet. De så spreke og velkledde ut, men..... Han viste fram den billigste typen.
- Vi har denne enkle, greie her, den er rimelig og god, passende som presang.
Henriette så ham inn i øynene.
- Den er til meg selv.
Ekspeditøren mistet motemasken et øyeblikk.
- Hæ?
- Det er jeg som skal ha den. Og jeg skal ikke ha noe billig skrap. Jeg hadde tenkt meg en Fender. Og en skikkelig forsterker, 30 watt holder.
- Æhrm. Skinnbuksene fikk fart på seg.
20 minutter senere vinket Henriette muntert farvel på ekte Dronning Elisabeth-maner. Ekspeditøren hjalp dem ut i bilen med forsterkeren. Hannah hadde hatt store problemer med å holde seg alvorlig, av og til kunne hun ikke holde tilbake et innestengt fnis.
På veien hjem lo de fra Hannah satte nøkkelen i tenningslåsen til de parkerte i garasjen. De strevde litt med forsterkeren, som veide noen kilo. Henriette plasserte den i stuen med en andektighet som om det skulle vært kronjuvelene. Det første anslaget satt i veggen så det murret i vindusglassene.
Morgenen etter lå de i den store messingsengen med hvert sitt champagneglass i hånden og et fat med hummer, ferskt brød, sitron og majones mellom seg. Korken smalt og lyden av fresende, boblende champagne fylte rommet.
De lå tett inntil hverandre, slik de hadde gjort i snart 45 år. I den samme leiligheten på Briskeby, to fornøyde vestkantjenter, fremdeles forelsket, selv om den altoppslukende lidenskapen hadde stilnet av.
Hannah og Henriette hadde overlevd to verdenskriger. De visste ikke hva som hadde vært hardest, de to eller alle de slagene de selv hadde kjempet seg gjennom. Nå var de døde, de fleste av dem som hadde dømt hardest. Hannah og Henriette håpet at de fikk det bedre der de var kommet.
De hadde sverget aldri å gi opp. Henriette allerede første gang hun så Hannah i den bløte ullgenseren bak skranken i banken. Men hun visste ikke at hun elsket den ett år yngre kvinnen før hun for første gang virkelig så øynene hennes. De var gulbrune. Henriette hadde aldri sett slike øyne. Hun kjente ikke den sjenerte, sjarmerende, rødmende piken, hadde aldri rørt ved henne, men visste at de øynene aldri ville forsvinne fra hukommelsen.
Bak den borgerlige, anstendige fasaden til Hannah bodde det massevis av humor og fantasi. Henriette ble glad i

mennesker som fikk henne til å le. Hun mente at humor var det viktigste i livet, det var utgangspunktet for alt. Henriette hadde levd i perioder med tungsinn og mørke, så hun elsket å le mer enn hun elsket å elske.
Hannah hadde fått henne til å le, mer enn noen annen, for hun hadde selvironi, det mest verdifulle Henriette visste om. Etter 44 års samliv var hun fremdeles så glad i Hannah at det av og til kunne verke tungt og ømt i henne, nesten litt vondt. Hun så på henne nå, det lange, smale ansiktet, de store øynene, den tynne nesen og den smale, smilende munnen. Det engang lyseblonde håret var blitt hvitt, huden full av glade rynker.
Etter flere år i et miljø hun ikke trivdes i, år med orkesterplass til scenen hvor dramaene utspant seg i en eim av brennevin og sigaretter uten filter, hadde Henriette funnet fred og utvikling i Hannah. Etter alle timene i lengsel etter [illegible] som var litt mer lik henne selv, men allikevel seg selv bevisst, hadde utfordringen kommet; å få Hannah med seg ut i lyset.
Hannah tok forsiktig en slurk av den iskalde champagnen.
- Jeg kommer til å bli dritings, sa hun fornøyd.
- Det er deg vel fortjent, sa Henriette. De drakk sjelden mer enn de kunne tåle og hadde ikke dårlig samvittighet. Hanah hadde ikke angret en dag på samlivet med Henriette. De hadde hatt vonde dager, med krangling og sjalusi, stormer som nesten hadde tatt pusten fra dem. De hadde vokst på det, de hadde lært hverandre å kjenne, satt seg ned og pratet i stedet for å kaste klær og bøker ned i en koffert og stryke på dør med steinhoggerblikk.
Hun hadde hatt vanskeligheter, hun hadde motforestillinger mot å bryte så totalt med den såkalte normale livsformen i samfunnet. 1940 var 1940. Krig, forbannelse, fortvilelse og angst nok fra før. Ingen visste når sirenene begynte å ule.
Henriette hadde virket litt skremmende på henne med en gang. Hun var så intens, som om en flamme brant for høyt inni henne, men hun var forlokkende! Temperamentsfull, intellektuell, sær, morsom, nervøs. Hun snakket alltid for fort, med ledsagende håndbevegelser, villkatten som ingen kunne temme.
Katten var blitt grå i pelsen og litt stiv i det ene kneet, men klørne var skarpe ennå. Hannah fant til slutt ut at følelser kan fortrenges, men at det gjorde mer vondt enn å leve dem ut. Det var usunt å være uærlig mot seg selv, leve sitt ene liv i forstillelse - det var perverst.
De hadde riktignok ikke levd helt åpent som så mange gjorde i dag, men på andres vegne var hun glad for at verden gikk fremover, tross alt.
Hun skjønte seg ikke på sine egne landsmenn. De samlet inn millioner av kroner til alle slags hjelpeprosjekter og katastrofer, satt selvgode foran TV-skjermen og så på søylene som vokste rødt og raskt. De forsvarte pornografi fordi den dekket enkelte menneskers behov. Men å akseptere at nabojentene eller guttene tvers over veien var forelsket i hverandre, det kunne de ikke.
- Skal vi begynne å spise?
Henriette brøt inn i tankene hennes. Hun holdt den mørkerøde hummeren spørrende opp mot henne.
- Same procedure as last year, Miss Sophie? kurret Hannah og krøp kjælent inntil Henriette.
- Det er forferdelig varmt på Bali nå, sa den meget velsminkede og meget smilende damen i reisebyrået. Kald sminke, kaldt smil. Hun bladde litt fortvilet i katalogen. Hvor sendte hun to gamle bikkjeskinn som satt smilende foran henne og insisterte på å dra til Bali? De ville omkomme av heteslag hvis ikke flyreisen tok knekken på dem. Det var ikke hennes feil. Hun visste ikke at de to eldre kvinnene med hver sin veske pent stående i fanget hadde vært sportsfantomer siden barndommen og inntil for noen ganske få år siden i ren trass og protest hadde jogget oppover mot Frognerparken hver gang "Husker du" nynnet seg frem på skjermen. Nå nøyde de seg med lange turer flere ganger i uken, etter at Hannahs hofter og kneet til Henriette begynte å stivne litt til.
Damen slo beklagende ut med en hånd full av lange, rødlakkerte negler.
- Jeg kan virkelig ikke anbefale det, sa hun utålmodig overbevisende. Det ble bare ubehageligheter og ekstra arbeid, tenkte hun. Gamle folk blir alltid syke, dessuten var de kravstore, forlangte at man skulle ta seg av dem.
Den lengste av de to la hånden på armen til venninnen.
- Kan vi ikke vente litt, Henriette, og reise senere? Vi kan heller dra til Paris, for eksempel, jeg har alltid ønsket å komme tilbake til Paris.
- Joda, selvfølgelig, sa Henriette og ble fjern. Hun husket første gang de var i Paris, en vår for mange år siden. En by som var begynt å leve igjen, etter tyskernes ariske jerngrep.
Hannah og henne selv foran Invalidedomen, trolsk opplyst om kvelden. Sacre-Coeur som et eventyrslott i hvitt gips mot den blå-grå bakgrunnen, tårnene på kuplene lignet brystvorter som spente seg mot himmelen. Og Medici-fontenen i Les Jardins du Luxembourg, fortauskafeen på Place Saint-Andre-des-Artes, de vakre, massive søylene rundt dammen i Monceau-parken, den buldrende, overfylte metroen. Det pastellfargede daggryet. Ost, vin, hvitløksbrød og Hannahs myke kyss, skjult av mørket en sen kveld langs bredden av Seinen. Henriette så først inn i Hannahs ansikt. Ennå ungt under rynkene, ennå med et rolig bankende hjerte under kåpen, ennå med de gulbrune øynene glitrende, til å speile sitt eget markerte ansikt i. Deretter stirret hun oppglødd på den unge kvinnen bak disken, hun som hadde så mye å lære.
- Få oss til Paris så hurtig som mulig, sa hun.
Det var strålende vårvær og dypblå himmel den dagen de dro. Noen tynne bekker sildret over grus og skittent papir i gatene, i luften hang en eim av råttent gress og nyutsprunget løv.
Hannah og Henriette sjekket inn på Fornebu tre kvarter før avgang. Småstressede av reisefeber hastet de to pensjonerte damene, bankfunksjonæren og journalisten, opp trappen og var plutselig inne i den store maskinen. De følte seg lykkelige. De hadde et godt liv med helse og humør i god behold, var takknemlige for det. De hadde alltid gjort det de hadde lyst til, de hadde levd ut alle lengsler og fantasier.
- Det gjelder aldri å gi opp, sa Henriette bestandig. Du må stole på deg selv, styrken og kreftene i hvert individ.
Hannah satt nærmest vinduet og tittet ned på skyene under dem. Nedenfor var det havblå himmel, eller var det omvendt? De hadde spist og satt og nippet til kaffe og likør. Hun smøg armen inn i Henriettes. Henriette snudde hodet og så smilende på henne. De følte seg levende.
Litt senere duppet Henriette av og lente hodet mot Hannahs skulder. Hannah kjente den dype ømheten komme opp i seg. Henriette drømte og gjenopplevde første gang hun så Hannah, sittende høy og rakrygget bak skranken i den bløte ullgenseren.
Flyvertinnens stemme skar gjennom tanker og drømmer. De var klar for landing. Paris ventet på dem.

❑

- Trygg også for gravide
- Ingen resistensutvikling
- Unik depotformulering
- Hurtig effekt ved lav dose lokalt
- Én vagitorie er nok

Pevaryl®
Depot 150 mg

Lokal behandling mot lokal lidelse

Cilag

Pevaryl Depot® "Cilag"

VAGITORIER 150 MG: Pevaryl Depot: Hver vagitorie inneh.: Econazoli nitras 150 mg. Polygel, silic. dioxid. coll., Witepsol H19, Wecobee FS, stearyl heptanoate q.s. G01A F05.

EGENSKAPER: Klassifisering: Imidazolderivat med et bredt antimykotisk virkningsspektrum. Virksomt mot dermatofytter, Candida, samt Grampositive bakterier. Primær eller sekundær resistens er ikke påvist, heller ingen kryssresistens. Kan brukes ved soppinfeksjon hos gravide. Hurtig innsettende effekt med rask lindring av symptomene. Vaginalpreparatene normaliserer pH-verdien i vagina, den fysiologiske balanse gjenopprettes hurtig og Døderlein-floraen normaliseres. Virkningsmekanisme: Virker fungicid ved å øke permeabiliteten av cellenes membransystemer, og ved å hemme cellenes enzymsystemer. Pevaryl Depot: Vagitorien danner etter oppløsning en gelstruktur, hvorfra ekonazolnitrat frigjøres i løpet av 3-5 dager. Absopsjon: Penetrerer lett huden, men absorberes i liten grad over i blodbanen ved lokalbehandling.

INDIKASJONER: Vaginitter og vulvitter forårsaket av gjærsopp (Candida).

BIVIRKNINGER: Toleransen er god selv ved langtidsbehandling. Det er rapportert enkelte tilfeller av lett lokal irritasjon (ca. 1%).

PARTNERBEHANDLING: Etter vask av glans penis og forhud i lunkent vann gnis krem eller liniment forsiktig inn 2 ganger daglig i 2 uker. I slikt tilfeller kan det være passende å foreskrive 1 tube krem à 30 g, eller 1 flaske liniment à 30 ml.

PEVARYL DEPOT: Brukes ved engangsbehandling. Vagitorien appliseres dypt i skjeden ved sengetid. Ved samtidig vaginal og perianogenital soppinfeksjon kan behandlingen kombineres med vaginalkrem perianalt og/eller vulvært.

ANDRE OPPLYSNINGER: Preparatene kan vaskes av med vann og farger ikke hud eller klær.

PAKNINGER OG PRISER: Pevaryl Depot: Vagitorier: 150 mg: 1 stk. kr 58.80.
Pevaryl leveres også som pudder, liniment, gel og krem.

Praktisk nyttig bok for lek og lærd

Bjertnæs Aa.
KNIPETAK - PRAKTISKE LEGERÅD FOR STORE OG SMÅ PLAGER
Knipetak - Praktiske legeråd for store og små plager. Oslo: Tiden, 1991.

I den store flaumen av bøker som kvart år kjem, er det ikkje få som tar for seg medisinske emne og som har folk flest som målgruppe. Dei aller fleste av bøkene med medisinsk innhald tar oftast for seg ein spesiell sjukdom eller ein spesiell behandlingsmåte. Ofte er dette oversette bøker med noko diskutabelt innhald og syn, noko det ikkje alltid er lett for lekfolk å ha innsikt i. Som Aage Bjertnæs skriv i føreordet i si bok: "Det er vanskelig å være pasient, valget er ikke lett blant varer som ofte er mangelfullt merket". Han har med denne boka gjort det noko enklare å vere pasient.

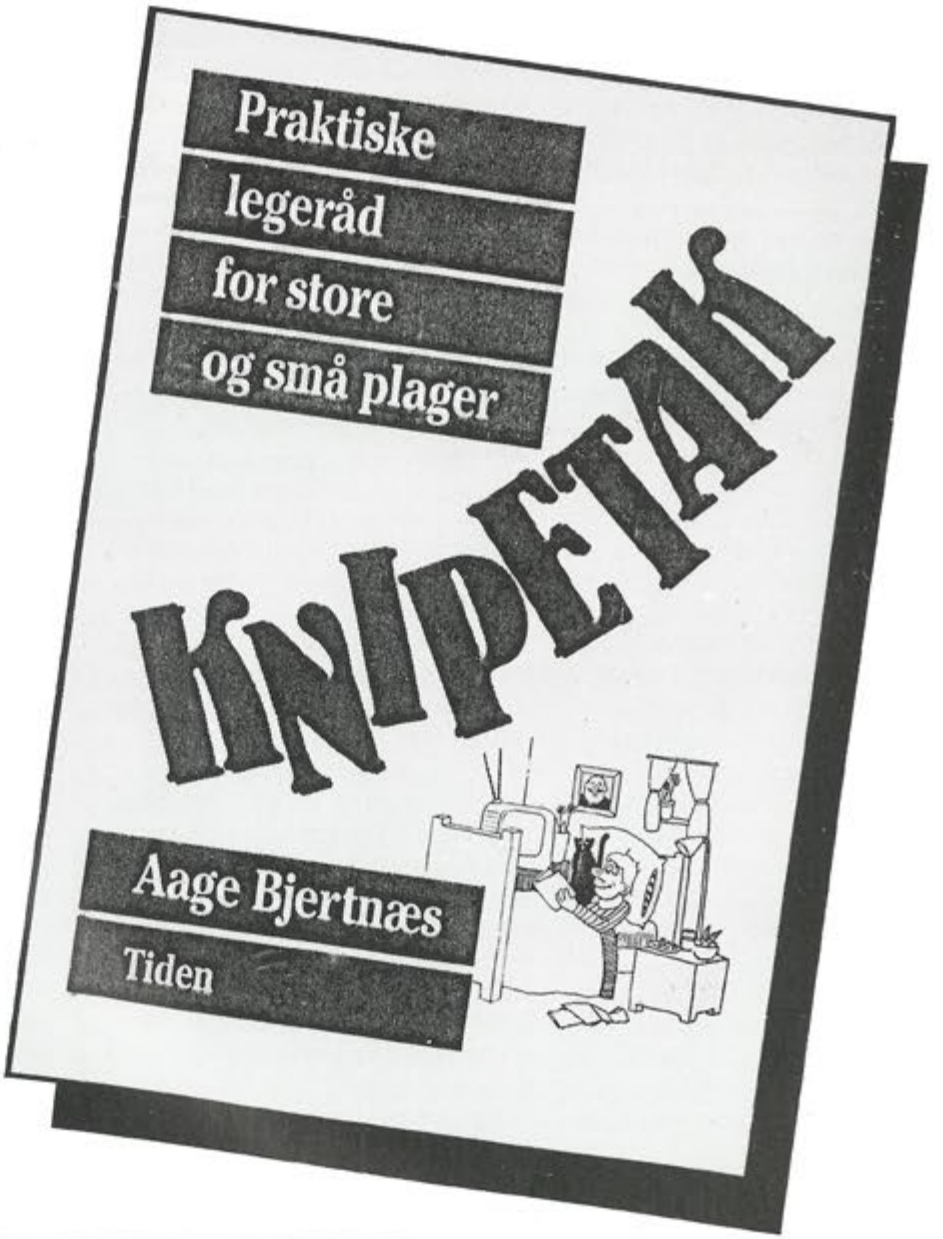
Allmennpraktikeren Aage Bjertnæs har utfrå sin praksis og ved hjelp av EDB funne ut kva sjukdommar og kva symptom folk har og vender seg til lege med. Dei 96 mest vanlege plagene og sjukdommane har han omtalt i boka. Emnekretsen er altså stor, det dreier seg om alt frå angst til inngrodd negl. Dei enkelte sjukdommane er stort sett omtalt med årsak, symptom, eigenhandsaming, når søke lege og event. førebyggja. Omtalen av symptoma viser kva som kan vere årsak og korleis pasienten skal takla dette problemet.

Dei råda som er gitt i boka er ofte slike som har meir grunnlag i praktisk erfaring enn vitenskapleg belegg. Det vil sikkert vera fleire syn på dei råda og vurderingane som vert gitt. Det er vel allikevel få som sit med den absolutte medisinske sanninga og dermed kan seie at det som er sagt er feil, eller at andre synspunkt heller burde vore trekt fram.

Emna kjem alfabetisk i boka, det er ei god innhaldsliste og stikkordregister som gjer boka lett å bruke for pasientar ved behov. Boka er nok meint å bli brukt slik, men kan og lesast frå perm til perm.

Knipetak er ei bok som tek for seg det den vanlege pasient har mest bruk for, som gir gode råd og som er lett å bruke. I tillegg kan boka vere god å ha for legar som driv helseopplysingsspalte i lokalavis eller nærradio. Den gir både ideer til emne, og nyttig og praktisk kunnskap til vidareformidling.

Kommunelege
Reidar Berge
5700 Voss ❑



Sexologi i allmennpraksis

- først og fremst et kommunikasjonsspørsmål?

Kjell-Olav B. Svendsen: født 1953, cand. med. Tromsø, etter turnus allmennpraksis ulike steder, bl.a. flere år i Oslo. Institutt for allmennmedisin i Oslo, generalsekretær i Landsforeningen mot AIDS, nå tilbake i allmennpraksis i Oslo. Spesiell interesse for helseopplysning og sexologi i allmennpraksis.

Av Kjell Olav B. Svendsen

"Healtworkers at all levels share the same beliefs, myths and superstitions that exist in the society to which they belong, and they may themselves have unresolved sexual problems" WHO (1).

I et tidligere nummer av Utposten (nr. 4 1989) lovet jeg en oversiktsartikkel om klinisk sexologi i allmennpraksis. Etterhvert som tiden går blir jeg mer og mer overbevist om at seksuelle problemer i allmennpraksis mye dreier seg om et kommunikasjonsproblem - enten det gjelder å få framført og avdekket problemene for pasient og lege, å informere pasienter om hvordan seksualfunksjonen fungerer normalt, hvordan ulike handikap, sykdommer og medikamenter påvirker seksualfunksjonen eller gi råd om hvordan folk kan kommunisere for å få et bedre seksualliv.
En oversikt over fagområdet sexologi i allmennpraksis må derfor også inneholde noe om konsultasjonen og hvordan lege/pasient kommuniserer om seksualitet.

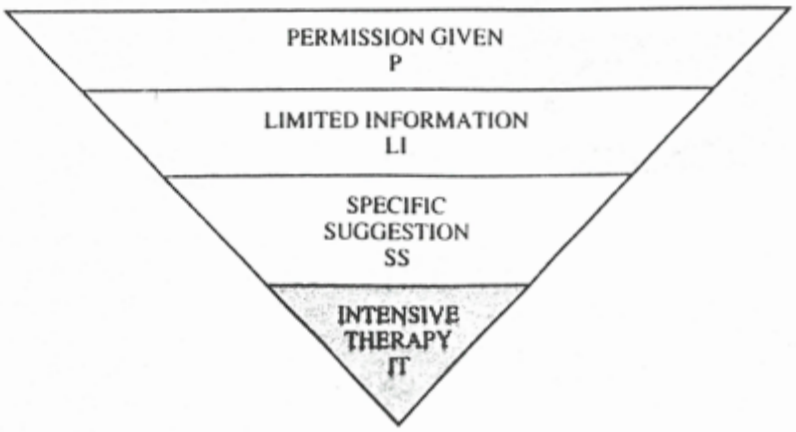
Klinisk sexologi er et stemoderlig behandlet fagområde innen norsk medisin. Få medisinske spesialiteter har foreløpig satt sexologien på sin faglige dagsorden. Det fins idag meget få kliniske tilbud for pasienter med seksuelle spørsmål og problemer. Undervisningstilbudet både i grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for leger er meget sparsomt og vilkårlig. Det stilles i dag ingen obligatoriske krav til kurs i klinisk sexologi for å bli spesialist i f. eks. gynekologi, urologi, psykiatri eller allmennmedisin. Det fins ingen systematisk utdanning for de som ønsker å arbeide mere med seksuelle problemstillinger, og klinisk forskning er så og si ikke eksisterende. Bortsett fra noen få spesielt interesserte leger, må pasientene sette sin lit til primærhelsetjenesten. Er primærhelsetjenesten kunnskapsmessig og mentalt forberedt til å møte pasienter med sexologiske spørsmål og problemer? Har vi noe å tilby av råd og behandling? I motsetning til i helsevesenet er interessen for seksualitet og helse meget stor blant det norske folk. Ulike media har for lengst skjønt at folk har udekkede behov for informasjon om dette emnet. Den ene av teletorgets samlivslinjer hadde første tiden ca. 3000 innringninger daglig (personlig meddelelse). Brukerne av helsevesenet vil nok etterhvert både forvente og kreve at helsevesenet blir flinkere til å ta opp dette emnet, at de kan svare på endel spørsmål og utrede og behandle de vanligste problemene.
To nødvendige forutsetninger må være til stede for å møte pasienter med seksuelle problemer/vanskeligheter (2):

- Tilstrekkelig viten/kunnskaper om emnet sexologi
- Muligheter/evner til å benytte denne viten

Klinisk sexologi

defineres som læren om de seksuelle problemer pasienter frambyr og som han/hun søker hjelp for hos lege eller annen terapeut (2).
Fagområdet klinisk sexologi har tradisjonelt vært dominert av psykiatere, psykologer og "sexologer", med spesialisttenkning og hovedsaklig fokusering på psykisk betingede funksjonsforstyrrelser (lystproblemer, anorgasme, psykogene ereksjonsproblemer etc). Nyere kunnskaper om seksualfysiologi, somatisk betingede funksjonsforstyrrelser, ulike sykdommers og medikamenters innvirkning på seksualfunksjonen har medført en videre definisjon av sexologien. I nordisk sammenheng har det vært ønskelig å intergrere sexologien i ulike kliniske spesialiteter hvor den naturlig hører hjemme. I allmennpraksis vil en støte på de fleste seksuelle problemstillinger og allmennpraksis vil kunne ha et spesielt potensiale for å

PLISSIT - modellen (omarbeidet av artikkelforfatteren etter J. Annon og C. H. Robinson



møte disse pasientene i en naturlig sammenheng. Sexologi i allmennpraksis eller det jeg kaller *allmenn sexologi* kan defineres som det minimum av sexologiske kunnskaper og ferdigheter enhver lege bør ha for å imøtekomme pasienter med seksuelle problemer og vansker, *uavhengig* av spesiell interesse for emnet.

Plissit-modellen

(3) er en pedagogisk modell. Figuren illustrerer de ulike intervensjonsnivåer en kan møte sexologiske problemstillinger på i praksis, men også hvilke problemer som er hyppigst forekommende.
Det laveste intervensjonsnivå i figuren *(Permission given = P)* går ut på å gi tillatelse til at problemet kan være tilstede, dvs. være parat til å lytte og ta opp emnet. Det neste intervensjonsnivå *(Limited information = L)* går ut på å gi pasienten eller paret den beste viten en har på området ut fra kliniske erfaringer og eksisterende kunnskaper om emnet. Neste nivå *(Spesific Suggestion = SS)* går ut på å gi direkte råd og anvisninger på hvordan pasientens seksuelle problem eventuelt kan løses, f. eks. råd om medikamentelle forholdsregler, spesielle teknikker og samleiestillinger. Det mest avanserte intervensjonsnivå *(Intensive Therapy = IT)* omfatter mer spesialiserte oppgaver som seksualterapi hos psykiater/psykolog eller somatisk betingede funksjonsforstyrrelser som krever kirurgisk/gynekologisk behandling (karkirurgi, penisproteser, uterusprolaps etc).
De tre øverste nivåene i figuren (P, LI, SS) representerer flertallet av kliniske seksuelle problemstillinger og hører hjemme i allmennpraksis og kan behandles der.

Hyppighet av seksuelle problemer

Flere utenlandske undersøkelser (4,5,6,7) viser at hyppigheten av seksuelle problemer er avhengig av øynene som ser. Angivelsene i disse undersøkelsene varierer endel ut fra metodevalg. Ved intervjuundersøkelser i allmennpraksispopulasjoner angir ca. 15-20 % av pasientene at de har seksuelle problemer. En dansk multisenterundersøkelse blant 36 allmennpraksiser (8) registrerte antallet "rene" seksologiske konsultasjoner, hvor det enten på legens eller pasientens initiativ ble drøftet seksualitet. 1,5 % av konsultasjonene dreide seg om seksuelle problemer.
Norsk forening for sexologi utførte i 1987 en spørreskjemaundersøkelse (9) via MMI til et landsrepresentativt utvalg av 1120 personer i alderen 15-70 år, hvor ca. 60 % besvarte skjemaet. 16 % svarte at de noengang hadde hatt seksuelle problemer som de hadde trengt hjelp til å løse. 29 % av disse ønsket profesjonell hjelp til å løse sine problemer, mens 40 % var i tvil/ikke visste helt om de ønsket hjelp. Kun 6 % svarte at de noengang hadde oppsøkt lege/psykolog/andre i helsevesenet for å få hjelp for sine problemer. På spørsmål om hvem de trodde best kunne hjelpe dem hvis de hadde et seksuelt problem, svarte 71 % sin partner, 31 % seg selv, 26 % allmennpraktiserende lege, deretter fulgte psykolog/psykiater og familie/venner. Av profesjonelle hjelpere er allmennpraktikeren den som foretrekkes av pasientene, noe som bekreftes av andre undersøkelser (8).
De nevnte undersøkelser viser at hyppigheten og avdekningen av seksuelle problemer i praksis har en nær sammenheng med hvordan vi kommuniserer med våre pasienter i konsultasjonen.

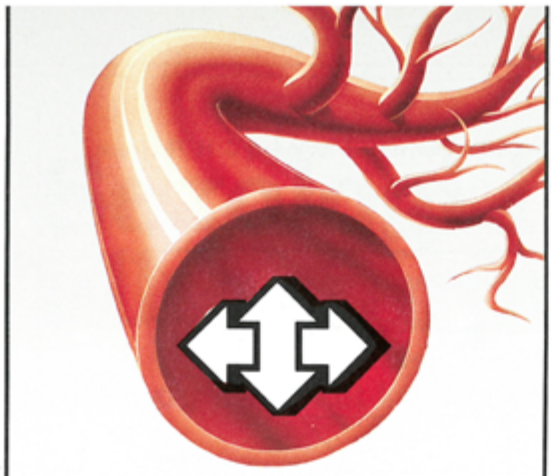
Hvilke konkrete kunnskaper er nødvendig for å kunne møte pasienter med seksuelle problemer - hva omfatter mere konkret begrepet allmenn sexologi?

Basale kunnskaper i sexologi som seksualfysiologi, seksuell utvikling etc. er selvfølgelig en forutsetning for den kliniske sexologi. På dette området kommer det stadig nye kunnskaper. Nyere forskning i seksualfysiologi har blant annet muliggjort mange av de nye behandlingstilbud som har dukket opp blant annet innen ereksjonskirurgi og diagnostikk.

Seksuell atferd/funksjoner i tilknytning til ulike livsavsnitt er et viktig område i allmennpraksis. Bekymring om hva som er normalt/unormalt møtes på helsestasjoner og som skolelege. Problemer rundt første samlivstid, svangerskap/fødsel og ekteskapskriser er et annet viktig område hvor seksualiteten er sentral. Ofte presenteres disse problemene indirekte eller somatiserende. Å gi tillatelse til at problemet kan være tilstede, lytte og å gi begrenset informasjon kan mange ganger være til stor hjelp i disse situasjonene. Tilsvarende gjelder for bekymringer om seksuell orientering, overgangsalder, alderdom og andre livsfaseproblemer som inkluderer seksuallivet.

Psykiske seksuelle funksjonsforstyrrelser omfatter hos kvinner lystproblemer/generell seksuell dysfunksjon, orgasmeproblemer og vaginisme. For mannen er psykisk betinget ereksjonsforstyrrelse, ejaculatio præcox og retarda de van-

⇒



Plendil®

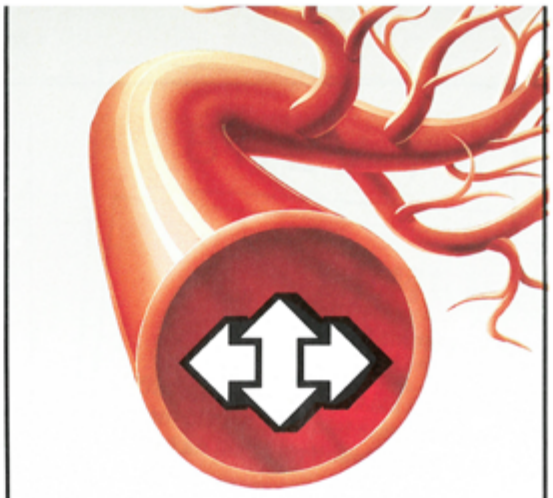
FELODIPIN

Dette vet du:

Plendil® (felodipin) er den mest karselektive kalsiumantagonisten,[1,2] spesielt utviklet for behandling av hypertensjon

Plendil «HÄSSLE» **Kalsiumantagonist**

Depottabletter 5 mg, og 10 mg: Hver depottablett inneh.: Felodipin 5 mg, resp. 10 mg, laktose 56 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E171). **Egenskaper: Klassifisering:** Kalsiumantagonist med blodtrykksenkende effekt. Felodipin er inkorporert i en polymerforbindelse som i kontakt med væske danner en gel hvorfra felodipin utløses kontinuerlig. Derved oppnås en jevn plasmakonsentrasjon som også etter 24 timer ligger innenfor terapeutisk konsentrasjonsområde. **Indikasjoner:** Hypertensjon. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. (Se Forsiktighetsregler). **Bivirkninger:** Kan gi ankelødem som følge av prekapillær vasodilatasjon. Ved start av behandlingen, og ved doseforhøyning, kan ansiktsrødme, hodepine, hjerteklapp, svimmelhet og tretthet forekomme. Bivirkningene er doseavhengige og vanligvis forbigående. Mild gingivahyperplasi er beskrevet hos pasienter med uttalt gingivitt/periodontitt. Med god munnhygiene kan dette unngås. Hudreaksjoner er sett. **Forsiktighetsregler:** Hypotensjon og tachykardi med påfølgende myokardischemi kan i sjeldne tilfelle oppstå hos disponerte individer. Til pasienter med nedsatt leverfunksjon bør man anvende lav dose. Forsiktighet også ved dosering til eldre. **Graviditet:** Humandata savnes. I rotte ble det observert forlenget varighet av drektighet, vanskelig forløsningsarbeid, økt antall dødfødte fostere



Plendil®
FELODIPIN

Og dette betyr for deg:

Plendil® (felodipin) senker blodtrykket uten å redusere hjertets kontraksjonskraft[3,4]

Enklest mulig dosering – en gang daglig

og postnatal dødelighet. I kanin ble det funnet økt antall misdannelser (tær, poter). **Interaksjoner:** Samtidig behandling med enzyminduserende substanser som fenytoin, karbamazepin og barbiturater nedsetter konsentrasjonen av felodipin betraktelig. Samtidig behandling med cimetidin øker plasmakonsentrasjonen av felodipin. **Dosering:** Individuell dosering, startdose 5 mg pr. døgn, vedlikeholdsdose vanligvis 5–10 mg pr. døgn. Høyere doser enn 20 mg pr. døgn behøves vanligvis ikke. Dosen skal tas en gang i døgnet om morgenen sammen med vann. Tabletten skal ikke knuses, deles eller tygges. **Pakninger og priser: 5 mg:** Enpac: 28 stk. kr. 205,60. 98 stk. kr. 666,90. **10 mg:** Enpac: 98 stk. kr. 841,60. (01.03.91).

Referanse:

1. Ljung B., Drugs 1985; 29 (suppl. 2): 46/dyrestudier/.
2. Nordlander M. et al., Int.Symp. Calc.Ant. In Cardiovasc. Care, Basel 1991; (Abstract 74)/dyrestudier/.
3. Culling W. et al., Br Heart J 1984; 52: 431-434.
4. Lund-Johansen P., Omvik P., J Cardiovasc Pharmacol 1990; 15 (suppl. 4): 42-47.

ASTRA

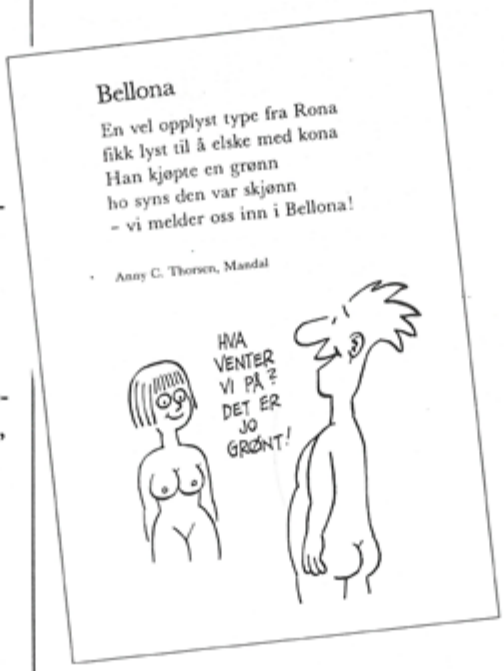
Astra Farmasøytiske A/S. *Avd. Hässle, hjerte/kar.* Postboks 1, 1473 Skårer
Telefon (02) 70 15 90. Telefax (02) 70 08 78

ligste. Prestasjonsangst og det at en har kjørt seg fast i en ond sirkel i kommunikasjonen partnerne imellom er de vanligste årsakene. Men hos noen vil det ligge mere dyptliggende psykiske problemer (seksuelle overgrep etc) som krever spesialistbehandling.

Somatiske seksuelle funksjonsforstyrrelser omfatter hos kvinner ytre og indre dyspareuni, funksjonsforstyrrelser ved ulike gynekologiske tilstander (hysterectomi, oophorectomi, prolaps, cysto/rectocele etc), svangerskaps/fødselskomplikasjoner og seksuelle problemer etter cancersykdommer (uterus-, vulvakreft, brystkreft etc). Hos mannen omfatter disse vaskulær betinget impotens (arterielle forstyrrelser og venøs insufficiens/fistler), nevrogent betinget impotens (skader og nevrologiske sykdommer), endokrin betinget impotens/hypogonadisme (androgenutfallssymptomer, utviklingsfeil i testikler/genitalia, forstyrrelser i pubertetsutvikling etc) og deformiteter av penis (krummerik).

Seksuelle funksjoner ved ulike sykdommer og handikap.
Mange av de vanligste sykdommer og handikap kan påvirke seksualfunksjonen. Disse problemene er avhengig av den sykes/handikappedes egen holdning til problemet, omgivelsenes forståelse/holdning (spesielt partner) og problemer betinget av selve sykdommen/handikappet. Problemene er også avhengig av om kjønnsorganenes funksjon er intakt eller delvis/helt ødelagt.
Det finnes mye kunnskaper om hvordan de ulike sykdommer og handikap påvirker seksualfunksjonen. Endel av denne kunnskapen er velkjent og opplagt for oss helsearbeidere, men for pasienter kan manglende informasjon føre til unødig angst/bekymring og i verste fall medføre at de får samlivsproblemer eller at de slutter å ha et seksualliv uten at dette er nødvendig.
Vanlige tilstander som kan gi seksuelle vansker og problemer forbigående eller permanent er hjerte/kar-sykdommer, lungelidelser, mange nevrologiske tilstander, leddsykdommer/ryggplager, prostatalidelser, venerologiske sykdommer, hiv/aids, infertilitetsproblemer, stomi-opererte, fysisk og psykisk utviklingshemming etc.

Medikamenter og seksualfunksjonen.
Orientering om medikamenters bivirkninger på seksualfunksjonen er helt klart vår faglige oppgave. Vi må derfor kjenne til hvilke medikamenter som kan gi nedsatt seksualfunksjon og lyst. Våre kunnskaper på dette området har lenge vært mangelfulle og det har inntil forholdsvis nylig vært gjort svært få gode studier på dette området. Informasjonen til pasienter om dette er selvfølgelig en varsom balansegang. Det er viktig å vurdere strengt indikasjonene for denne type medikamenter, ta opp en skikkelig seksualanamnese før en starter med medisinering og hele tiden ha muligheten for denne type bivirkninger i mente, og ikke avvise dette når pasienten kommer og klager over nedsatt seksualfunksjon/lyst. Noen viktige medikamenter med potensielle seksuelle bivirkninger er diuretika, andre antihypertensiva (Aldomet, Peripress, Renitec, betablokkere), antikonsepsjonsmidler (p-piller), psykofarmaka (anxiolytika, antipsykotika, antidepressiva), hormoner (Androcur, Diane etc), magesårmedikamenter (Cimetidin), allergimedikamenter (antihistaminer) og ulike rusmidler (alkohol, narkotika).



Hvilke ferdigheter må en ha for å kunne møte pasienter med seksuelle problemer?

I en amerikansk undersøkelse (10) ble 56 kvinner spurt om sine forventninger til allmennpraktikere ved konsultasjoner om seksuelle problemer og vansker. Allmennpraktikeren er den profesjonelle helsearbeider som de aller fleste både ønsker å oppsøke og også konsulterer når de har sexologiske problemer og bekymringer. De både forventet og ønsket mere initiativ fra allmennpraktikeren til å ta opp problemstillinger som angår seksuallivet. Personlige kvaliteter som empati, varme, konfidensialitet og profesjonell kompetanse i å kommunisere om seksualitet, var egenskaper som ble vurdert høyt hos legene som de kunne tenke seg å oppsøke ved seksuelle spørsmål og problemer. Videogrammet "Konsultasjonen - Hvordan ta opp følsomme temaer" laget av Den norske lægeforening i 1991 (11), illustrerer flere poenger ved lege/pasient - kommunikasjonen som er viktige ved sexologiske konsultasjoner.
Tiden vi har til rådighet i konsultasjonen, pasientens forforståelse av hva som feiler ham, legens evne til å oppfatte pasientens behov og ønsker, hvor raskt legen danner seg en hypotese om hva som feiler pasienten, hvor mye legen styrer konsultasjonen er viktige faktorer for om pasienten når fram med sitt egentlige budskap ("skjulte" agenda). Pasienten legger gjerne fram de minst vanskelige problemene først. Den pågående konsultasjonsforskning i allmennmedisin vil kanskje kunne lære oss mere om hvorfor det er en diskrepans mellom hvor mange som har seksuelle problemer de ønsker hjelp til å løse og hvor mange som tar disse opp med legen og når fram med sine problemer.

Når vi snakker med pasienter om sex er det viktig å huske at det er vanskelig å overvinne sjenanse og hemninger både hos pasient og lege. Mangel på et felles hverdagsspråk for seksuelle funksjoner og opplevelser er en annen begrensning i kommunikasjonen. Det er behov for å synliggjøre våre tabuer og holdninger til hva som er akseptabelt og ikke i forhold til seksualitet. Alle har personlige tabuer som andre ikke vet noe om og som de bare kan gjette seg til. Seksuelle spenninger og tiltrekning finnes stort sett alle steder der mennesker møtes, også i konsultasjonen, og er egentlig noe positivt og en ressurs. En bevisst selvinnsikt hvor en både ser, kjenner og aksepterer disse spenningene og deres positive virkning, er viktig for å kunne møte pasienter med seksuelle problemer.

Jeg vil konkludere med å hevde at allmennpraksis har spesielle forutsetninger og et potensiale for å kunne møte pa-

sienter med seksuelle problemstillinger i en naturlig sammenheng. Med interesse for emnet, relativt begrensede kunnskaper og enkle midler kan vi bidra til at mange nordmenn vil få et kvalitativt bedre liv, inklusive seksualliv. Vi bør gjøre vårt til at det velkjente utsagn "...mere liv til årene - enn år til livet" også inkluderer seksuallivet.

Litteratur:

1. Maca DR, Bannermann RHD, Burton J. The teaching of Human Sexuality in School for Health Professionals. Public Health Pap 1974; 57. 9-10.
2. Hertoft P. Klinisk Sexologi. København: Munksgaard, 1987.
3. Annon JS, Robinson G. The use of vicartious Learning in the Treatment of Sexual Concerns. I LoPiccolo J (red): Handbook of Sex Therapy. Plenum Press, New York & London, 1978.
4. Garde K, Lunde I. Voksne kvinner. København: Lindhardt & Ringhoff, 1982.
5. Jensen S B, Rønne H, Sederberg-Olsen P. Seksuell dysfunksjon i en almen praksis. Ugeskr. Læger 1980; 142: 401-404.
6. Schumap DW, Golden JS. Sexual problems in medical practice. J Med Educ 1967; 42: 673-80.
7. Pacharzina K. Sexualmedizin der Allgemeinpraxis. Sexualmedizin 1975; 4: 485-90.
8. Jensen S B. Klinisk sexologi i almen praksis. En multisenter opgørelse fra 36 almen praksis. Ugeskr. Læger 1982; 144: 3767-70.
9. Almås E, Benestad E, Svendsen K O B. Poster Nordisk møte i sexologi, Stockholm 1988. Foredrag på 6. Nordiske Kongress i Allmennmedisin i Århus i 1989.
10. Metz M E, Seifert M H. Woman's Expectations of Physicians in Sexual Health Concerns. Family Practice Research Journal 1988; Vol 7, No 3: 141-52.
11. Evensen Å R, Hoftvedt B O, Kittelsen P, Svendsen K O B, Aars H. Konsultasjonen: Hvordan ta opp følsomme temaer -Fire konsultasjoner om hiv og sexologi. Videogram med veiledningshefte. Den norske lægeforening. Lysaker 1991.

Anbefaler ellers tidsskriftet "Nordisk Sexologi", abbonement kan tegnes ved henvendelse til Kjell-Olav B. Svendsen, Nordraaksgt. 15, 9269 Oslo 2 (Pris: kr. 300, - pr. år, inkluderer medlemskap i Norsk forening for klinisk sexologi).

Kjell-Olav B. Svendsen ❑

BREV FRA LESERNE

LEGER & MEDIA

- kommentar til Utposten nr. 7/91

Tradisjonelt er vi leger lite på banen i mediasammenheng. De få som står fram blir lett stemplet som "PR-kåte", og "kantine-etiketten" på disse kolleger kan lett få en noe negativt ladet valør.

Jeg har i årenes løp hatt en god del med media å gjøre og har gjort meg noen refleksjoner, både om legers betydning som journalistmat og om hvorfor vi er så tilbakeholdne i den sammenheng. Jeg tror vår media-angst kan skyldes:

- vi er redde for hva kolleger vil si om våre presseutsagn rent faglig,

- vi er redde for å gi feilinformasjon og for konsekvensene av det,

- vi er redde for ikke å holde mål medisinsk sett.

Det stoff vi kan bringe er svært spiselig for pressen. Journalister sier at legeopplysninger, nesten av enhver art, er fint. Likevel kommer de stadig med kommentaren at vi er nærmest autistiske i mediasammenheng.

Heldigvis er det noen få kolleger som bruker media til å gjøre en god jobb for pasienter, folket og faget. Her er det hevet over tvil at kjente leger i nærmiljøet har større påvirkningskraft når det gjelder å orientere om skader, influensa, forurensning o.a. enn mer ukjente størrelser i tabloidpressen. Disse blir "guruer" som driver med enveiskommunikasjon, mens de lokale størrelsene kan svare på spørsmål som er direkte relatert til hverdagen.

Vi må ikke innta den holdningen at vi vet hvordan journalisten skal gjøre jobben sin, men det er en fordel å kjenne journalisten. Tilliten kan da være slik at vi kan stole på at det som kommer fram i det endelige produktet er det samme som vi mente i utgangspunktet. Produktet skal leses opp for intervjuobjektet før det går i trykken. Overskriften derimot har journalist/vaktsjef monopol på.

Vi kan være redd for å være for enkle, men skal vi nå dem vi ønsker å nå, må vi være nærmest "overelementære". Vi er nødt til å sette til side fagprestisjen.

De som er lettest å nå med vår informasjon er de som har erfart det vi skriver om selv. Andre har lett for å tenke: "dette angår ikke meg". Skal vi nå også disse, må vi til med "edutainment" (education, entertainment ad modum Odd Winge). Dvs. vi må ta i bruk markedsføringsteknikk av forskjellig art. Mye musikk av gammelpop-typen. Jeg har deltatt i noen slike radioprogram her i Stavanger-regionen. Det er et utrolig behov for skolemedisinsk opplysning i lokalradioen.

Vi bør derfor skolere oss mer i faget mediamedisin. Vi må få et nært forhold til media og bruke media profesjonelt, det vil gi en helsegevinst av dimensjoner. Dessverre finnes det ennå lite dokumentasjon på dette faget. Men kanskje vi nå er i ferd med å etablere media-medisin også sentralt i våre kretser.

Tillat meg til slutt å nevne at dette mitt innlegg, også er basert på en del intervjuer med kolleger om hva vi er redde for.

Terje Vevatne, ass. lege, ort. kir. avd. SIR.
Adr: Ulastien 14, 4028 Stavanger.

Psykisk utviklings-hemmede og seksualitet

Alice Beathe Andersgaard er lege på Gjøvik sykehus, gynekologisk avdeling. Hun var cand. med. i 1988, og har undervist om psykisk utviklingshemmede og seksualitet. Jens Erik Skår er psykolog. Cand. psychol. i 1980. Han arbeider i privat praksis i Stavanger og driver personalopplærlig og veiledning.

Av Alice Beathe Andersgaard og Jens Erik Skår

Seksualitet er et begrep som gir oss svært mange ulike assosiasjoner. Det kan være knyttet til sjekking, flørting, onani, kjønnssykdommer, seksuelle overgrep, samleie osv.....
For mange psykisk utviklingshemmede vil få sider av seksualiteten være aktuelle mål for rådgivning og opplæring. Andre bør avlæres seksuell atferd som bryter sosiale og kulturelle normer eller lovverket, som f. eks. tilnærmelser overfor barn eller omsorgsytere.

Vi mener at psykisk utviklingshemmede ikke har rett til et seksualliv med mindre de også har de nødvendige sosiale ferdigheter til å fremvise akseptabel atferd under korrekte betingelser. Dette er ikke noe spesielt for psykisk utviklingshemmede. Slike regler gjelder for alle i vårt samfunn. Samfunnet har satt grenser for mange varianter av seksuell atferd. Det er f. eks. ikke tillatt å vise seg naken offentlig, tvinge andre til seksualitet, ha sex med noen under 16 år osv...*Man må dessuten skille mellom det å ha et seksualliv og det å få barn.* Mange kan ha et seksualliv, noen færre kan bli foreldre. Når tjenestene nå er desentraliserte for psykisk utviklingshemmede, vil det lokale barnevern møte nye utfordringer. Dette krever forbedring av dagens barnevern, og man må satse ressurser på å utvikle lokal kompetanse.

Grensene mellom det prinsippielle, det ønskelige og det fornuftige er ikke alltid lett å trekke. Mange mener at samfunnet må legge betingelsene til rette for at også psykisk utviklingshemmede skal kunne ha et seksualliv. Skal dette være i form av å kunne onanere på enerom? Eller bør vedkommende gis opplæring i å ta kontakt med andre? Skal dette i så fall være av samme eller motsatt kjønn? Og skal psykisk utviklingshemmede kunne få barn?

Spørsmålene er mange. Og debatten om de fagetiske problemstillingene og samfunnets retningslinjer er såvidt begynt. Videre i denne debatten blir det viktig å huske at integrering og akseptasjon i nærmiljøet blir vanskelig om de funksjonshemmede viser avvikende atferd; avvikende i betydning av å bryte sosiale og kulturelle normer.

Vi vil også peke på at det ikke finnes grunnlag for å påstå at opplæring i seksualitet, f. eks. onani, fører til reduksjon av aggressivitet, selvskading eller selvstimulering.

Man skal dessuten være klar over at atferd som ser ut som seksualitet ikke behøver være det. Funksjonshemmede kan godt gni seg i skrittet, menn få ereksjon eller kvinner bli våte i skjeden, uten at dette er tegn på det vi til vanlig vil kalle seksuell lyst eller kåthet. Mange svaktfungerende fremviser denne type atferd som en selvstimuleringsform. Det er når vi "tolker" slik atferd som seksuell at vi opplæringsmessig kan komme på ville veier.

Det er ingen grunn til å vektlegge seksualitet mer enn andre former for atferd når vi velger målsetninger for faglig arbeid med psykisk utviklingshemmede. Når vi prioriterer ressurser i opplæring og behandling, bør vi generelt lære brukeren noe vedkommende har bruk for daglig. Når dette er gjort kan vi starte opplæring av mer sjeldne atferdsformer.

Psykisk utviklingshemmede foreldre og deres barn.

Undersøkelser fra Canada, USA, Sverige og Danmark viser at svært få psykisk utviklingshemmede foreldre er i stand til å oppdra sine barn. Mellom 30 % og 70 % av barna til psykisk utviklingshemmede synes selv å bli handikappet hvis de blir boende med foreldrene over lengre tid. I en undersøkelse foretatt i Danmark (1989) fulgte man 68 barn av

Foto: Kari Gorwitz

psykisk utviklingshemmede foreldre. Av disse var bare 4 i stand til å følge ordinære skoleklasser.

I følge en undersøkelse (1) fødes mellom 25-30 barn i Norge hvert år av psykisk utviklingshemmede mødre. Totalt ble det funnet 33 barn i Norge der begge foreldrene er psykisk utviklingshemmet. 93 barn har en utviklingshemmet mor. Problemet er med andre ord marginalt - sett i forhold til det totale antallet psykisk utviklingshemmede (ca. 50 000) i landet. Men det er viktig at miljøarbeidere og nærpersoner har kunnskaper også på dette området. Erfaringene gir signaler om hva man kan vente seg i kjølvannet av avviklingen av HVPU (helsevernet for psykisk utviklingshemmede): svært få utviklingshemmede foreldre klarer oppdragelsen og stell av barn uten offentlig hjelp. Mange barn blir derfor adoptert bort, flyttet til fosterhjem, barnevernsinstitusjoner eller annen vernet boform.

I Canada har man prøvd å gi opplæring til utviklingshemmede mødre. Etter å ha identifisert hva hver enkelt mor behøvde opplæring i, ga man dette gjennom 6 timer pr. dag med miljøarbeidertjeneste i hjemmet. I mange tilfeller klarte man da å rette på forholdene. Imidlertid viste mor de samme mangler på ferdigheter fire uker etter at miljøarbeidertjenesten ble trukket ut igjen. Dette viser at det er lite sannsynlig at ferdighetene vedlikeholdes over tid. Dessuten er det et spørsmål om samfunnet vil prioritere så mye ressurser til denne type arbeid.

Når dette er sagt er det viktig å peke på at man alltid må foreta individuelle vurderinger av det enkelte paret i forhold til om de er egnet til å bli foreldre. Lov om barnevern gjelder for alle. I følge denne er det ingen menneskerett å bli foreldre. Loven stiller krav til alle som er foreldre, og loven regulerer de ulike former for omsorgsovertakelser man har.

Sterilisering - en god prevensjonsmetode

Opplysning om prevensjon og veiledning til valg av egnet prevensjonsmetode er viktig forebyggende arbeid også blant psykisk utviklingshemmede.

Problemene omkring samtykke er absolutt tilstede i saker som dette. Hvis nærpersonene vurderer den aktuelle brukeren til ikke å burde bli gravid, og vedkommende ikke er mottakelig for råd, burde man kunne bruke ressurser på å bringe vedkommende til enighet. Vi mener det er mer etisk å bruke denne påvirkningen før en uhensiktsmessig graviditet oppstår, enn å styre mot abort eller omsorgsovertakelse senere.

Sterilisering er et godt alternativ for dem som ikke ønsker barn og for dem som etter grundig vurdering ikke bør få barn. Vi vil imidlertid ikke tilbake til sterilisering ved tvang. Sterilisering er et inngrep en søker om, og slik bør det være. Ingen kan steriliseres mot sin vilje eller uten samtykke.

Viktigheten av å utvikle lokale fagmiljøer

Det er en utfordring å utvikle lokale fagmiljøer i dag rundt omkring i landets kommuner. Dette må skje på tvers av de etater og instanser som yter de psykisk utviklingshemmede tjenester. Vi bør tilstrebe høyest mulig kompetanse nærmest mulig brukeren. Seksualitet vil sannsynligvis være et målvalg som er aktuelt for få, velfungerende klienter. Det er ikke viktigere å lære utviklingshemmede om sex, enn å lære dem å kle seg, snakke, oppføre seg sosialt, vaske seg osv..... De som skal arbeide med seksualitet, må lære seg de generelle prinsippene for målrettet miljøarbeid. Det finnes ingen spesielle metoder for seksuell atferd. Mange av oss har imidlertid en negativ læringshistorie selv når det gjelder seksualitet. Dette kan gjøre det vanskelig å arbeide med dette temaet, men vi mener at det er mulig å arbeide faglig med samliv og seksualitet.

Litteratur:

1. Undersøkelsen er foretatt av Willy-Tore Mørch, Jens Erik Skår og Alice Beathe Andersgaard med støtte fra Helsedirektoratet og Vestre Hougen behandlingssenter, BA-prosjektet. Del 1 er under utskriving pr. nov. 1991. Del 2, som skal følge opp en del av barna til psykisk utviklingshemmede, gjennomføres i løpet av 1992.

Alice Beathe Andersgaard
& Jens Erik Skår ❑

Jeg - en farlig mann i hvitt?

Forfatteren ber om å få være anonym.

.Min kone liker Leonard Cohen. "I'm your man...." synger han med sin hese, sensuelle stemme, og hun smiler henført. Så regner han opp alt han kan gjøre for henne - det er ikke lite. Han gjør faktisk hva som helst:

....if you need a boxer
I' ll step into the ring for you
and if you need a doctor
I' ll examine every inch of you.....

Jeg kikker usikkert bort på min kone der hun sitter og nyter musikken. Jeg er jo lege - håper ikke hun finner på å forlange noe slikt av meg. Med mindre hun ble syk, selvsagt. Men Cohen tenker neppe på sykdom. Tvert i mot - "examine" høres tvetydig ut. Omtrent som i denne vitsen jeg så i et ukeblad:

Hos legen
Den nydelige unge damen sto foran den kjekke unge legen og ble blodrød av forlegenhet da han ba henne ta av seg klærne.
- Men du verden, sa han, er De aldri blitt undersøkt før, De?
- Joda, svarte hun. - Men aldri av en lege.

Slike vitser ler jeg ikke av. Jeg blir tvert imot ille berørt - stakkars lege. Utsatt for et hysterisk kvinnemenneske.

En gang jeg var på kurs og bodde på hotell, satte jeg på hotellets erotiske filmkanal. Der var en film om en lege i 40-årene. Omtrent som meg. Seriøs, lite hår, korrekt antrukket. Han satt på kontoret sitt og drakk morgenkaffe. Så kom dagens første pasient. Det var en pen ung dame som skulle "undersøkes". Det gjorde han lenge og grundig på undersøkelsesbenken. Damen hadde rødt og sort silkeundertøy og satte pris på konsultasjonen. De avtalte ny time neste uke, hun betalte (!) og gikk.

Jeg ble nesten uvel. Noe så til de grader utrolig uetisk! Bare det å tro at en lege kunne gjøre noe slikt. Og forresten - hva *så* den lekre jenta i den trøtte fyren?

Temmelig indignert fortalte jeg min kone om filmen da jeg kom hjem. Men hun bare lo av mitt innbitte ansikt. Jeg måtte jo forstå at dette var uttrykk for en erotisk fantasi, sa hun. En temmelig vanlig sådan for kvinner, til og med.

Hun hentet en bok i hylla og bladde opp. Det var en av disse bøkene kvinner leser for å få bedre selvinnsikt (1). Bokas siste del var en samling erotiske fantasihistorier og en av dem foregikk på et legekontor. Den begynte slik:

"Denne veien, frøken Smith", sa damen på forværelset mens hun førte meg inn og overrakte journalen min til mannen som ventet i det andre rommet.
"God dag, frøken Smith. Hvordan står det til? Vær så snill å sitte ned".
Han så gjennom journalen. "Fint. Vil du være så snill å kle av deg? Så får vi se hva vi kan gjøre".
Han begynte å forberede seg ved skrivebordet. Jeg betraktet ryggen hans med den hvite frakken mens jeg kledde av meg.
"Jaha, bra", sa han og snudde seg rundt mens han tørket sine plettfrie hender med et papirhåndkle. "Bare legg deg ned der, først på ryggen".
Jeg la meg på benken og følte hånden hans synke dypt ned i magen min.
"Bra", sa han mens han støttet meg med en hånd. "Ligger du godt?" Hånden hans føltes som en brann inni meg og varmen bølget gjennom kroppen min.
Jeg sukket dypt. "Ja", sa jeg. "Jeg har det fint".
"Jeg starter med en generell gjennomgang, bare for å ta en sjekk".
Jeg nikket. Forventningene til det jeg visste ville skje, fikk en plutselig varmebølge til å skyte gjennom hodet mitt.
Hendene hans begynte å stryke lett over huden min. Noen ganger holdt han dem litt lenger på halsen, brystvortene, rundt midjen og langs hoftene. Akkurat slik jeg likte det. Jeg skalv da fingrene hans beveget seg nedover den myke huden på innsiden av lårene. Det skjed-

de igjen, jeg klarte ikke å holde igjen.

"Bra", sa han, og la hendene langsomt over brystene og begynte å massere dem forsiktig. Jeg kastet febrilsk på hodet i et forsøk på å fjerne meg fra den brennende heten. Jeg følte den kjølige skyggen hans over meg. Svetteperler rant nedover ansiktet mitt. Håret var vått og bustet. Han stoppet. Jeg stønnet mens jeg følte en voldsom bølge begynte å stige inni meg.

"Bra. Jeg skal undersøke litt til. Ikke vær engstelig, jeg gjør bare det nødvendigste". Han smilte vennlig.

Det var altså begynnelsen, - slutten var slik:

"Det gjorde du bra, frøken Smith. Jeg kan se en tydelig bedring. Når du er klar, kan du kle på deg".

Han var allerede på bena og hans plettfrie hvite frakk var kneppet igjen. Været var blitt rolig og solen kastet lange skygger. Det var sent.

"Jeg vil du skal komme tilbake om en ukes tid. Gjør en avtale med sekretæren min på vei ut", sa han og smilte idet han rakte meg journalen. (1)

Man kan si hva man vil om den historien, men konsultasjonens terminologi er i hvert fall autentisk.

I min ungdom var Jens Bjørneboes "Uten en tråd" noe av det mest pikante man kunne lese. Beretningen om jenta som reiste gjennom Europa og prøvde ut de fleste av erotikkens varianter. Men før hun dro var også hun faktisk blitt opplært av en lege som drev med slikt. Han lærte henne å være nysgjerrig, å nyte og å nå klimaks. Uten ham kunne hun ha blitt hjemme og gått på realskolen.

Litt av en tillitserklæring til standen.

Det er kanskje ikke så rart at folk tror leger er spesielt kompetente som erotisk sakkyndige. Vi har jo kunnskaper om kroppens intime deler og deres funksjoner. Det er hos oss folk kler av seg og bretter seg ut på en måte som ellers kun forbindes med seksuelle aktiviteter. Vi beskjeftiger oss med viktige hendelser i livet som graviditet, abort, fødsel, sykdom, galskap, kriser, død. Vi er vant til å bli lukket inn i folks intimsfære. "Intet menneskelig er oss fremmed". Og seksualiteten hører så absolutt til "det menneskelige". Ikke så rart at folk da kan tillegge konsultasjonens intimitet en erotisk overtone.

Selv synes jeg det er naturlig at pasientene kommer fram med seksuelle spørsmål og jeg rådgir etter beste evne. Og jeg legger selvsagt vekt på alltid å være 100 % profesjonell. Med det mener jeg ikke bare at det er helt uakseptabelt å utføre seksuelle handlinger overfor en pasient. Det er en så stor selvfølgelighet for meg og de aller, aller fleste kolleger at det ikke er nødvendig å nevne en gang. Og straffbart ville det jo også være. Men jeg mener dessuten at jeg ikke skal koble inn min egen seksualitet i det hele tatt i konsultasjonen. Dvs. jeg skal ikke spørre og utdype noe fordi det pirrer min egen nyfikenhet og møter mine egne behov. Jeg vil bare ha de informasjoner som er strengt nødvendige for pasienten å få gitt. Og jeg er var for hva som er privat område og trenger meg ikke på. Ettersom jeg er en nøktern person har dette falt nokså naturlig for meg, og lettere med årene, hvilket nok også mitt gode ekteskap har bidradd til. Men som sagt, jeg har alltid hatt et bevisst forhold til dette. Kanskje det er derfor jeg blir så utrolig provosert av slike historier som den om frøken Smith og hennes lege?

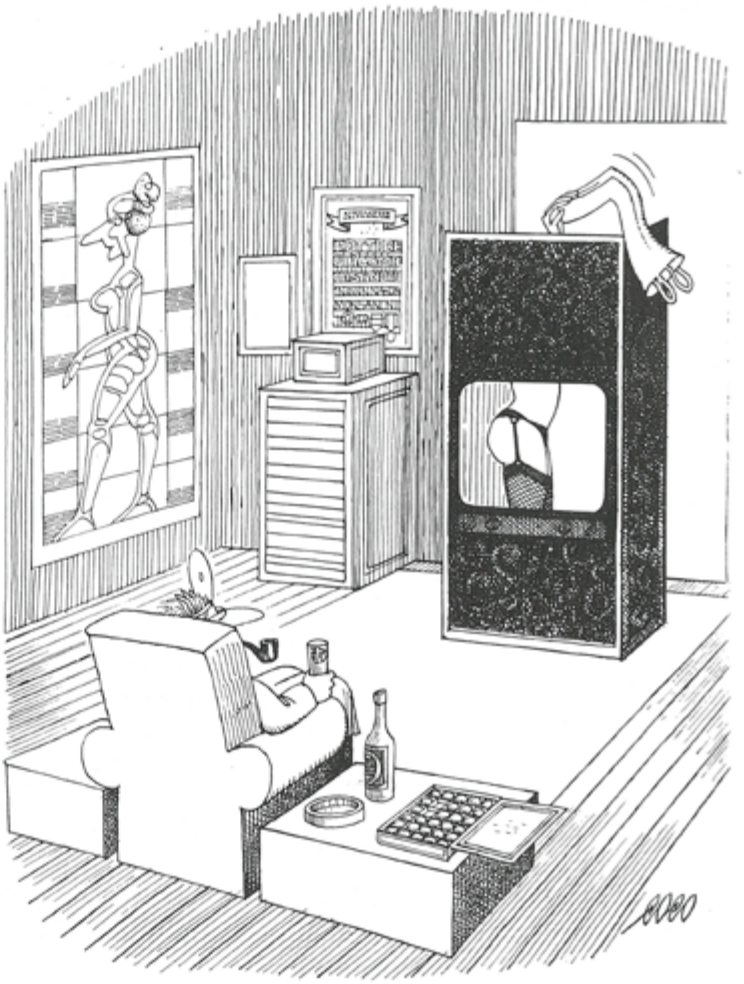
Likevel skjønner jeg faktisk at historiens frk. Smith ville ha beskrevet legens "behandling" som nettopp profesjonell. For hva er det han gjør? Jo, han konsentrerer seg fullt og helt om frk. Smith, om hennes opplevelse, om hennes nytelse. Sitt eget begjær setter han til side. Det brukes bare for å gi frk. Smith tilfredsstillelse. Og hun kan stole på at han vet akkurat hva hun ønsker og hvordan det skal oppnås. Han gir henne det uten å la sine egne behov virke forstyrrende inn. Damen kan slappe helt av og hengi seg til den fullkomne egotrip. Legen tar alt ansvaret.

Tro om dette er en kjønns-spesifikk fantasi? Eller drømmer vi menn også slik om våre behandlere? Personlig må jeg innrømme at jeg av og til fantaserer om en kvinne som tankeleser mine ønsker og utfører dem uselvisk og perfekt. Men i mine fantasier minner hun nok mer om en profesjonell elskovskunstner enn om en kvinnelig kollega.
Kanskje jeg skulle utvide repertoaret? Skulle jeg spørre min kone om *hun* vil undersøke *meg* i kveld?

Litteratur:

1. Dickson, Anne: "Ditt indre speil", Tiden Norsk Forlag 1991.

❑



Bidrag til Utpostens essay-konkurranse 1991

Helgedag

Hverdagskriminal fra helse-Norge

Bård Natvig født -55, cand. med. Oslo 81. Turnus, militærtj., distr. legevikar Elverum, Tana, Bardufoss, Målselv. Kommunelege Engerdal 84-87. Fra 87 avtalepraksis Nittedal kommune, med mye forebyggende deltidsarbeide. Medlem NSAMs referansegruppe i helseopplysning. Tobarnsfar og orienteringsløper.

Av Bård Natvig

Han hadde alltid bodd på Smalvollen. Alene siden gamle-Helge døde. For tolv år siden nå. Gamle-Helge levde bare 3 uker etter at hu Mor sovnet inn på sykehuset. Det var ikke så rart, de hørte liksom sammen, gamle-Helge og hu Mor. Var blitt en enhet etter årelangt slit på det lille bruket.

Akkurat som Helge og Smalvollen hørte sammen. Han ikke bare bodde her, det lille bruket var liksom en del av ham. Det var sikkert fordi han aldri hadde bodd andre steder. 72 år var jo lenge på en plass, han skjønte det. Ja, han hadde jo overnattet borte noen ganger når det ikke var til å unngå - på hotell i Oslo på handleturen før jul, og i koia første elgjaktuke. Men alt falt til ro i ham når han var hjemme igjen. Etter et par minutter på trappa om kvelden, mens han snuste inn de kjente luktene, så lyset og årstidene speile seg i Smaltjernet, trengte ikke Helge Smalvollen noe sovemedisin.

Men det var ikke så greit etter at beinet ble så kranglete. Både hofta og kneet på venstrebeinet verket bare han gikk et lite stykke. Gikk og gikk forresten, han kreket seg fram med stokken i høyrehånden, det lignet ikke mye på gåing syntes han.

"Slitasjegikt" sa dr. Granheim. Det kunne Helge forstå, det hadde vært mange tunge tak i liene bak og jordene foran Smalvollen gjennom årene. Litt rart syntes han nå det var allikevel, han hadde jo ikke akkurat spart høyrebeinet. Og det var ikke vondt i det hele tatt! Men dr. Granheim hadde sagt han var sikker.

Dr. Granheim passet godt til navnet sitt, lang, mørk og alvorlig. Granheimen, som de kalte ham, gjorde så godt han kunne. Helge hadde gått hos ham siden han kom til Steinset, kommunesenteret nede ved elva, for 7-8 år siden. Dr. Granheim ble lengre, tynnere og mørkere under øynene for hvert år som gikk. På kafeen hadde han hørt at det var ufred mellom kommunen og Granheimen. Kommunen ville ha ham over på fast lønn. Det ville Granheim ikke. Helge tenkte seg at han tjente nok mye bedre i privatpraksisen, så mye som han arbeidet. "Han reiser vel snart herfra", hadde Helge sagt. Han hadde opplevd slikt før.

"Hofta kan opereres, erstattes med en kunstig hofte", hadde Granheimen sagt. "Men kneet er det vanskeligere med". Og siden det var kneet som var verst hadde det ikke blitt noe av operasjonen. Han klarte seg dessuten på et vis, litt smertestillende de verste dagene og i jakta, ellers holdt det at han tok det rolig.
Det vil si, det gikk bra helt til bussruta ble lagt ned.

Helt til ifjor hadde det gått buss forbi Smalvoll og inn til Steinset hver dag. Til Steinset om morgenen, og tilbake om ettermiddagen. Skyss for de få skolebarna i området - og med god plass til Helge.

Hver onsdag dro han innover. Handlet, betalte regninger på posten, ordnet med tippelappen og slikt. Han hadde god tid, ja selv de onsdagene det var noe ekstra - kontroll hos Granheimen eller Bore, tannlegen - ble det tid til middag på kafeen.

Onsdagsmiddagen på kafeen var selve høydepunktet i Helges uke. Ikke bare på grunn av den maten. Den var god nok, gammeldags husmannskost slik Helge likte det. Men viktigere var det nok at det var blitt en vane at vennene til Helge stakk innom kafeen på onsdagsettermiddagen. "Jasså, det er Helgedag", sa de alle som en. Helge kunne ikke huske hvem som hadde vært vittig første gangen. Men det var ihvertfall blitt

et rituale, et slags adgangstegn til Helges bord borte ved vinduet lengst borte fra spilleautomatene. Gode historier gjør seg best med litt avstand fra lyden av flipperspill.

Men ifjor ble det slutt på bussruta. Skolebarna ble hentet i drosje. Det ble visst billigere slik.

Først visste han ikke hvordan han skulle klare seg, men heldigvis hadde han gode naboer. Ungkona på Bruslett var hjelpsomheten selv, tok med varer til ham når hun selv var på handletur. Skyss til Steinset kunne han få hvis han ville, de dagene Bruslett-folket skulle innover. Det var forskjellige dager de hadde ærend på Steinset.
Det var bare det at de hadde det så travelt. Det var ikke plass til noen kafemiddag i naboenes tidsprogram. Og Helge savnet Helgedagen stadig mer.

Helge kom til å tenke på at han hadde jo førerkort. Ikke bil riktignok, som gikk. Den gamle Volvo PV'en hans hadde parkert for godt for 5-6 år siden, den sto fortsatt bakom uthuset og rustet. Det var nok uråd å få reparert den nå. Og ny hadde han ikke råd til.

Han dro innom Granheimen for å fornye resepten på smertestillende medisiner. Bruslett-folket var så travle med våronn at han ikke kom seg til å be om skyss, han tok drosje. Spurte forsiktig om han kunne få doktorens påskrift så han kunne få litt av drosjeturen refundert. "Du har da aldri behøvd drosje før, Helge?", var alt Granheimen sa. Og så ble han helt stille. Helge forsto at her krevdes det en forklaring.

Etterpå var Helge glad for det. De var blitt enige om å søke støtte til kjøp av bil, gjennom Folketrygden. Helseattest til førerkortet hadde han fått i samme slengen. "Det er visst bare venstrebeinet som er over 70 år på deg", hadde Granheimen sagt og sendt Helge innom trygdekontoret for å ordne med søknadspapirer med det samme. Da gjorde det ikke så mye at han hadde glemt å sette

⇒

navnet sitt på drosjelappen oppe i alt styret.

Et par måneder senere kom det brev fra Folketrygden. Avslag. Begrunnelsen med paragrafer og det hele fikk han ikke helt tak på. Men han kunne klage innen 14 dager, det forsto Helge.

Han ringte til Granheimen. Ville høre om det kunne nytte å klage. Men sekretæren henviste ham rutinert til å ringe igjen senere, "dr. Granheim har telefontid mellom tolv og ett" hadde den blide ungjenta sagt. Helge prøvde å godsnakke seg til en prat med Granheimen med en gang allikevel, mest for "sportens skyld". Å snakke seg forbi jenta som onde tunger kalte "Berlinmuren" var regnet som litt av et C-moment for veltalende i Steinset. Og så god var ikke Helge til å prate for seg.

Men etter tålmodig ringing kom han gjennom til Granheimen litt før ett. Granheimen hadde bedt Helge om å lese opp begrunnelsen for avslaget i telefonen. "De mener at du ikke er verre i benet enn at du kan reise med offentlige kommunikasjonsmidler, høres det ut som", hadde han sagt.

- "Det er jo derfor vi søkte, bussen går ikke lenger hit".
- "Folketrygden synes kanskje ikke det er deres ansvar at bussruta ble nedlagt. Men jeg synes du skal anke dette Helge, det virker urimelig for meg også".
- "Tar det lang tid med en sånn anke?"
- "Ja, dessverre må slike saker gjennom mange instanser, kanskje helt til Trygderetten. Det kan ta opptil et par år".
- "Et par år!! Det kan du ikke mene! Skal jeg sitte her ute å glo i mellomtiden da? Det er jaggu ikke rettferdig!"
- "Nei, kanskje ikke! Men Folketrygden er bare et sett regler. Trygdesjefens jobb er å sørge for at de som har rett til støtte etter reglene får det, enten det virker rettferdig eller ikke. Trygdesjefen skal være byråkrat og ikke dommer".
- "Nei, ærlig talt! Hvis ikke trygden skal være rettferdig, hva skal vi med den da!"
- "Den er nå bra for de som har rett til støtte da. De heldige, eller verdig trengende om du vil".
- "Jeg tror du har lest så mye i bøkene dine at du ikke lenger klarer å se forskjell på rett og urett, dr. Granheim",

hadde Helge sagt, og lagt på. Det var ikke ofte han ble sint, men dette skjønte han virkelig ikke noe av.

Dr. Granheim hørte ikke mer fra Helge på en stund. Men så ringte han en dag i telefontiden, og spurte hvordan slik bilstøtte han hadde søkt om ville ha blitt utbetalt hvis søknaden hadde blitt innvilget. "Du får vel et kontantbeløp, jeg tror det er rundt 80.000, - for tiden, og så må du ordne det praktiske selv", mente Granheimen, men han var ikke helt sikker. "Jeg kan undersøke det for deg, jeg skal i møte på trygdekontoret i morgen, da kan jeg spørre for deg". Nei, det var nå unødvendig, han Helge ringte nå nærmest av nysgjerrighet han, og han var vel fornøyd med svaret han hadde fått.

Høsten ble travel for dr. Granheim, og han glemte raskt Helges problem. Alt skulle ordnes før elgjakta, enten det var resepter eller møter. Og så fulgte et par uker med jakt. Han hadde bodd her så lenge at han hadde fått tilbud om å få bli med i jaktlaget for flere år siden nå. Noen storskytter var han absolutt ikke, det beste med jakta for Granheimen var kveldene i koia. Jaktprøven var vanskelig å komme gjennom. Første året hadde nok lensmannen og veterinæren, som jaktet på samme lag, skutt et par skudd på hans blink for å få ham gjennom nåløyet. Ihvertfall hadde de måttet skyte om igjen, mens hans resultat var nesten sensasjonelt bra. Og Granheimen hadde bodd lenge nok i Steinset til å forstå at dette var viktig, det betød at han var virkelig sosialt akseptert.

Torsdagen før elgjakta startet var det innbrudd på trygdekontoret. Vel 55000, - hadde det vært i kassa. Ingen hadde sett eller hørt noe, enda det hadde vært gammeldansfest på Samfunnshuset tvers over veien, med fullt av folk. Og snart var jakta igang, og da kommer et hverdagslig innbrudd i bakgrunnen i ei bygd som Steinset.

Granheimen felte sin første elg det året, en velvoksen okse. Et velrettet skudd hadde vært nok, og opplysningen om dette var lekket effektivt ut fra jaktlaget. Hele bygda var full av gratulanter, og Granheimen skjønte at nok en milepæl på veien mot "ekte Stenseting" var nådd.

Et nytt innbrudd på trygdekontoret kom liksom litt i skyggen av elgoksen for Granheimen. Men lensmannen hadde da fortalt ham, i all fortrolighet, at det var noe rart med dette siste innbruddet. Fremgangsmåten var den samme som en måned tidligere, gammeldanstorsdag hadde det også vært, men denne gang hadde de bare tatt med seg snaut halve kassabeholdningen.

Trygdesjefen kunngjorde snart etter at nå var det slutt med kontantutbetalinger fra trygdekontoret i Steinset også, i byene hadde de jo sluttet med dette for lenge siden. Han håpet alle ville være fornøyde med å få trygdepengene over giro, selv om det kunne bli noen dagers forsinkelse i overgangsperioden.
Og trygdeinnbruddene forble uoppklarte.

Mot slutten av november fikk Granheimen igjen besøk av Helge, en riktig opplagt Helge. Han ville bare fortelle at det var gått i orden med bil allikevel. "Om doktoren kanskje ville bli med utenfor å se på vidunderet? Bare 3 år gammel, pent kjørt og med automatgear, så slipper jeg bruke venstrefoten". Granheimen nøyde seg med å beundre vidunderet fra vinduet. "Nytt liv for meg med bilen", hadde Helge fortsatt. "Handle kan jeg gjøre når jeg vil, stikker innom kafeen nesten hver dag nå. Har begynt å kjøre gutta fra kafeen hjem etter gammeldanskveldene også. Jeg danser ikke sjøl da, foten vet du, men det er mange som liker en god historie i pausene".

I døra ut fra kontoret til Granheimen la han til: "Du er en doktor å stole på, du Granheim. Jeg sier det til gamlegutta på kafeen jeg, han Granheimen slurver ikke med taushetsplikten sin. Ham kan vi stole på".

Helge følte seg i storform der han haltet ut mot venteværelset. Det eneste som bekymret ham litt var at Granheimen hadde sett ekstra sliten ut da han gikk.

Av Bård Natvig
Bakkeveien 20
1482 Nittedal ❑

Primærmedisinsk fotokonkurranse

Vår hverdag i bilder

NSAM , Aplf. og Oll inviterer med dette til fotokonkuranse blandt medlemmene som går ut på å gjengi vår allmennmedisinske og samfunnsmedisinske hverdag. Resultater og premieringer vil bli kunngjort under primærmedisinsk uke i oktober.

Vi ønsker å sette lyset på positive og negative sider ved vårt arbeid, gleder og sorger. Tenk at du ønsker å formidle til en kollega eller en annen bekjent hvordan du har det eller oppgaver du steller med. Den allmenmedisinske hverdag skulle være variert nok, men også gjøremål innen lokalt miljørettet helsevern og epidemibekjempelse lar seg illustrere gjennom et fotografi !

Frist for innsending er 17. august.
I juryen sitter Per Hjortdahl og Anders Smith.

Det blir utdelt premier i flere klasser: tematisk innhold, kunstnerisk verdi (sort/hvitt og farge hver for seg), det mest positive bildet og det mest negative bildet. Såvel papirbilde som dias kan innsendes.

Bli med, ta et bilde og fyll ut nedstående påmeldingsblankett innen 17.august. Bedømmelsen vil skje anonymt ved at navnedel blir adskilt fra de øvrige opplysninger før juryen får bildene. Initiativtagerne forbeholder seg retten til å bruke bildene i ulike faglige fora og publikasjoner med korrekt henvisning til kilden. Alle originalbildene vil bli retunert etter primærmedisinsk uke.

Påmeldingsblankett til Primærmedisinsk fotokonkurranse: " Vår hverdag i bilder "

Innsendingsfrist 17. aug. 1992 . NB ! 1 bilde pr. blankett.

Vedlagt følger:

☐ 1 stk. Sort/hvitt bilde papir ☐ 1 stk. fargebilde papir ☐ 1 stk. dias

Tema: .....

innsenders egen titel/beskrivelse/tid/sted: .....

.....

.....

Film: .....

Kamera: .....

Innsenders navn og adresse: .....

.....

....

(underskrift)

Bilde og blankett sendes kommunelege Anders Smith, postboks 74, 1301 Sandvika.
Merk konvolutten:" Primærmedisinsk fotokonkurranse."

C

Returadresse:
UTPOSTEN
5890 Lærdal

Elisabeth Svensen 412

3841 FLATDAL

Innhold: UTPOSTEN nr. 3 1992

Leder side 99
Mette Brekke

En hyllest til erotikken side 100
Åsa Rytter Evensen

Bokmelding: Kondomericker side 103
Kjell-Olav B. Svendsen

Ikke bare sykdom & smerte - sexologi i allmennpraksis side 104
Espen Benestad

Kloke, glade, erotiske kvinner side 110
Helga Arianson

Respekt for egne grenser - om å samtale med ungdom om seksualitet side 114
Hans Petter Fundingsrud

Kasuistikkspalten: Hvor ble lysten av? side 118
Per Midtstigen

Helt alminnelig - og ganske spesielt - om å leve som lesbisk side 122
Kirsti Malterud

69 - Novelle av Gry Sønsteng side 126

Bokmelding: Knipetak - praktiske legeråd for store og små plager side 129
Reidar Berge

Sexologi i allmennpraksis - først og fremst et kommunikasjonsspørsmål? side 130
Kjell-Olav B. Svendsen

Leserbrev: Leger & Media side 135
Terje Vevatne

Psykisk utviklingshemmede og sexualitet side 136
Alice Beathe Andersgaard og Jens Erik Skår

Jeg - en farlig mann i hvitt? side 138
Anonym

Helgedag - bidrag til Utpostens essaykonkurranse 1991 side 140
Bård Natvig

WWF Miljø - 100 % returfiber