

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 4

1992

ÅRGANG 21



Tema: Barndom

ÅPEN SENDING
Kan kontrolleres av
Postverket.
Etiketten kan tas av
og settes på igjen.

Barndom og bilder

Lukten av en bukett liljekonvall fikk senil demente Anna på aldersheimen til å fortelle detaljert om siste dagen på folkeskolen. Liljekonvallene brakte fram bildet av den solblanke junidagen, den pyntete skolestua, læreren i mørk dress, elevene i sin fineste stas og foreldrene stolte og høytidelige langs veggene.

Bilder fra barndommen kan følge oss gjennom livet og være en viktig kilde til glede og trygghet. De har betydning for følelsen av sammenheng og muligheten for selvinnsikt.

De som arbeider med ungdom som har blitt utsatt for omsorgssvikt eller mishandling i barndommen, forteller at ungdommene ofte ikke husker de vanligste hendelser fra tidligere, eller bildene fra disse hendelsene er grå og fattige. Vi tror det er viktig mentalhygiensk arbeid å prøve å sikre at folk beholder kontakten med barndommen - at flest mulig går gjennom livet med gode og levende bilder inni seg av personer og hendelser som har hatt betydning for deres utvikling.

Vi håper illustrasjonene i dette nummeret kan gi leserne innsikt i betydningen av indre bilder ved at vi nettopp viser barns hverdag slik den var før i tida gjennom fotografier utlånt fra Universitetsbiblioteket i Bergen, og i dag i Borgund barnehage tegnet av tegneren Ivar Kvåle, Voss.

Gunn Aadland/ Marit Hafting



Redaksjonen er avsluttet 21.04.92 Framsidefoto: E. Djupdrat / Universitetsbiblioteket i Bergen

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

Gunn Aadland
Lundvågen 20
4085 HUNDVÅG

K: 04 508900
P: 04 861236

Mette Brekke
2640 VINSTRA

K: 062 90100
P: 062 91010

Marit Hafting
Nyresbaret 19
5700 VOSS

K: 05 512410
P: 05 513685

Kirsti Malterud
Seksjon for allmennmedisin
Ulriksdal 8c
5009 BERGEN

K: 05 206133
P: 05 233955

Åsa Rytter Evensen
Ullernveien 20 B
0280 OSLO 2

K: 02 559210
P: 02 521788

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



I dette nummeret har vi flere artikler som beskriver helsestasjonens viktige posisjon i det forebyggende helsearbeidet blant barn.

Vi som er redaktører av dette nummeret har mange års erfaring som helsestasjonsleger, og er svært glad for artiklene som viser helsestasjonens betydning. På den annen side er det påfallende hvordan rollen som helsestasjonslege tas for gitt som uproblematisk både her og i annet som skrives om helsestasjonsarbeid.

På små steder vil ofte helsestasjonslegen være familiens eller nærmiljøets allmennpraktiker, og arbeidet på helsestasjonen blir en forlengelse av det arbeidet man driver ellers i forhold til de kronisk syke barna, problemfamiliene og helseopplysningen rettet til befolkningen generelt. På større steder kjenner man ikke barnas nærmiljø, ser dem bare ved rutinekontrollene. Barna har i beste

fall en fast egen lege, mens skremmende mange går fra legevaktslege til legevaktslege med sine otitter og bronkitter. Som helsestasjonslege får vi innblikk i behandlingsopplegg vi kan finne uhensiktsmessig. Hvem tar vi dette opp med? Barnas foreldre som nettopp trenger tilliten til sin faste lege? Hvorfor reagerer den faste legen (som vi ofte knapt kjenner) om vi tar kontakt? Tør vi? Skal vi eller barnets lege henvise ved mistanke om astma? Vi ser at foreldrene har lite ressurser til å stå på, eller vet at den faste legen prioritiserer dette lavt. Skal vi eller barnets faste lege møte på ansvarsgrupper, samarbeidsmøter med barnevernet etc? På Voss møter barnets faste lege, i Stavanger helsestasjonslegen.

Det kommer ofte syke barn til helsestasjonen. Skal vi undersøke og behandle dem der og da, eller skal vi sende dem ut på kanossagangen fra legekontor til legekontor med telefonvarere og lange ventelister slik situasjonen blir beskrevet av de unge mødrene? De venter til legevakten åpner kl 16.00. Dersom vi velger å behandle, vil foreldrene nettopp forsterkes i sin forestilling om helsestasjonen som barnets legekontor. Listepasientsystemet sier noen, men da må ikke listene bli så lange at det ikke er plass til en snørrunge og en engstelig mor akkurat i dag!

Som helsestasjonsleger skal vi foreta rutinekontrollene, og arbeidssituasjonen er ofte preget av tidsnød og fulle venterom. Disse rammebedingelsene gjør at vi i møte med problemfamilier og familier med funksjonshemmte barn ikke kan åpne opp for samtaler om vanskelighetene. Vi må aktivt stenge av for å holde skjemaet. Noen ganger kan dette være like greit - mange snakker med foreldrene til barn med fysiske, psykiske og sosiale vansker om nettopp vanskene. Slike foreldrene har fortalt at de kan sette stor pris på at helsestasjonen lar dem være "vanlig" nummer i en travel kø. Helsesøster har dessuten jevnlig tett kontakt med slike barn. Problemet er muligens størst for oss helsestasjonsleger som opplever situasjonen kunstig, og er usikre på hva som forventes av oss fra foreldrene og samarbeidspartnerne.

Noe av det utfordrende og spennende ved helsestasjonsarbeidet er det nære samarbeidet med helsesøstrene. Fra det kurative arbeidet på kontoret har vi erfaring med medarbeidere som ikke i samme grad er opplært til selvstendig arbeid. Vi er vant til at det er legen som i hovedsak setter rammene for det faglige arbeidet. På helsestasjonen blir det i større grad et samarbeid om fag, noe som kan være konfliktfylt. Man kan lett føle på egen inkompetanse: "Hadde

jeg bare vært pediatrer, hadde de nok hørt på meg!" Det er ikke alltid like lett å begrunne at allmennpraktikeren er den som har best bakgrunn for medisinsk vurdering av barna. Argumentene om at vi kjenner miljøet, er vant til å se friske, halvsjuke og sjuke unger, og at vi best kjenner epidemiologien av vanlige sykdommer hos vanlige barn, slår ofte ikke gjennom i diskusjonen om en unge med dårlig vektøkning skal henvises til barneavdeling.

James Baldwin har sagt at ikke alt vi erkjenner kan endres, men ingen ting kan endres før vi erkjenner det. Hensikten med denne lederen har vært å rette oppmerksomheten mot det konfliktfylte i helsestasjonslegerollen. Vi svartmaler med vilje. Det faktum at vi begge har vel 10 års fartstid på helsestasjonen, viser vel med all tydelighet at dette er en arbeidsplass som gir mye og at vi ser verdien av denne helseposten. Lederen bygger på en samtale vi nylig hadde en kveldsstund hjemme hos allmennpraktikeren Tone Hauge ved Loddefjord Legesenter, også hun er helsestasjonsveteran.

*Gunn Aadland
Marit Hafting*

**Gunn Aadland
og Marit Hafting**
Ansvarlige redaktører for
dette nummeret □

Barn har rett på en barndom å være barn i

- Lisbeth Dahl, daglig leder i Barnas Kontakttelefon, i samtale med Marit Hafting



Lisbeth Dahl har vært førskolelærer i 22 år. Hun har videreutdanning i ledelse helse og sosial. Hun har arbeidet med barn i alle aldre i heldags-barnehage, førskole og skole og har undervist innvandrerbarn. Hun har arbeidet i barne- og voksenpsykiatrien og med psykisk utviklingshemmede. Siden -84 har hun vært daglig leder i Barnas Kontakttelefon i Oslo.

Av Marit Hafting

Foreldre, lærere, helsearbeidere og en del politikere ser at oppvekstvilkårene for mange barn er dårlige, og at mange av de som vokser opp nå vil trekke med seg urimelig vondte opplevelser og følelser fra barndommen inn i det voksne livet. I et forsøk på å få innsikt i hva slags vansker barna selv legger vekt på, ba Utposten Barnas Kontakttelefon i Oslo

om et intervju. Barnas Kontakttelefon er drevet av Røde Kors. Den første kontakttelefonen startet i 1984 som et prøveprosjekt, og nå er det 13 kontakttelefoner rundt i landet. Telefonen i Oslo har en fast ansatt daglig leder, Lisbeth Dahl, som er telefonens ansikt utad. Vaktene arbeider på frivillig basis, og det er viktig for telefonen at de er anonyme. Årsrapporten for 1991 beskriver telefonens organisasjon, utadrettet virksomhet som skolebesøk og orienteringsmøter med helsesøstre og barnevern. I tillegg inneholder den en liste over de ulike henvendelsene. Denne årsrapporten var utgangspunktet for intervjuet:

Seksualitet, pubertet og graviditet.

LD: Som du ser av årsmeldingen har vi flest problemhenvendelser om seksualitet, pubertet og graviditet. Barn kan omrent ingen ting om kroppen sin. Blir helt sjokkert når de får mensen 10 år gamle, skjønner ikke når de har vondt i puppene, har rar mage, er grinet, får kviser, forandrer seg, blir lubne. De skjønner ingen ting, og vi har derfor lært oss mye om dette for å kunne møte spørsmålene deres. Vi snakker mye om følelser, om at de skal lære kjenne kroppen sin. Vi snakker om at det ikke er om å gjøre å havne i senga med kjæresten, at man kan lære hverandre å kjenne på andre måter, og at man kan kose med hverandre på andre måter enn ved samleie. Vi snakker om kjønnssykdommer, særlig clamydia, og om kondom. Vi gir dem tips om hvor de kan gå dersom de tror de er gravide. Vi kaller en spade en spade, og det liker unger. De liker ikke voksne som er så voksenaktig at barna ikke skjønner hva de sier.

Sex - og voldsvideoer

MH: Du nevnte at du er sjokkert over hva slags videoer barn ser.

LD: Det er lett for unger å få låne videoer for alder er det ingen som spør om. I tillegg har du foreldre som ser sex- og voldsvideoer. De ligger i et skap ungene har fått beskjed om ikke gå i, og når ungene er alene går de selvsagt dit. Så ringer de til oss og forteller om all verdens ekle pornofilmer. Vanligvis ringer de mens de ser på. De er blitt så redde at de må ringe. Vi har forresten et par tilfeller der far ser på sexfilmer med barna, og så skal barna utføre det samme som har skjedd på filmen. En jente

ringte fra rommet sitt. Da satt faren nede og så på video med dukken hennes på kneet. "Tenk om han bruker meg neste gang." "Har du sagt god natt til pappa?" sa jeg. Ja, det hadde hun gjort. "Da läser du döra di, og sier du glemte å låse opp. Så snakker du med mamma i morgen."

Forelskelse

MH: Det står at dere får henvendelser om forelskelse. Er det også vanskelig?

LB: Vi har opplevd at her er det noe som har skjedd. Da du og jeg var 10 - 11 år hadde vi kamerater. I dag har de kjæresten. Det ringte inn en jente som sa: "Jeg er så lei meg for jeg har mistet kjæresten min." "Du mener kameraten din da?" "Nei det er kjæresten min. Jeg har masse kamerater, men han var kjæresten min. Og nå vil han være sammen med en annen. Hva skal jeg gjøre med det?" Dette skjedde om og om igjen, og jeg kunne ikke begripe hva det var som hadde skjedd i samfunnet. Har det blitt slik at de tar etter de voksne. Vi har jo masse skilsmisser, og så er det nye kjæresten og nye kjæresten. Eller er den kameraten så inderlig kjær for dem at det blir en type kjæreste. Det å miste dem da blir mye verre enn å miste en kamerat for det er det jo mange av. Vi har snakket om dette mange ganger. Vi har lurt på om de er så mye alene at de binder seg så til en kamerat slik at de føler det er en kjæreste. Du har jo lyst å smile litt når en 10 åring har mista kjæresten, men det er et stort problem for henne så disse samtalene må tas alvorlig. Jeg har jobbet med barn i 20 år, men jeg møter stadig nytt. Samfunnsstrukturen endrer seg, og ungene får ny terminologi.

Mobbing

LD: Jeg synes det er skremmende at vi stadig får henvendelser om erting. På besøk på skolene får vi og høre om dette. Noen skoler er flinke til å takle det, noen takler det ikke i det hele tatt. Ungene sier lærerne sier det ikke er noe å bry seg om. Det kan gå på at nå er mora di skilt og har kjæreste igjen, og du har flytta fra villa til leilighet, eller fra en bydel til en annen bydel. Du har ikke den jakka som er in, du røyker ikke det og det merket og du får ikke se på videofilm med 18-års grense. Det går på ting som er så sårbar: "Så rar faren din ser ut i den lu. Så stygg bil dere har."

Jeg har sagt til skolen at her er det lærrernes plikt å slå ned på dette tidlig. Da ser jeg noen blir stramme i maska, men det får de heller bli for vi vet at det er viktig å gjøre noe med dette problemet på et tidlig stadium. Ta seg tid til å snakke med barna, eller henvise til andre. I hvertfall gjøre noe, vise initiativ, være voksne og ta ansvar.

MH: Du mener at her kan det gjøres noe?

LD: De eneste som kan er skolen. De ser mye mer enn de vil se. Den ideelle løsning er et samarbeid hjem og skole.



Skilsmisse

MH: Er de henvendelsene dere har ført opp under skilsmisse fra skilsmissembarn.

LD: Vi får ofte slike telefoner: "Tror du mor og far skal skilles? Jeg hørte de kjefta og krangla i natt. Pappa slo igjen døra hardt da han gikk på jobben." Da sier vi: "Vet du hva, nå må du begynne å spørre de voksne. De har et ansvar for å fortelle dere hva som skjer når de oppfører seg slik. For dere blir redde - alle unger blir det - for at mor og far skal skilles." Så har vi de som ringer fordi skilsmissen er et faktum. Da råder jeg dem til å spørre hele tiden: "Hva skjer med meg, hvem skal jeg bo hos, kan jeg få være med å bestemme." Alt dette skal de ha svar på. Det er så mange unger som ringer og spør: "Hva tror du, jeg tør ikke spørre mamma for hun er så lei

seg." "Skitt i om hun er lei seg," sier jeg. "Det er hennes ansvar, ikke ditt - og det er ikke din skyld at de ble skilt." Det ansvaret må de voksne ta. Mange barn tror det er deres skyld.

MH: Barna vil beskytte og skåne de voksne.

LD: Da sier jeg: "Er ikke du lei deg da?" "Jo, jeg får nesten ikke sove jeg." "Da er det på tide du går og tar en prat med moren og faren din. Skriv det ned på et papir så får du med alt. Og så sier du at nå vil jeg snakke med deg, og du gir deg ikke før du får svar. Den klumpen du har i magen og den hodepinen du går med og søvnlosheten, det er fordi du er urolig. Du skal ha klare linjer for da har du det best." I en skilsmissemøte får de voksne ta tørn, ikke barna.

MH: Jeg synes jeg hører artikkel 12 i FN's Barnekonvensjon bak det du sier: "Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og gi barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet."

LD: Det er dyptgående problemer, og vi oppfordrer dem til å ringe tilbake. "Jeg gleder meg ikke det grann til den nye babyen, og den nye pappaen liker jeg ikke. Han bestemmer alt, og så røyker han også. Og så skal jeg leke med den nye broren min, og han liker jeg ikke. Dele rom med ham til og med!" Det er sånn de har det, og jeg synes de er så flinke. Tenk å kunne sette ord på alt dette. "Du er et godt stykke på vei," sier vi. "Nå sier du til mamma og pappa også hvordan du har det." Vi stimulerer dem til å sette ord på følelsene. "Hvis du føler at mamma ikke har tid skal du være smart. En dag du vet mamma kommer hjem litt tidlig, gjør du i stand kaffe - ingen mor kan vel gå forbi et levende lys og en kopp kaffe." Jeg føler at noen voksne er veldig opptatt av seg selv og sin voksenverden, og glemmer barna. Jeg sier: "Er dere 12 år har dere rett å uttale dere i saker som angår dere personlig, og det gjør en skilsmisse så absolutt. Dere får ikke bestemme, men de skal lytte til dere."



Alene og redd

LD: Det er uttrykk for uheldige trekk i samfunnet at barn må ringe å snakke med en fremmed. De fleste henvendelsene er barn som ringer uten å ta opp egentlige problemer, men det forteller om vansker allikevel. De barna som ringer oss om virkelige problemer ringer oss gjerne mange ganger. Mange telefoner vil derfor være prøveballonger. Det er mange barn som ringer oss fordi de er mye alene. De er ikke så tøffe som foreldrene tror. De synes det er ekkelt å sette nøkkelen i døra til et tomt hus. Barn som kommer hjem fra skolen har ofte noe de vil fortelle fra skolen, og så er det ingen hjemme. Når mor og far endelig kommer hjem, er det heller ikke tid til å fortelle, for da startet programmet med middag, leksjer, trenings og all "dirigeringa". Dette forteller barna oss, de er utrolige til å ordlegge seg. Livet er fylt av stress fra morgen til kveld, og den tiden de er fri før mor og far kommer hjem, er det mange som føler seg alene og har angst. Vi ville kalt det angst hos voksne. Hos barn sier vi de er redde, pystete. "Nå er du stor, nå skal du klare deg selv. Nå er du så stor at det ikke er vits i å betale dagmamma for deg." De ringer til oss og sier de kjeder seg. Det ordet er vi blitt observante på.

"Kjedelig" kan være et signalord

MH: Jeg synes ofte jeg hører barn si de kjeder seg.

LD: Det gjorde vi også, men erfarte at det ofte lå andre ting bak. Når vi prøver å finne fram til hva som er kjedelig, setter de ofte andre navn på det. De er redde, de er usikre. De hører lyder, har hørt om barn som blir kidnappet, om barn som blir seksuelt misbrukt. De er redd kameratene skal komme å mobbe dem. Du hører på stemmen når det er kjedsomhet og når det er andre ting. Ordet "kjedelig" er et signal som må tas alvorlig.

Direkte spørsmål får fram problemene

MH: Nå er vi inne på samtaleteknikk i møte med barn. Har du noen råd å gi oss helsearbeidere.

LD: Dersom du ønsker å få problemene fram, må du spørre direkte. Vi kan se i vaktbøkene her hvilke vakter som får inn problemtelefonene, og det har klar sammenheng med samtaleformen deres. Når barna går som katten rundt den varme grøten, må du spørre: "Blir du mobbet, blir du slått?" Etter mange spørsmål vil det bare være en ting ingen: incest. Da kommer det ofte: "Hvordan kan du vite det? Du tror meg altså?"

Dette gjelder særlig ved tabubelagte emner slik som mishandling og incest. Det kan være lange samtaler der du føler at ungen holder tak i deg. Ingen har da reagert negativt på direkte spørsmål. Noen har lagt på, men har ringt igjen seinere på dagen eller neste dag: "Det var jeg som ringte, men jeg turte ikke snakke." Vi som voksne må i slike situasjoner ta ledelsen og stille direkte spørsmål. Ungene ringer fordi de vil ha voksne som hjelper dem. Unger som ikke har vært utsatt for f.eks. incest reagere med å si: "Er du gæren! Jeg ringer fordi mamma og pappa skal skilles." Ingen blir fornærmet av den grunn.

Å "sladre" er å bry seg

MH: Jeg synes ofte jeg møter en misforstått lojalitet mellom barn. De har kjennskap til mishandling, selvmordsforsøk etc. som de ikke forteller videre til voksne.

LD: Vi forteller derfor at alle voksne har plikt til å melde til barnevernet der som de har kjennskap til barn som lider overlast, og at slik melding kan ges anonymt. Dette gjelder f.eks. naboer og lærere.

En gang ringte en unge inn og sa: "Dadere var på skolen vår og orienterte om telefonen, da turte jeg ikke å si noe. Men det er en i klassen, det er noe galt med faren hennes altså." Jeg skjønte av samtalen av det dreide seg om incest, og sa at dette måtte tas opp videre. "Hun blir så sinna hvis jeg sier det." Da hørte jeg at det var noen ved siden av, og sa: "Du har ikke venninnen din ved siden av deg?" "Tør ikke si det." "Så la oss si hun er der, og hører det vi sier. Da er dette å bry seg om og å vise at du er glad i henne og føler omsorg. Men dere trenger en voksen som kan hjelpe dere." Etter hvert fant vi ut at de kunne snakke med moren til hun som ringte, og at hun event. kunne ringe kontakttelefonen for å få råd om hvordan hun skulle gå fram.

Barna må finne et lysglimt hos oss!

LD: Barna ringer fordi de ikke ser noen løsning, og vi prøver å hjelpe dem til å se de som fins. Ofte vil det være å finne fram til en voksen de stoler på og kan snakke med - en tante, bestemor, mor til en venninne, helsesøster på skolen. Vi sier til dem at i vanskelige situasjoner skal ikke de ta ansvaret, det skal voksne gjøre. De skal få være barn og huske sin barndom med glede. Den kan nok være vanskelig innimellom, livet er slik! De skal siden få føle at de har fått utvikle seg i sitt tempo, at det ikke har vært noe som har forsert utviklingen, og at det ikke har vært ting som har holdt igjen. Vi kan gi dem et lysglimt, være voksne som er der når de trenger oss. Vi kan lytte, gi barna tid, ta ansvar og gi råd og veiledning om hjelpeapparatet.

Kommunelege Marit Hafting
Voss





MELDINGER

Bruksbok om bronchial astma hos barn

Arnulf Langhammer og Turid Lingaaas Holmen:
"Bronchial astma hos barn og unge" - NSAMs handlingsprogram for allmennpraksis.
Allmennpraktikerserien, TANO. Pris ca. 140,-.

Barn og unge med obstruktiv lungesjukdom er eit av tidas medisinske tema: Astmasjukdomen synest verte hyppigare, det vert diskutert om mortaliteten er aukande. Samstundes skjer eit ordskifte om den medikamentelle behandlinga som dels er blitt gjordt til generelt mediestoff. I ein nyleg leiar og ein artikkeli i "Tidsskriftet", vert det stilt spørsmål om vår bruk av ymse underdiagnosar så som "bronchitt", ofte fører til ei seinking av diagnosteidspunkt for det som i røynda er ein astma- og fylglege utsetjing av adekvat behandling for tilstanden.

Dei legar som vil arbeide med barn i norsk allmennmedisin, vil utan tvil bli utsett for eit ganske høgt kunnskaps- og meistringskrav når det gjeld astma.

Dersom vi ikkje greier leve opp til desse krava, vil sjølv sagt vårt renomé som yrkesgruppe kunne fare illle.

Og kva som verre er: Mange norske barn vil kunne ha langt meir plager enn det som er naudsynleg.

Dersom ikkje foreldre og barn fester tiltru til våre meistringsevner, er det kort veg til nærmeste alternative terapeut, der mange astmabarn med sjølvsyn må lære seg innhaldet i det bibelske uttrykket "steinar for brød".

Men miss ikkje motet! No kan du kjøpe "Bronchial astma for barn og unge" av komunelege Arnulf Langhammer og overlege i pediatri, Turid Lingaaas Holmen.

Boka er trass i sitt ringe ytre og begrensa sidetal (ca. 80), eit svært grundig og detaljert hjelpemedel i dagleg arbeid med astma hos barn. Boka gjev ei god innføring i sjukdomens ulike ytringsformer, alvorlighetsgrader, årsaksfaktorer og utløysande faktorer. Det vert sagt kva symptom som skal gje misstanke om astma og gjeve gode forslag på konkret vis til diagnostiske utgreiingsopplegg. Ved langvarige sjukdomstilstandar som astma, er legens pedagogiske evner ein viktig del av behandlingsstrategien. Pedagogiske evner er sjølv sagt noko anna enn rein snakksalighet, ikkje minst vert det kravt ein god del eksakte kunnskaper.

Handlingsprogrammet inneholder ei mengd slike kunnskaper. Omgrep som m.a. "atopi", "allergi" og "hyperreakтивitet" får sine forklaringar og set den einskilde legen i stand til å lage mest mogleg eksakte sjukdoms- og behandlingsmodellar som barna og deira foreldre finn truverdige. Den bolken som tek føre seg behandlingsopplegg, er naudsynleg detaljert, og står på tidas aksepterte understrekning av anti-inflammatorisk behandling med kromoglycat eller kortosteroider til inhalasjon. Det er vel i denne delen av boka ein kan sjå føre seg visse endringar til neste utgave, med ei forhåpentlig ytterlega-

re avklaring om kva plass beta-agonistane, både dei velkjente gamle og dei komande nye langtidsverkande, skal ha.

Boka er oversiktig og eignar seg difor godt til dagleg bruk parallelt med pasientarbeid. Den er rask å slå opp i og sjølv sagt utan tekstbøkenes irriterande lauvtynde blad å gå seg vill i.

Ved auka oppmerksamhet på problemstillinga "astma", vert det med eitt viktig å ha klart føre seg kva tid ein bør mistenkje sjukdomen og kva dei diagnostiske kriteria skal vere, elles kan ein nok sjå føre seg ei viss overdiagnosering av tilstanden.

Dersom ein inkluderer dei fleste subdiagnosar under området obstruktive lungesjukdommar i astmaomgrepet, oppstår eit behov for å stratifisere astmapopulasjonen i milde, moderate og alvorlege former. Dette for å skilje dei få med alvorleg sjukdom med høg risiko frå dei mange med mildt sjukdomsforløp.

Til desse formål har handlingsprogrammet gode rettleidingsskjema, som er mellom dei deler av stoffet eg personleg har hatt mest nytte av.

Sidan det er ei typisk bruksbok om eit emne alle primærlegar møter rett så tidast, må moralen vere:

Det er ikkje nok med ei bok på kvart legesenter:
Ei bok på kvart legekontor!

Anmeldt av:
komunelege
Leif Gunnar Vøllestad
4350 Nærø





Grete Riise, f. 1947. Adjunkt med arbeidserfaring fra skole. AN-konsulent hos skoledirektøren i Finnmark 1980-1986, med spesielt ansvar for likestillingsarbeid. Informasjonskoordinator vedr. hiv/aids i Bergen kommune (1987 - 1990) Prosjektleider for forebyggende helsearbeid hos Fylkeslegen i Hordaland. (1990 - d.d.)



Helga Arianson, f. 1956. Cand. med. 1981. Ass. lege kir/gyn. i Hammerfest 1983 - 1985. Ass. lege Kvinneklinikken, Bergen 1985. Helsestasjons/skole-lege 1986 - 1987. Arbeidet som samfunnsmedisiner siden 1987 i Bergen kommune, og er nå helsesjef i bydelen Loddefjord.

De stille jentene

... Hvorfor skal vi prioritere dem?

Av Helga Arianson / Grete Riise

Det er vår påstand at det er grunn til å prioritere jentene i det forbyggende arbeidet blant unge. Vi skal i dette innlegget prøve å begrunne det. For å gjøre det, må vi heve oppmerksomheten fra individet mot samfunnet og de grupper vi skal omtale: jenter og gutter, kvinner og menn.

Den viktigste diskriminerende enkeltfaktoren over hele verden er kjønn. Ennen vi ser på inntekt, eiendom eller generelle levekår, gjør kjønn større forskjell enn både klasse og etnisitet. Vi lever i et kjønnsdelt samfunn, med menn og kvinner som to ulike mennesketyper med ulike levevilkår og oppfatninger. Dette preger også våre helseproblem og vår opplevelse av egen helse. For å gi gutter og jenter, kvinner og menn likeverdige tilbud i det forbyggende og kurative arbeidet, er det nødvendig å ha de generelle kjønnsforskjellene i fokus.

Hvis vi ikke tar hensyn til kjønnsforskjellene, vil vi automatisk ta utgangspunkt i det "normale" som oftest er identisk med det mannlige. Kvinners liv og helse blir avvik fra det normale: "Det menneskelige er manlig om ikke annet er angitt".

Alt fra tidlige tenår ser vi at det rapporteres plager som varierer både i type og hyppighet etter kjønn. Kanskje er manglende kjønnsfokusering forklaringen på at vi opplever jentenes plager som diffuse "vondter" mot guttene mer alvorlige ulykker, selvmord etc.

Det er vår oppgave å differensiere det normale til å inneholde både kvinnelige og mannlige synsvinkler. For å klare det, må vi først og fremst synliggjøre de "usynlige".

Vi må ta utgangspunkt i det særegne for kvinnene, for ikke å vurdere mannen som både den viktigste, den mest synli-

ge og den normale - dvs som utgangspunkt for vurderingene. Å behandle jenter med utgangspunkt i mannlige begreper, blir som å prøve hansker på føttene og sko på hendene. I denne sammenhengen holder det ikke å påvise at jenter drikker *mindre enn gutter*, eller debuterer seksuelt *før gutter*. Vi må se hva som er de faktiske helseproblem for jentene uavhengig av guttene atferd.

Dersom vi aksepterer at vi lever i et kjønnsdelt samfunn, må dette få konsekvenser for hvordan vi utøver og prioritere det forbyggende helsearbeidet. De unge jentenes helseproblem er preget av graviditet, seksuelt overførte sykdommer, skader etter seksualisert vold, magesmerter, muskelsmerter, depresjoner, hodepine og spiseforstyrrelser. Jenter i risiko for å utvikle helseplager er ikke nødvendigvis bråkete og synlige. De glir ofte umerkelig unna. Noen blir jálete, skolefraværet øker, tidligere gode skoleprestasjoner blir dårligere og de får stor oppmerksamhet fra eldre og mer erfarte gutter. Gjennom dem trekkes de inn i miljøer med voksne alkohol- og seksualvaner lenge før de er voksne.

Å prioritere jenter vil bety å ta utgangspunkt i disse konkrete problemene i det sykdomsforebyggende arbeidet.

Skal vi i tillegg arbeide helsefremmende, må være tiltak ta sikte på å styrke jentenes mestringsevne og selvtilit. Å prioritere jentene vil si å fokusere på det særegne, det konkrete og det nære. Bevisst prioritering av jenter bidrar til å synliggjøre de samfunnsmessige sidene av helseproblematikken. Med jentenes livssituasjon som mal for vårt arbeid, vil vi bidra til å utjevne helseforskjeller med rot i sosial ulikhet mellom kjønnene. Utjevning av sosialt betinget helseulikheter er et mål for helsetjenesten.

Det skal relativt beskjeden innsats til, og gir stor uttelling å arbeid forebyggende blant jentene. Forutsetningen er



Foto: E. Djupdrat / Universitetsbiblioteket i Bergen

Vår konklusjon blir :

- Den enkelte helsearbeider må se og erkjenne hvordan manglende bevissthet omkring kjønn og ulikhet skaper sykdom.
- Det går ikke an å stille seg nøytral i forhold til kjønn. Gjør vi det, forsterker vi allerede eksisterende ulikheter og opprettholder helseforskjeller mellom gutter og jenter.
- Dersom vi ikke bevisst prioriterer jentene, vil vi hele tida prioritere guttene.
- Det gir god uttelling å prioritere jenter.

at vi ser dem, og setter inn innsatsen relativt tidlig, før et mønster har festet seg. Vi skal likevel være klar over at vi i dette arbeidet konkurrerer med guttene om jentenes oppmerksomhet. Guttene gir dem først og fremst oppmerksomhet på deres kjønn. Vi kan gi dem en annen oppmerksomhet som synliggjør flere sider av dem og bidrar til å håndtere den sosiale konflikten mellom det å være kvinne (objekt) og menneske (subjekt).

Dersom noen er redd for at guttene skal bli glemt, er det lite å bekymre seg for. Det skal *svært* mye til for å prioritere jenter foran gutter, fordi de aller fleste krefter prioriterer motsatt - både i

oss selv og i omgivelsene. Etter en del forsøk på å få til en reell prioritering av jentene, vet vi noe om hvor vanskelig det faktisk er, og hvilke protester det utløser fra guttene dersom vi prøver. Protesten er en brukbar test på om vi har lykkes i å prioritere jenter !

Dersom vi fanger opp de "usynlige" jentene med våre tiltak, har vi i større grad truffet riktig i forhold til hele jentegruppen. I tillegg har vi nådd de guttene som ikke tilfredsstiller de mannlige kravene om aggressjon og utagering som reaksjon på problemer.



Når ideologi blir fag

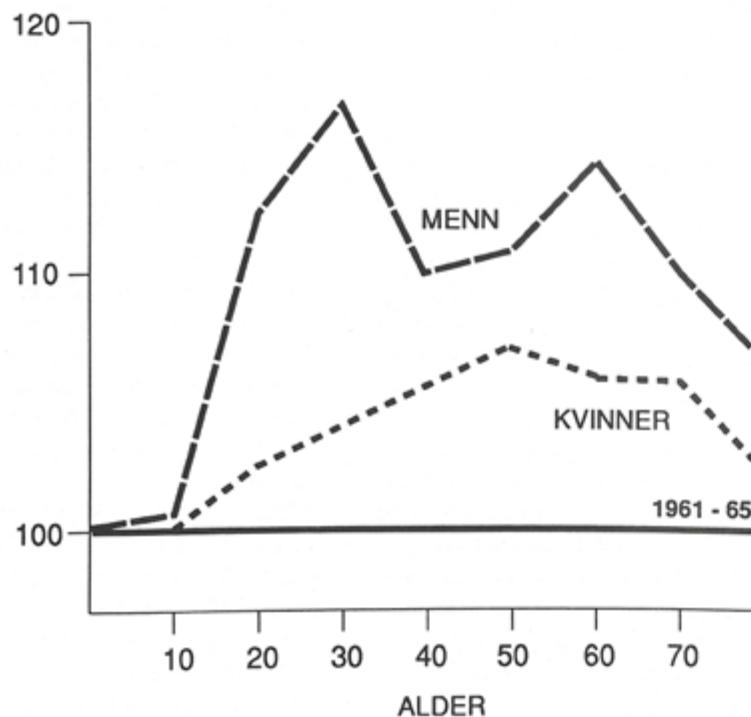


*John Nessa f. 1949. Cand med 1979.
2 år psykiatri, så kommunelege i
Gloppe. Frå 1985 kommunelege II i
Hjelmeland.*

Av John Nessa

Dette innlegget burde ikke ha blitt til. For eg skal polemisere mot to innlegg på dei siste kursora eg har vore. Dei fleste lesarane kjenner ikke til innlegga, og dei eg polemiserer mot, har liten sjanse til å forsvere seg mot ei tendensiøs framstilling av det dei sa. Når eg likevel skriv, har det tre grunnar:

- 1) Gunn og Marit har bedt meg om det,
- 2) temaet er viktig, og
- 3) bodskapen frå siste kurset var mellom anna å lytte til eigen kropp. Dette er min uforløyste kropp som ikke klarer å halde kjeft. Eg snakkar rett frå levra, vel vitande om at levra mi aldri har utmerka seg med å vere særlig sakleg. Ho har gjort därlege notat, og har selektivt minne: Hugsar det ho vil hugse, og gløymer resten. Det beste som kan seiast om det eg har komme med, er at det er ærlig.



*Figur 1
Prosentvis auke i sjølvmort
frå 1961 - 65 til 1981 - 85*

Solstrand 1991:

Førebyggjande medisin

Det første kurset er Solstrand 1991, eit to dagars emnekurs i førebyggjande medisin. Kollega Helga Arianson, helsesjef i Lofotenfjord ved Bergen fortel engasjerande om helseproblem i ungdomsgruppene, om ungdom og seksualitet. Ho har gjort ei viktig oppdaging: Det er menn som karrer til seg det meste her i verda. Så og i Lofotenfjord. Gutane er støyande og dominerande og får meir enn dei var tiltenkt. Jentene derimot er *offer*, får ikkje adekvat hjelpe og må betale rekninga, bokstaveleg talt i sin eigen veksande mage. Difor må det selektive tiltak til, tiltak berre for jenter. Det har dei fått til i Lofotenfjord.

Eg har ingen grunn til å tvile på at dette tiltaket er godt og rett og nødvendig for unge jenter. Likevel reagerer eg på både grunngjervinga og konsekvensane. Kva rett har det offisielle helse-Noreg til å kjønnsdiskriminere på ungdomsskule-nivå? Kva slags empirisk analyse ligg bak påstanden om at jentene har større trøng for hjelpe enn gutane? Og kva signaliserer ein til ungdomsgruppene om menneskeverd og sjølvrespekt med ein slik praksis?

For å ta empirien først. Som eit mørkt bakteppe for alt førebyggjande helsearbeid blant ungdom er ein særskilt og påfallande suidalstatistikk (fig.1). Unge gutter har ein klart forverra suidalstatistikk samanlikna med jenter. Dei tar livet av seg oftare enn før, og oftare enn ein skulle forvente ut frå statistikken elles. Unge gutter er på nivå med resten av Norden, for dei andre gruppene er statistikken betre i Noreg enn i resten av Skandinavia. Etter klassisk suicidalogi ad modum Durkheim (1) er unge gutter meir uønska i det norske samfunn enn jentene. Denne tendensen er helse-politikken i Lofotenfjord med på å forsterke.



Foto: Universitetsbiblioteket i Bergen

Det empiriske materialet kan altså neppe rettferdiggjøre å preferere generelle helsetiltak for jenter framfor gutter. Det må vere (u)etiiske eller ideologiske prioriteringar som ligg bak. Sidan eg ikkje har grunn til å tvile på helsesjefens etikk, vel eg å tru at det er det siste: Å prioritere jenter passar inn i generell likestillingsideologi. Det er bra praksis på mange samfunnsmiljø, men treng ikkje vere god helsepolitikk. Men med å kutte ut gutane løyser n også på lettintvis eit "ordensproblem" i helsevesenet. Gutane er vanskelegare å møte, dei er meir provoserande, uryddige, støyande og udisiplinerte. Jentene passar betre inn i pasientrollen og kan lettare gi terapeuten kjensla av å ha gjort ein nyttig jobb.

Eg har ofte lurt på korleis det er å vere gut i vårt samfunn, avla i kjønnskamp og oppdradd i samlivskonflikt. Eg lurer på kva skuld dei skal sone for fedre som ikkje var vaksne nok til å ta ansvar og for mødre som nok ofte har mest negative assosiasjonar til samlivspartnaren. Eg moraliserer ikkje, eg er av same ulla som andre i min generasjon, og mine barn må slikke dei såra som eg har pådratt dei. Likevel, og nettopp difor spør eg: Burde ikkje unge gutter bli ei prioritert førebyggjande helseoppgåve i norske drabantbyar?

Men i staden er det altså kvinnene det blir lagt til rette for. Og det er ikkje eit nytt fenomen. Helga Arianson er i godt 2. linje selskap når ho medvite eller umedvite held gutane utanfor. Norsk psykiatri har lange og gode tradisjonar for slikt. Eg går over til parasuicidal-problematikken, og spør korleis det går med unge jenter og gutter som intoksikarer seg og kjem på indremedisinsk avdeling. Eg har sjølv interessert meg for dette tidlegare, og har gått igjennom journalane for ein toårsperiode ved Sentralsjukehuset i Rogaland (2). Ein journalgjennomgang har sjølv sagt begrensa verdi. Men to spørsmål kan ein få rimeleg sikkert svar på. Kva kjønn har pasienten, og kor mange får eit tilbod ved psykiatrisk avdeling etter intoksikasjonen? I mitt materiale var tendensen klar. Jentene kom på psykiatrisk avdeling, gutane vart i langt større grad avvist som misbrukarar, ikkje behandlingsmotiverte, åferdsavvikarar osv. Gutane passa ikkje inn i behandlingsideologien, dei var småkriminelle, jentene var sjuke. Og dei jentene som kom på psykiatrisk avdeling, tilpassa seg fort terapikulturen. Dei blei der lenge, forbløffande lenge samanlikna med gutane.

Lysebu 1992: Sjukdom som spor, signal og språk.

Eg har vore på fleire kurs; Lysebu konferansesenter, kurs for primærlegar. Eit av innlegga gjorde sterkt inntrykk på meg: Sissel Frøberg om seksualisering av kvinnekroppen i arbeidslivet. Sissel Frøberg (SF) er flyvertinne og sosiolog. Ho snakka om seksuell "trakkerring" av kvinner i arbeidslivet, og vi fekk inntrykk av at dette var eit så stort problem at det gjekk ut over helsa til kvinnene. Det var ikkje sjølve problemstillinga hennar eg reagerar på først og fremst. Den kan sjølv sagt ha mykje for seg i enkelte samanhengar både i arbeidsliv og klinisk praksis. Det eg reagerar på, er SF sin form, SF si måte å presentere privat ideologi i ly av forskning og fag på. Eg kjenner meg på eit vis forført av SF sin skjulte retorikk, hennar strategiske kommunikasjon som gjer det umogleg å motseie henne utan å bli tatt til inntekt for det ho står for.

Eg skal ikkje trøtte lesaren med å gjengi alt ho sa, men eg må illustrere påstan den min om at dette handlar om ideologi meir enn sak: Å trakkere er ein menneskeleg handling. Det som særpregar ein menneskeleg handling er gjerne at det ligg ein medviten *intensjon* bak handlinga: Ein vil noko med det ein gjer. Skal omgrepet seksuell trakkerring ha noko rimeleg mening, må ein rekne med ein slik intensjon hos avsendaren. Det ligg innebygd i omgrepet språklege betydning: å forfylje på småleg vis. Denne intensjonen - å vilje nedlate seg til å forfylje ein kollega - må ein kunne argumentere for, event. mot: Var det meint slik? Er det ein rimeleg fortolkning kvinnene gir? Kva talar for og kva talar mot? Men dette får ein ikkje lov til med SF's ideologisk farga trakkerringomgrep: Det er eit reink subjektivt omgrep hos offeret - kjenner du deg trakkert, er du trakkert *der som du samstundes er kvinne*. Utgangspunktet er galt og resultatet blir organalt: Den paranoide har fått sin fristad - Juklerud har fått sitt ideologiske motstykke. Mens Arnold Juklerud er definert ut av det gode selskap, og spreller i garnet: Alt han gjer blir definert i lys av hans påståtte paranoia, er det i SF sin versjon ingen plass for å problematisere "offerets" versjon: Offeret har rett fordi det er offer, og fordi det har rett, er det offer. At "trakkessøren" samstundes blir stigmatisert og lid Jukleruds skjebne



prinsipielt sett, bryr ikkje SF seg om. Denne strukturen i SF sin retorikk er på grunnleggjande vis usakleg. Den dukkar opp fleire gonger i hennar innlegg, til dømes når ho skal elemindre eventuelle *mannlege* offer. Kunne det ikkje tenkast at også menn kunne bli seksuelt trakassert av kvinner? Å jo då, SF kjende både problemstillinga og svaret: Fleire menn hadde gitt uttrykk for dette i svara. Men dette kunne ikkje stemme, så dei vart intervjua på ny. Då viste det seg at desse mennene hadde sett pris på trakasseringa - å bli forfulgt på småleg vis; dei hadde altså lagt noko positivt i det dei sjølve kalla trakassering.

Ikkje eit ord om at kanskje kvinnenes svar også kunne problematiserast, ingen referat frå kritiske intervju med dei kvinnelege "offer". Bodskapen i retorikken blir difor dobbelt destruktiv: For det første hevdar ho at menn ikkje blir trakassert av kvinner, for det andre - og det er mykje verre - signaliserer ho at menn til forskjell frå kvinner ikkje er til å støle på. Dei sa trakassering, men meinte ein positiv flørt.

Det er ikkje noko gale i å stå for ein bestemt ideologi eller eit verdisyn. Representerer ein til dømes ein bestemt interesseorganisasjon eller er interessert i å forandre på ting, kan det også vere på sin plass medvite å "farge" eit problemkompleks, framstille ei sak med ei bestemt slagseite. Det er normalsituasjonen i politikken. Men SF er ideolog i ordets meir destruktive tyding. Ho brenn for ei sak, presenterer eit lukka system av sjølvbekrefte sanningar innanfor ei fagleg og kvalitativ ramme. Skal du inn i det systemet, må du legge sjela di frå deg utanfor. Du må slette ut eigen identitet og plapre med siste hallelujah. Denne prosessen har mange namn i ulike ideologiar. I marxistisk-leninistisk språkbruk heiter det "å ta sjølvkritikk", i min kulturelle tradisjon "å vende om". Når SF fortalte at ho som flyvertinne ikkje såg problemet for eigen del, men at ho i ettertid måtte innsjå at også ho vart utsett for dette, då fortel SF ikke primært om *sak*, men om si eiga *sosialisering* frå flyvertinne til sosiolog. Eg påpeiker dette fordi SF tilrådde oss tilhørarar å gå i oss sjølve. Det vedkjenner eg meg gjerne at det er behov for for eigen del. Dersom røynda generelt skal forstås slik SF gav inntrykk av at arbeidslivet var, må eg nok bruke den gamle kyrkjelege syndsvedkjenninga: Eg syndar dagleg og fortener straff. Men eg skulle likt å ha SF ved sida av meg på bortsbenken.

Ideologi og etikk

Massesamfunnets fremste samla verdi er *overlevingsideologien*: feiringa av den nakne overleving utan å reflektere over kva som overlever eller kva vilkår livet har (3). I eit slikt kulturelt klima er status som "offer" viktig å ha. Personleg er eg "gjeldsoffer", andre er "sexoffer". Vi kjenner strategien i snørr og tårer frå Dagbladet og VG. Vi må halde tunga rett i munnen så ikkje offerstatus blir identisk med pasientstatus.

Som botemiddel mot lettintet ideologisering av faget vårt trur eg allmennmedisin skal halde fast på gamle dygder og ideal. Det er biologien, empirien og etikken vi er forplikta på, og det er gammal og velprøvd tradisjon vi står i. Eg trur vi skal framelske *fronesi* - praktisk og sunn vurderingsevne - i staden for jakt på nye paradigme. Kanskje har vi meir å lære av humaniora enn av samfunnsvitskapane. Vi treng kunnskap om korleis menneske fungerer i kulturen vår. Vi bør nyttegjere oss denne kunnskapen til å framelske eit menneskesyn prega av høg integritet, sjølvstende og livskraft i staden for å gjøre pasientane våre om til ein regressiv masse sjølvmedlidande offer for ein eller annan skjebne dei ikkje er herre over og som andre er moralsk ansvarlige for. Eit godt bidrag til etisk refleksjon i klinisk praksis har vi no fått i ei nyleg utkommen bok av Hjørdis Nerheim: *Den etiske grunnerfaring* (4). Den er engasjerande og djuptpløyande. Måtte Vårherre spare oss for meir ideo-logisk vrakgod. Måtte Gro og Vårherre - nemnt i prioritert rekjkjefølge - ikkje ta frå oss Torbjørn Mork. I ein samtale med Åsa Rytter Evensen (5) trekk han fram eit sentralt poeng i Kantsk etikk: Enkeltmenneske må ikkje bli eit middel, men må vere eit mål.

Det er det det handlar om, og det som ideologane ofte gløymer.

1. Durkheim E. Selvmord (ei fakkelsbok, trur eg)
2. Nessa J. Akutte sjølvførte forgiftningar. Tidsskr Nor Lægesforen 1986; 106: 475-8
3. Berg Eriksen T. Omsorgsideologiens legitimitet. I: Berg Eriksen T. Briste og bære. Oslo: Universitetsforlaget, 1990
4. Nerheim H. Den etiske grunnerfaring. Oslo: Universitetsforlaget, 1991
5. Rytter Evensen Å. Helsetjenestens verdigrunnlag. Utposten 1991; 20: 342-344

Kommunelege John Nessa
4130 Hjelmeland

**Røde
og kløende
øyne er
plagsomt
året rundt.**

Tidligere var allergisk konjunktivitt en sesongvariabel tilstand. Nå er røde og kløende øyne blitt en helårsplage. Pollenallergi er fortsatt den største plagen om våren. Dårlig inneklima, røyking og forurensing er også 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.



Dette er vårmotivet fra Fisons dekorative årstidsplakat. Ønsker du plakaten, så ring (02) 24 72 50.

FISON'S
Pharmaceuticals
Postboks 24, 1345 Østerås.



**Når en salve føles klisset
og en krem er for "mager".**

Prøv fet krem!

Brocades originale fete kremer.



Locoid fet krem, hydrokortison- 17α -butyrat, 0.1%, gruppe 2.

Mildison fet krem, hydrokortison, 1%, gruppe 1.

Locobase fet krem, inert base.

Innføring av ICPC-klassifikasjon i Norsk allmennmedisin: **Fare for begrepsforvirring**



Sverre Lundevall er cand. med. Oslo 1976. Helseteam i Libanon 78-79. Kommunelege i Tromsø 83-88. Høsten 88 stipendiat ved Institut for samfunnsmedisin i Tromsø. Arbeidet med prosjekt om konsultasjonen, noe som senere resulterte i en fin undervisningsvideo fra Tromsø gruppen. Sandalen helsecenter fra høsten 89. Er nå nylig begynt på St. Hanshaugen helsecenter. Har i denne perioden arbeidet med videreføring av de positive erfaringer med veiledningsgruppen i allmennmedisin. Vinner av essayprisen 1989.

Av Sverre Lundevall

I forbindelse med et gruppebasert etterutdanningsopplegg i allmennmedisin har jeg lest Lamberts & Woods bok om ICPC-klassifikasjonen (1), og senere den norske boken om det samme (2). Denne lesning har gitt meg viktig oppklaring i hva som kan klassifiseres ved hjelp av ICPC-kodene.

Derfor er det med bekymring jeg ser at sentrale begreper blir brukt forskjellig av ulike aktører som nå lanserer ICPC, med fare for forvirring og for at hele klassifikasjonssystemet kan komme i vanry.

ICPC-systemet har 17 kapitler og 7 deler. En ICPC-kode består av en bokstav (som angir kapittel) og to tall (som spesifiserer tilstanden og er hentet fra en av de 7 delene). De fleste kapitlene refererer til organsystemer. Bokstavkodene for kapitlene forutsettes kjent. Delene antas mindre kjent og gjengis her:

- Del 1: Symptomer og plager.
Tallsiffer 01-29
- Del 2: Diagnostiske og forebyggende tiltak.
Tallsiffer 30-49
- Del 3: Medikasjon, behandling og terapeutiske tiltak.
Tallsiffer 50-59
- Del 4: Resultat.
Tallsiffer 60-61
- Del 5: Administrative tiltak.
Tallsiffer 62
- Del 6: Henvisning og andre kontaktårsaker.
Tallsiffer 63-69
- Del 7: Diagnose/sykdom.
Tallsiffer 70-99

Med ICPC kan man klassifisere:

1) Kontaktårsak.

(eng: Reason for encounter) Dette er på en måte pasientens eiendom, man skal legge avgjørende vekt på hva pasienten selv sier! Det fine med å registrere kontaktårsaker er at det bevisst gjør oss på hvorfor pasienten er kommet til lege. Kontaktårsaken har oftest form av symptom eller plage (eksempel: pasienten kommer for hodepine), men kan også ha en form som passer inn i de andre delene av ICPC. Noen eksempler: Kontaktårsaken har form av diagnose (kontroll av sukkersyke, T-90), diagnostiske tiltak (ønske om GU, X-31), medikasjon (fornyelse av fast hjertemedisin, K-50) eller av administrative årsaker (for eksempel frismelding fra influensa, A-62). For å klassifisere disse mulighetene brukes hele ICPC, dvs. alle kapitlene med del 1-7.

2) Diagnose.

Dette er legens eiendom. Avgjørende vekt legges på legens vurdering. Diagnosen kan ha form av en sykdom eller sykdomsgruppe (del 7), eller kanskje man ikke har dekning for dette og må nøye seg med symptom eller plage som "diagnose" (del 1). Når ICPC brukes til å klassifisere legens diagnose bruker man ikke de mellomliggende delene (del 2-6). (Men legg merke til at disse brukes ved kontaktårsaksklassifikasjon).

Begrepet ICPC-kortversjon. Dette er ICPC-kodene skrevet uten utdypende forklaringer. Den første norske kortversjonen ble skrevet på 2 A-4 sider for å være et oversiktlig hjelpemiddel på legens kontor. Kortversjonen inneholdt ikke færre deler enn den utdype版 versjonen. (Spesielt må nevnes at del 2-6 også var med).

Problemet er:

Brage og Tellnes skriver i sin artikkel om ICPC i Utposten 1/1992: (3):

"I Norge har Bentsen og Hjortdahl (4) ledet et prosjekt der pasientene ble spurta om årsakene til besøk hos legen. Disse kontaktårsakene ble kodet etter kodenumrene 1-29 i ICPC" (min uthvelsel). Dette er galt. Kontaktårsakene ble kodet etter 1-99 i denne undersøkelsen. Det vil si at Bentsen og Hjortdahl brukte alle delene av ICPC. (Ikke bare symptomer og plager).

For meg ser det ut til at Brage og Tellnes i sin artikkel omtaler pasientens kontaktårsak som synonym med del 1 i ICPC-kapitlene (symptomer og plager). Dette er i så fall en fundamental misforståelse av ICPC. Eksempelvis blir muligheten til å klassifisere kontaktårsaker som førekortattest, fjernelse av suturer, blodtrykkskontroll borte.

I Rikstrygdeverkets utsendte hefte om ICPC fremgår at det man ønsker å registrere der ikke er pasientens kontakt-

årsak, men legens diagnose. Dette er greitt nok. Særlig i forbindelse med sykemeldinger og trygdesaker er det jo legens vurdering som skal telle. (Som det har vært sagt: Det er ikke tilstrekkelig å si tere pasienten!).

Derfor er det også logisk at denne listen fra Rikstrygdeverket hopper over del 2-6 i ICPC. Når det gjelder legens diagnose er det jo del 1 og del 7 som skal brukes.

Dette heftet kalles av Rikstrygdeverket "ICPC-kortversjon". Men dette heftet er forskjellig fra den opprinnelige *kortversjonen* av ICPC, etter som del 2-6 ikke er med. Det burde snarere kalles en *amputert versjon* av ICPC.

Det er spesielt uheldig at dette heftet (i likhet med nevnte artikkelen i Utposten) kaller sifrene 1-29 (del 1) for "Pasientens symptomdiagnose eller kontaktårsak", mens sifrene 70-99 kalles "legens sykdomsdiagnose". Dette gir inntrykk av at pasienten og legen på en måte har "hver sin del" av ICPC, og det er ikke riktig.

Den tredje aktør som kan bidra til forvirringen er leverandører av dataprogrammer for allmennpraksis. Selv bruker jeg programmet Legeservice. I den strukturerte journal her er det meningen at vi skal klassifisere både pasientens kontaktårsak og legens diagnose. Det er bra. Men derfor er det sørgetlig å se at del 2-6 i ICPC heller ikke her er med, slik at kontaktårsaksregistreringen blir amputert. (I Bentsen og Hjortdahls undersøkelse ble 22 % av kontaktårsakene klassifisert i del 2-6). Et annet problem med Legeservice er at det bare tillater en kontaktårsak pr. konsultasjon, mens virkeligheten er at pasienter ofte har både tre og fire. (I Bentsen og Hjortdahls undersøkelse åpnet man for inntil tre kontaktårsaker pr. konsultasjon). Jeg kjenner

ikke til hvordan andre programmer har gjort dette.

Mitt ønske til alle sentrale aktører er derfor: Gå til kilden. Bruk bøkene (1,2) som gullstandard. Unngå begreps-forvirring, og la oss i Norge bruke ICPC slik det er tenkt og tidligere utprøvd både her i landet og internasjonalt.

Litteratur:

1. Lamberts H, Wood M (ed): ICPC. International classification of primary care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
2. ICPC. ICHPPC-2-defined. IC-process-PC. Klassifikasjoner og definisjoner for primærhelsetjenesten. Oslo: Tano, 1991.
3. Brage S, Tellnes G: Erfaringer med innføring av ICPC i allmennpraksis. Utposten 1992; 21: 30-1.
4. Bentsen BG, Hjortdahl P: Hvorfor søker folk lege? Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2867-70.

**Bydelslege
Sverre Lundevall
Oslo**



Foto: Ralph Wikon / Universitetsbiblioteket i Bergen

Barndom i ein landsby i Zambia

Reidun Eide (f. -38) er spesialsjukepleiar i psykiatri. Har arbeidd 10 år i barne- og ungdompsykiatrien og 10 år som heimesjukepleiar i Volda. Var - 87 - 89 fredskorpsarbeidar i Zambia; er no pleie- og omsorgsleiar i Volda, men planlegg nye Afrikaoppdrag.

Av Reidun Eide

Barn fødes til eit samfunn der den rådande kultur og tradisjon formar den enkelte. Kultur og tradisjon blir ein ballast som etterkvert utgjer forskjellane mellom oss. Afrika, det svarte kontinent, har *sin* kultur og *sine* sterke tradisjonar, mangfoldig og samansett. Den store forskjell frå stamme til stamme er det som gir stammebevisstheit. Tradisjonen står sterkt, å kjenne sin historie, vite om sine forfedre. Respekten for dei eldste og dei døde er stor, det same med trua på troldom og hekseri. Slike samfunn er idag inne i ei brytingstid der tradisjonelle livsformer vert miksa med dei krav den såkalla utviklinga krev. Dette berre som ei kort innleiing før eg prøver å gi små glimt frå barndomen i ei stamme - .

Barnet er venta, og vert ønska velkomme i familien. Den enkelte fødsel vert feira i storfamilien med song og dans til trommerytmar dagen og natta etterpå. Barnet får namnet til ein død slekting. Er den nyfødte urolig og skrik mykje første natta, vert det teke som eit teikn på misnøye med namnet og eit anna namn - også til ein død slekting, vert valt i staden. Det intime forholdet mellom mor og barn varer ved, då barnet, nesten døgnet rundt, er i armane hennar eller festa tett inntil kroppen - i arbeid og i fest.

Ei veke skal mora kvile, så ventar dei vanlige gjeremål igjen - og den nyfødte er med.

Utsikta/oversikta frå mor sin rygg er noko anna enn den eit barn har frå ei barnevogn.

Barnet følgjer mora sine rørsler - får det overført rytmene som det seinare viser i dans på denne måten?

Barnet er storfamilien sitt barn og storfamilien sitt ansvar.

Normalt får dei små mykje vaksenkontakt og stimulering så lenge dei er yngst.

Dei lærer også samtidig å kjenne sin plass. Å vere liten har også sine grenser og måten å lære dei på kan ofte synes harde og ubarmhjertige.

Leikekameratar manglar dei ikkje.

Kostholdet er den alltid tilgjengelige morsmjølka. Eg såg aldri noko som likna på ei flaske eller smokk. Reklame for det same hadde heller ikkje funne fram hit---.

Barnet ammar til mora blir gravid igjen - då er det bråstopp. Noko anna blir sett på som skadelig for barnet.

Det blir ein brå overgang når den vesle skal vere med å ta for seg av familien sitt felles matfat. Då gjeld det å ha næringssvetet i orden, for her gjeld den sterkeaste sin rett - samtidig som ein må hugsa at far skal ha det beste----

Snart vil barnet misse det privilegiet det er å vere yngst. Det kan også bli sendt bort til slektingar for å avlaste mora når ho skal ta hand om eit nytt barn. Småbarnsalderen er eit fritt liv. Jenter og gutter er ilag utan tyngjande arbeidsoppgåver. Med utrena auge merkar ein ingen kjønnsskilnad.

Jenter er likevel dei som tidligst får plikter - som å passe yngre syskjens, hente vatn og ved, mm. "Den skal tidlig krøkes----".

Kleda, eller kledefillene er ei sak for seg. Barna har alltid det därlegaste, utan sko og underbukse blir det ofte kaldt, hosting og snørrtaumar er vanleg----

I eit samfunn der ingen har hørt om "Riktige leker", utan peike- og barnebøker, TV og alt vi etterkvert reknar som standard, er leiken frodig og full av improvisasjon.

Her må alle bruke fantasien, og alt kan brukast. Eg såg både song og rolleleik og mangt kan lagast av stein, blad, strå, tomgods osv. Skolegang er foreldra sitt ansvar. Om dei synes det har noko for seg startar barna i 5-8 årsalder. Tidlig





start om morgonen, oppstilling, beinhard disiplin og læring etter "talekor-metoden". Skoleveien er ofte svært lang, skolemateriell mangelvare - fråfallet er stort. Barnet kan trengast heime, og i tillegg kan skole resultere i at barnet får konflikt i forhold til den tradisjonelle levemåten.

Dei fleste gutar går gjennom ei læreperiode i 5-9 årsalder som skal gjere dei til menn. Dei bur i ein leir, vekkgøymt for landsbyen, i 4 veker ilag med gamle læremeistrar. Dei lærer om si historie, familieliv, pliktar og rettar, korleis behandle kvinner og korleis bli ein god far. Alle blir omskårne på tradisjonelt vis. Deira retur til landsbyen vert feira med song, dans, tromming, drikking natta gjennom, før gutane er der i det nattemørket slepp taket.

Litt av ein konfirmasjon!

Frå no av kan ikkje guten sove i same seng/hus som mora.

Jenter vert ikkje omskårne, men dei går igjennom ei ennå lengre opplæring. Mora får ikkje ta del, istanden er det ei

bestemor og ei anna betrudd kvinne i slekta som lærer opp jenta etter tradisjonelt mønster. Ofte blir det ordna slik at jenta flytter til sine læremeistrar for ca. eit års tid.

Jenter får m.a. vite at dei skal dra i clitoris så ofte og mykje som råd. Dette for å få den lengst mogleg, noko som skal behage mannlige partnarar----

Ellers får dei opplæring i det som høyrer til kvinnerolla. Det seier seg sjølv at dette tradisjonelle lett kolliderer med dei krav som fylgjer med skolegang og utdanning----

Sex-debut og giftarmål er tradisjonelt tidlig, 13-14 år for jenter. Om giftarmålet skjer seinare har dei ofte eit eige barn, eller to, før dei blir gift. Dette beviser at dei er i stand til å produsere barn og samtidig blir brudeprisen rimeligare.

Samhald, kroppskontakt, raus omsorg, friheit, leik, alltid leikekameratar, vaksne som har tid, men også streng disiplin, korporlig straff, sterke og vonde sanseintrykk og avvisning er viktige delar av barndomen her.

Avvisning kan i praksis føre til binding og/eller innstengning. Då helst av funksjonshemma barn. Kan barnet vere forheksa?

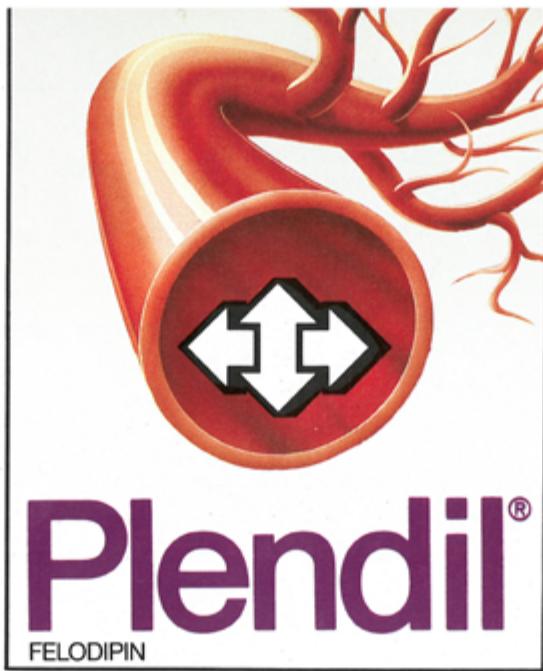
Livet kan synest langsomt og repeterande, men det er fullt av ytre og indre spenning - fullt av samanhengar. Barna er med på alt, alle ritual og alle seremoniar. Festlige og rytmefyllte samankomster og (vonde) voldsmot sterke opplevelingar i høve død og gravferd.

Ein kan kanskje seia at glade barn er aldri så glade og spontane som desse barna - og på den andre sida; triste, sjukke og einsame barn aldri så triste og einsame som desse.

Konklusjonen må likevel bli at dei lever i ein samanheng - dei lever levande.

**Pleie- og omsorgssjef
Reidun Eide,
6100 Volda.**





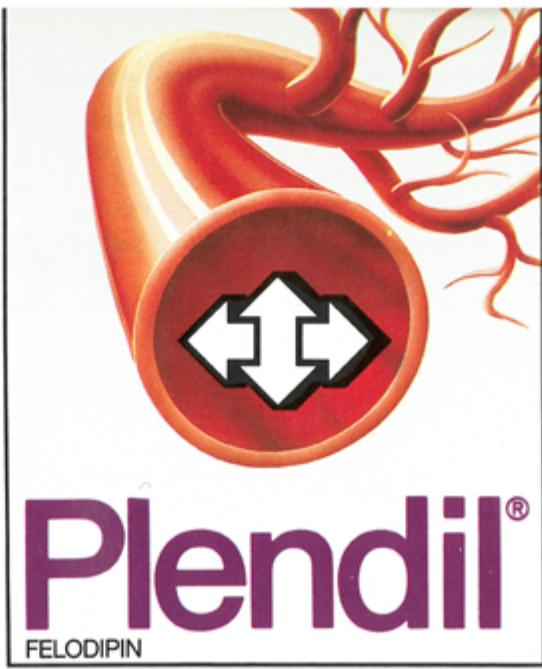
Dette vet du:

**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 inneholder 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 utsles kontinuerlig. Derved oppnås en jevn plasmakonsentrasiøn som også etter 24 timer ligger innenfor terapeutisk konsentrasiønsområde. **Indikasjoner:** Hypertensjon. **Kontraindikasjoner:** Graviditet. (Se Forsiktighetssregler). **Bivirkninger:** Kan gi ankel-

odem 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 forbgiende. Mild gingivahyperplasi er beskrevet hos pasienter med uttalt gingivitt/periodontitt. Med god munnygiene kan dette unngås. Hudreaksjoner er sett. **Forsiktighetssregler:** 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 dose ring til eldre. **Graviditet:** Humandata savnes. I rotte ble det observert forlenge varighet av drektighet, vanskelig forlosningsarbeid, økt antall dodsfodte foster.



Og dette betyr for deg:

**Plendil® (felodipin)
senker blodtrykket
uten å redusere
hjertets
kontraktsjonskraft^(3,4)**

Enklest mulig dosering – en gang daglig

og postnatal dodelighet. I kanin ble det funnet økt antall misdannelser (tør, poter). **Interaksjoner:** Samtidig behandling med enzyminduserende substanser som fenytoin, karbamazepin og barbiturater nedsetter koncentrasjonen av felodipin betraktelig. Samtidig behandling med cimetidin øker plasmakoncentrasjonen av felodipin. **Dosering:** Individuell dosering, startdose 5 mg pr. dogn, vedlikeholdsdose vanligvis 5–10 mg pr. dogn. Høyere doser enn 20 mg pr. dogn behoves vanligvis ikke. Dosen skal tas en gang i dognet om morgenens 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. Cale.Ant. In Cardiovase. 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 Farmasøytske A/S. Avd. Hässle, hjerte/kar. Postboks 1, 1473 Skåre
Telefon (02) 70 15 90. Telefax (02) 70 08 78

Helse som ressurs



Bente Wold er cand. psychol. fra Bergen 1985, dr. psychol. 1989. Hun er forsker (NAVF) i adferdsepidemiologi ved Nasjonalforeningens senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil (HEMIL-senteret) ved Universitetet i Bergen, og er internasjonal forskningskoordinator for prosjekter "Helsevaner blant skolebarn, en WHO-undersøkelse i flere europeiske land".

Av Bente Wold

I WHOs Ottawa-charter (1986) heter det:

"Helsefremmende arbeid er en prosess som går ut på å gjøre folk istrand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse".

Matti Rimpelä (1991) mener at helse bør betraktes som en ressurs, og ikke som en tilstand. Grunnlaget for denne ressursen er vår genetiske arv så vel som den sosiale arven slik den foreligger ved unnfangelsen. Helsen påvirkes av to konkurrerende prosesser: forbruk av helse og fornyelse av helse. Hjørnestene i alle enkeltmenneskers helse er I) ernæring, II) fysisk belastning og hvile og III) psykisk belastning og avslapning (fig. 1). Mennesker er likevel ikke mennesker uten gjennom samhandling med andre. Derfor er den fjerde nøkkelfaktoren for å forstå folks helse IV) mellommenneskelige relasjoner. V) Miljøet er helsens femte hjørnesten. Med miljø mener vi både det naturgitte og det menneskeskapte miljøet og at vi tar med sosialt miljø og kulturelle sider ved våre omgivelser. Under normale betingelser kan ingen av disse fem faktorene enkeltvis sies å være skadelige eller sunne. Det viktigste er balansen mellom faktorene i den enkeltes liv og tilværelse helt fra unnfangelsen og fram til nåtiden.

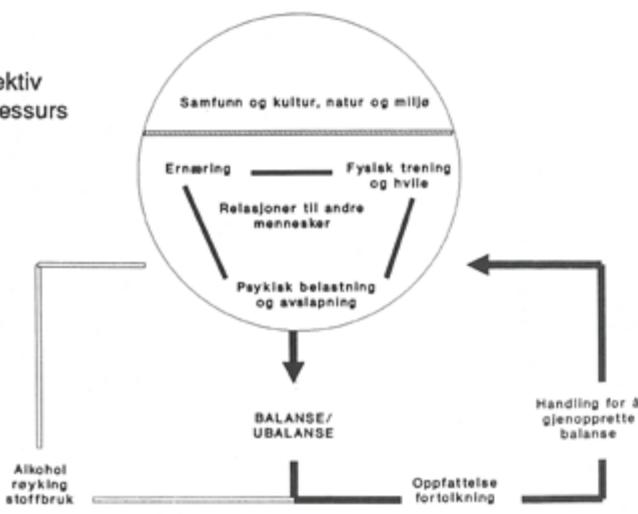
De såkalte psykosomatiske plagene eller andre symptomer som oppfattes av den enkelte, har en spesiell oppgave i denne helseressurs-modellen. De fungerer som alarmklokke. Når helsen blir forbrukt raskere enn den fornøyes, vil slike symptomer gi beskjed om at noe er galt. Det er viktig å legge merke til at slike symptomer oppstår først når vi nærmer oss grensene for selvregulering. Figuren illustrerer hvordan alkohol og tobakk (og andre rusmidler) faller utenfor dette systemet. En kan leve livet uten tilførsel av slike stoffer, de er simpelt hen unødvendige.

Ifølge denne helse-modellen får begrepet "helsebevissthet" et nytt innhold. Helsebevissthet kan defineres som et individets kjennskap til sitt helsesystem, og evne til å oppfatte det kroppslige alarmsystemet og tolke kroppens signaler på en riktig måte.

Helsebevissthet er imidlertid ikke tilstrekkelig. Det er nødvendig at de kroppslige faresignalene fører til handling som i sin tur fører til at vi reduserer forbruket av helsen og øker fornyelsen. Målet er et selvregulerende system og en balanse mellom forbruk og fornyelse.

Idrett og fysisk aktivitet er et område som har stort potensiale når det gjelder opplæring til en slik helsebevissthet, og til hvilke handlinger som er mest hensiktsmessige når systemet er ute av balanse. Fysisk aktivitet er i seg selv en av hjørnestene i helsen, og gjennom idrett/trening får barn og unge anledning til å tilegne seg ferdigheter og kunnskaper om fysisk aktivitet som de kan dra nytte av hele livet. Ved en tilrettelagt opplæring vil det også være mulig å lære hvordan en skal tolke signalene fra ens egen kropp, og hva en skal gjøre med det. Opplæringen må ta utgangspunkt i egne opplevelser og

Figur 1.
Et systemperspektiv
på helsen som ressurs
(Rimpelä, 1991)



erfaringer, og vil dermed oppfattes som relevant for den enkelte. Resultatet av en slik opplæring bør kunne sette barn og unge i stand til å ta bedre vare på sin egen helse, noe som på sikt bør gi en positiv effekt på folkehelsen, og dermed mindre konstnader innenfor helsesektoren.

Erfaringer fra Kjenn din kropp-programmet.

Noen erfaringer har vi allerede gjort med bruk av en lignende modell. Kjenn din Kropp-programmet er blitt gjennomført i mange land, blant annet i Norge. Programmet bestod av tre hovedkomponenter: I) helseundersøkelse av hver enkelt ungdom, II) tilbakemelding om resultatene og III) helseopplysning. Hovedideen var å gi unge mennesker bedre forståelse av forhold som virker inn på helsen ved å gi informasjon om egen kropp. Programmet bestod blant annet av en fysisk aktivitets-komponent, der teoretisk helseundervisning ble kombinert med praktisk ferdighetstrening i kroppsøvingstimene. I Norge deltok 6 skoler (5.-7. klasse) i Oslo, og prosjektet ble gjennomført i perioden 1979-81 (Klepp, 1982). Fig. 2 viser forskjellen i fysisk aktivitet fra 1979 til 1989 blant de elevene som deltok i prosjektet (de 3 intervensions-skolene) og de som gikk på kontrollskolene. Som en ser av figur 2 har det vært en nedgang i fysisk aktivitet for begge grupper i løpet av de 10 årene siden prosjektet startet, men nedgangen er mindre blant elevene på skolene som deltok i Kjenn din Kropp-programmet (Jensen, 1990). Denne forskjellen er størst for gutter (ikke sign. for jenter). Tilsvarende resultater kom fram når det gjelder røyking, der tiltaket ser ut til å ha hatt en gunstig effekt på rekruttering til røyking. Ut fra

Tabell 1.

Prosent av 5., 7. og 9. klassinger som oppgir at de deltar i ulike former for fysisk aktivitet. Resultater fra "Helsevaner blant skolebarn. En WHO-undersøkelse i flere europeiske land", norsk del 1985/86.

	5. klasse % N	7. klasse % N	9. klasse % N	
Idrett				
Gutter	79	712	73	609
Jenter	75	636	74	690
Friluftsliv om sommeren				
Gutter	64	717	67	612
Jenter	68	635	76	687
Friluftsliv om vinteren				
Gutter	70	719	64	608
Jenter	67	638	52	690

disse resultatene kan en derfor konkludere med at et såpass beskjedent tiltak som KdK må sies å være, har gitt en positiv effekt på helsevaner.

Fysisk aktivitet blant barn og unge

I tillegg til at deltagelse i fysisk aktivitet kan bidra til å øke barn og ungdoms helsebevissthet og evne til å ta vare på sin egen helse, har det lenge vært kjent at fysisk aktivitet har en helsemessig gunstig effekt, særlig fordi det virker inn på utviklingen av hjerte-kar sykdommer (Strømme et al., 1980). Også blant barn har en påvist positive helseeffekter av fysisk aktivitet (Sallis & McKenzie, 1991). Tiltak for å stimulere til økt fysisk aktivitet kan derfor ha en stor helse- og trivsels-fremmende effekt.

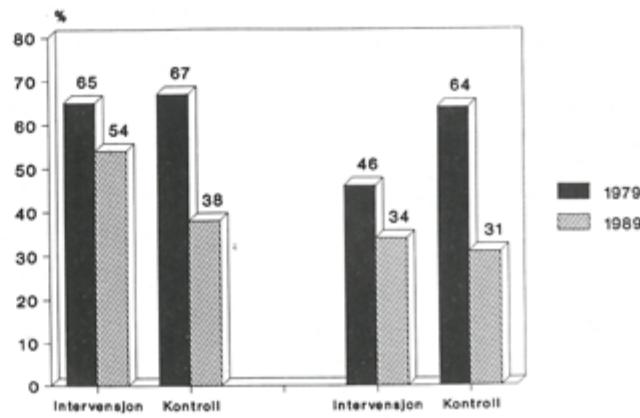
I utgangspunktet kan en stille seg spørsmålet om det i det hele tatt er noen vits i å øke en aktivitet som allerede ligger på et svært høyt nivå? I en spørreskjede

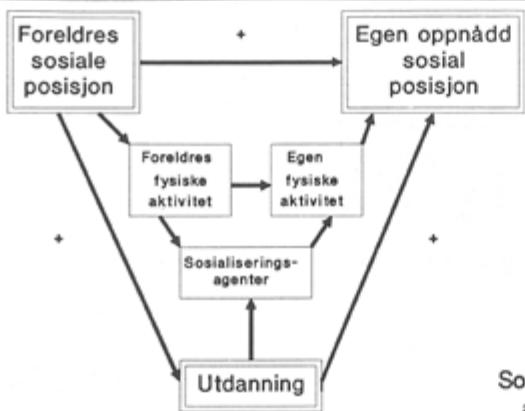
maundersøkelse blant 5., 7. og 9. klassinger som utgjorde et nasjonalt representativt utvalg av norske skolebarn (N=3955) i 1985, stilte vi en rekke spørsmål om idrett og fysisk aktivitet (Norsk del av prosjektet "Helsevaner blant skolebarn. En WHO-undersøkelse i flere europeiske land"). Vi fant da at ca. 75 % av alle barn i Norge driver med idrett eller trenings minst en gang i uka (tabell 1). Friluftsliv og ulike lekpregede fysiske aktiviteter er også svært populære, noe som tyder på at barn og unge generelt er relativt mye fysisk aktive. Tabellen viser imidlertid også at med unntak av friluftsliv om sommeren, går aktiviteten ned med økende alder. I løpet av tenårene er det flere og flere som slutter med fysisk aktivitet.

Så selv om aktiviteten ligger på et høyt nivå i barneskole-alder, ser vi at den avtar gjennom ungdomsskolen, og vi vet at aktiviteten blant voksne er ennå lavere (40-50 % aktive). Vi står overfor en stor utfordring i å stimulere barn og unge til å fortsette med regelmessig fysisk aktivitet i voksen alder. En rekke tidligere undersøkelser, bl.a. i Sverige (Engstrøm, 1984) viser at karakterer i kroppsøving og deltagelse i organisert idrett predikrer fysisk aktivitet i voksen alder. Det er altså en sammenheng mellom fysisk aktivitet i barne- og ungdomsårene og i voksen alder.

I den norske undersøkelsen av helsevaner blant barn og unge, fant vi også at deltagelse i idrett og fysisk aktivitet hang sammen med mindre røyking, et bedre kosthold og en sunnere livsstil generelt (Wold, 1989, Nutbeam et al., 1991).

Figur 2.
Prosent som trener
2 - 3 ganger i uka
eller mer på
interventions-skoler
og kontrollskoler.
Kjenn din Kropp-
programmet, Oslo
1979 og 1989.





Figur 3.
Sosial reproduksjon
av fysisk aktivitet.

Det er dermed fem forhold som tilsier at arbeid med fysisk aktivitet blant barn og ungdom vil føre til en vesentlig forbedring av folkehelsen (Sallis & McKenzie, 1991):

1. Vi vil øke sannsynligheten for at de vil drive med regelmessig fysisk aktivitet også som voksne.
2. Vi vil få en helsemessig gunstig effekt blant barn og ungdom.
3. Vi vil kunne innvirke på risikofaktorer for hjertekar-sykdommer.
4. Vi vil kunne innvirke på andre typer helsevaner som f. eks. kosthold og røyking.
5. Vi vil kunne bidra til en økt helsebevissthet blant barn og ungdom.

Økologisk utviklingsteori

Tiltak rettet mot barn og ungdom som tar sikte på økt regelmessig fysisk aktivitet og en videreføring av aktiviteten i voksen alder, må ta i betrakning de ulike sosialisingsarenaene barna befinner seg i. Den amerikanske psykologen Urie Bronfenbrenner (1979), har utviklet en økologisk modell for utvikling/sosialisering der han beskriver hvilke miljøer og personer som er viktige for barns utvikling. Disse vil dermed også være viktige påvirkningsagenter for barns helse og helsevaner, innbefattet fysisk aktivitet. Det går fram av denne modellen at det på mikronivå, i nærmiljøet, særlig er familie, venner og skole som er viktige parter i utviklingen. Bronfenbrenner beskriver også tre andre nivåer: II) mesonivå (sammenhenger mellom nærmiljøene f. eks. mellom skole og hjem); III) ekso-nivå (miljøer som ikke omfatter barnet); og IV) makronivå (kulturelle og subkulturelle mønstre). Det som skjer på alle disse nivåene, samt forbindelses-linjene mellom dem, har en kritisk innvirkning på hvordan barn utvikler seg, også når det gjelder helsebevissthet og helsevaner. Når en skal drive med helsefrem-

mende arbeid, er det svært viktig å ha dette i bakhodet, fordi en vanligvis ikke har mulighet til å gå inn i mer enn ett eller to av disse nivåene. Ut fra en slik tankegang sier det seg selv at ulike tiltak innenfor helsefremmende arbeid blant barn og unge kan ha temmelig begrensede virkninger.

Sosial reproduksjon

Det er imidlertid mange skjær i sjøen innenfor helsefremmende arbeid. Et av dem kan knyttes til begrepet sosial reproduksjon. Dette begrepet er blitt benyttet innenfor sosiologisk forskning om utdanningssystemet, der en har funnet at skolen er med på å forsterke sosiale ulikheter. Foreldres sosiale status blir reproduksert i deres barn, både direkte og indirekte gjennom utdanningssystemet. Våre analyser om hva som påvirker fysisk aktivitet blant barn og unge antyder at den samme prosessen er i funksjon her (figur 3), dvs. foreldres fysiske aktivitet reproduceres i barna både direkte og indirekte gjennom skolen og venneklokkene (Wold, 1991). Disse analysene er basert på den ovennevnte WHO-spørreskjema-undersøkelsen om helsevaner blant skolebarn.

Resultatene viser entydig at foreldres fysiske aktivitet (slik den blir oppfattet av elevene), har en positiv sammenheng med elevenes egen aktivitet. Videre er det slik at elever som svarer at de liker seg på skolen og at de er gode på skolen, er mer fysisk aktive enn andre. Foreldres fysiske aktivitet henger igjen sammen med elevenes opplevelse av skolen. Alle sammenhenger er positive, og antyder at vi har flere krefter som alle virker samme vei. Hvis utgangspunktet for eleven er godt, dvs. foreldrene har sunne helsevaner, har skolen en ytterligere positiv innvirkning på elevens helsevaner. Hvis utgangspunktet for eleven er dårlig derimot, dvs. foreldrene har usunne helsevaner, har skolen

også en forsterkende effekt, ved at den har en ytterligere negativ innvirkning på utviklingen av elevenes helsevaner.

Konklusjon

Innenfor helsefremmende arbeid bør en alltid ha det klart for seg at barn og unges utvikling skjer i et komplisert samspill mellom ulike arenaer og nivåer i samfunnslivet. Fysisk aktivitet/trening utgjør et viktig potensiale for at barn og unge kan bli "istand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse". Ved planlegging av helsefremmende tiltak som tar sikte på å stimulere til økt fysisk aktivitet må en ta hensyn til strukturelle forhold i samfunnet, der sosial reproduksjon er et av flere begreper som kan bidra til økt innsikt i hvordan slike tiltak bør legges opp. Det er også klart at jo flere arenaer og nivåer en kan berøre, jo mer sannsynlig er det at en kan få resultater.

Referanser:

1. Bronfenbrenner U (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
2. Engstrøm LM (1984). Stimulerar skolans idrottsundervisning till fortsatt fysisk träning? *Tidsskrift i gymnastik & idrott*, 1984, 8, 71-75.
3. Jensen M (1990). Fysisk aktivitet i helsefremmende tiltak. *Hovedoppgave i psykologi*, Universitetet i Bergen.
4. Klepp KI (1982). *Helseundervisning i grunnskolen: "kuult" eller "kjupt"?* Hovedfagsoppgave i sosiale mæring. Oslo: Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo, høsten 1982.
5. Nutbeam D, Aarø LE & Wold B (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international study. *World Health Statistics Quarterly*, 1991, 44, 55-61.
6. Ottawa charter (1986). WHO.
7. Rimpelä M (1991). Forbruk og formyelse av helse - en alternativ modell til forståelse av helse blant ungdom. I Klepp KI & Aarø LE (red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Universitetsforlaget, Oslo, 9-25.
8. Sallis JF & McKenzie TL (1991). Physical education's role in public health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Vol. 62, No. 2, 124-137.
9. Strømme et al. (1980). Fysisk aktivitet for helse og trivsel. *Tidsskrift for Den norske lägeforening*, 12B.
10. Wold B (1989). Lifestyles and physical activity: a theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents. Avhandling bedømt for Dr. Psychol.-graden, Det psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen.
11. Wold B (1991). Sosialisering, livsstil og fysisk aktivitet blant barn og ungdom. I Klepp KI & Aarø LE (red.). *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Universitetsforlaget, Oslo, 80-91.

Bente Wold

Nasjonalforenings HEMIL-senter
Universitetet i Bergen



MELDINGER

Killén K. Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar. Oslo: Kommuneforlaget 1991. 533 s. Pris: 398,-.

Denne bokens målgruppe er ikke bare barnevernsarbeidere, men vel så mye yrkesgruppene som representerer "det uformelle barnevernet": helsestre, leger, førskole- og skolelærere, psykologer og andre som i sitt arbeid møter barn i omsorgssviktsituasjoner.

Forfatteren har bred praktisk og teoretisk erfaringsbakgrunn og bør være vel kjent for de aller fleste Utpostenleserne ved sin mangeårige plass på barrikadene, for barn utsatt for omsorgssvikt. Hun har bidratt med flere bøker, artikler og nylig en doktorgrad om samme emne, samtidig som hun har drevet en imponerende kurs- og veiledingsvirksomhet for helse- og sosialpersonell landet rundt.

Boka er bygget opp i fem hovedkapitler. Etter en opprydding i begrepsdefinisjoner, omfang og ytringsformer, føres leseren fra gjennomgang av en helhetlig forståelsesmodell via den omstendelige og vanskelige kontaktetablerings- og undersøkelsesfasen, til konkrete tiltak. Forfatteren legger særlig vekt på *samarbeidet* om disse sakene og har viet et helt hovedkapitel til omtalen av dette.

La det være sagt med det samme: denne boka er det

Klok bok om omsorgssvikt

For dem som ser det, -og særlig dem som ikke ser det!

mye godt å si om. Gjennom teksten får leseren ikke bare kunnskap, men forståelse for sentrale årsaksforhold og det konglomeratet av faktorer i og utenfor familien som styrer samspillet mellom foreldre og barn på godt og vondt. Våre egne reaksjoner som utredes, terapeut eller på annen måte involvert fagperson, blir også behandlet på en måte som treffer så det kjennes.

Bokas største verdi ligger etter min mening likevel i den detaljerte og konkrete rådgivningen for veien videre: Fra den første svake mistanken, gjennom usikkerhet og ubehag, og til differensierte tiltak. Her klarer boka å formidle nettopp den hårfine balansen som er så viktig, - mellom samarbeid og informasjon til dem det gjelder, og fasthet og rask reaksjon når situasjonen krever det. Måten dette er omtalt på, vil oppdragt være en hjelp og støtte for grasrotarbeidere som fra tid til annen blir involvert i omsorgssviktsaker. Likevel blir vi ikke lurt til å tro at disse sakene er lett å takle bare man kan teksten.

Derfor er dette en klok bok, en bok som ikke bare formidler kunnskap, men innsikt som bare kan være et resultat av et ryddig forhold til egen lang erfaring.

Og leseren må ikke slite seg til denne innsikten. Oppbygningen av stoffet er, trass i vanskelige problemstillinger, slik at leseren ikke går seg vill i teksten. Boka er faktisk

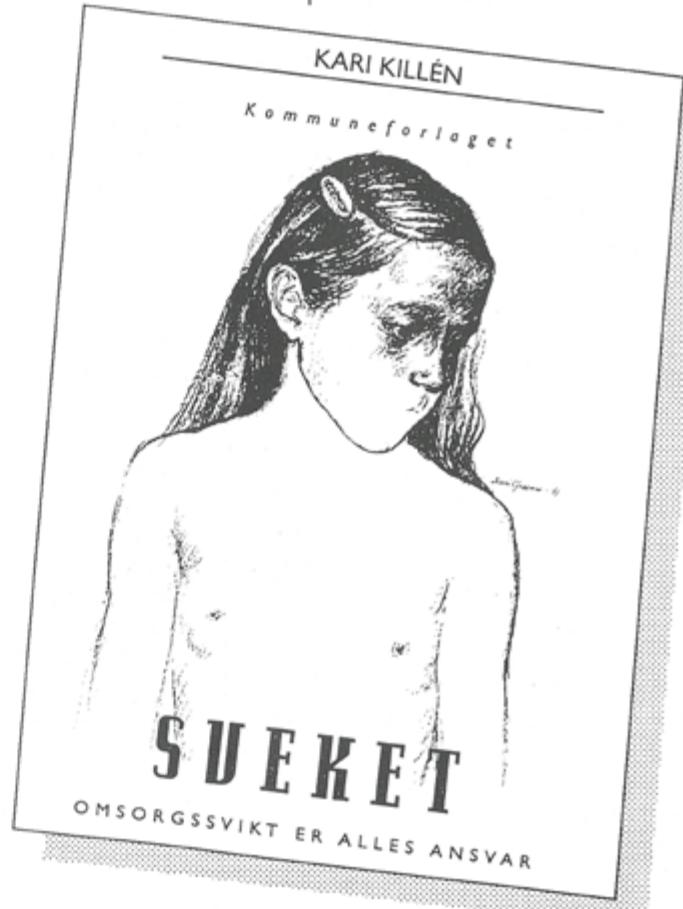
lettlest, samtidig som den er full av dokumentasjon.

Etter min mening er dette ikke først og fremst en oppslagsbok. Jeg forsøkte først en slik tilnærming med utgangspunkt i et par konkrete saker jeg hadde i bakhodet. Rett nok fant jeg stadig svar jeg lette etter, men mener likevel boka har sin styrke lest som en helhet. Med sin tykkelse kan nok det være en barriére for mange. Uansett syn på funksjon som oppslagsbok savner jeg -i det minste en enkel- omtale av formelle forhold i omsorgssviktsaker. Også det "uformelle barnevernet" bør ha et visst kjennskap til sentrale

juridiske forhold, saksgang og de viktigste momentene når det gjelder taushetsplikt, spørsmålet om meldeplikt, m.m. Selv om ny barnevernlov er like om hjørnet, mener jeg boka hadde stått seg på å ta med det mest sentrale, og heller tatt forbehold om endringer.

Men om dette kan det være delte meninger. Uansett: denne boka er så viktig at alle som har mulig kontakt med omsorgssvikt bør lese den, og så god og tilgjengelig at alle *kan* gjøre det.

Anmeldt av
prosjektleder Frode Heian
Storeviksveien 8
6400 Molde





Barn, helse og miljø

Helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blandt barn, med utgangspunkt i helsestasjonen

Frode Heian har vært komunelege i på Tingvoll i mange år. Er nå flyttet til Molde hvor han jobber som prosjektleider. Han er tidligere redaktør av Utposten. Har mange jern i ilden. Han har vært medforfatter på Egenomsorgsheftet og på Helsestasjonsboken m/undervisningsvideo. Han kommer stadig med nye gode innspill for barns oppvekstforhold.

Av Frode Heian

Prosjekt Barn, Helse og Miljø er finansiert av Sosialdepartementet (gjennom Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse), Helsedirektoratet (gjennom Samlet plan for utviklingsprosjekter i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid) og Norske Kvinners Sanitetsforening. Det gjennomføres i tre kommuner: Tingvoll, Frei og Molde, over fire år med start fra høsten -91. Prosjektledere er helseøster Solveig Brevik, Frei kommune og Frode Heian, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Fylkessjukehuset i Molde.

Hovedmålet er å samle/utarbeide og evaluere arbeidsmetoder for det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn, med særlig vekt på psykiske og sosiale forhold.

Vi tar sikte på metodesamling og -utvikling, intervension og evaluering, og arbeidet går langs to hovedlinjer: det individ/grupperettede og det lokalsamfunnsrettete.

A Det individ/grupperettete arbeidet tar utgangspunkt i at foreldrene er barnas viktigste ressurs, og sikter mot

- å støtte foreldrenes evne og mulighet til å bygge opp under en god mental utvikling hos barna
- å fokusere på foreldrenes mulighet til å delta i utformingen av sine barns oppvekstmiljø

- å stimulere til dannelsen av gode sosiale nettverk
Målgruppen er alle småbarnsfamilier, men med spesiell vekt på familier med særlige behov.

B Det lokalsamfunnsrettete arbeidet

må skje gjennom et samarbeid med andre gode krefter som har medansvar for barns oppvekstvilkår. Det vil bli tatt initiativ til et samarbeidsorgan med representanter for disse instansene. Dette organet bør bli en konstruktiv drivkraft i arbeidet for barns lokale oppvekstmiljø, ved å være:

- en ressurs for foreldrene direkte, dels bistå dem i å hevde barns interesser overfor kommunalforvaltningen
- en ressurs for kommunale instanser og andre, i spørsmål som har med barn å gjøre
- et forum for samordning av tjenestene for barn/barnefamilier

Målgruppe er instanser som er direkte bestemmende, eller viktige premissgivere for barns oppvekstmiljø i lokal-samfunnet.

Et økologisk utgangspunkt

Prosjektet har et helhetlig siktemål og ønsker å utvikle et positivt samspill mellom individ- og miljørettet virksomhet.

For målene, og også virkemidlene, henger nøyne sammen. Et tverr-etalig samarbeid for å tilrettelegge lokalmiljøet er ikke meningsfylt uten aktive holdninger og handlinger i målgruppen. På

den annen side vil en samkjørt gruppe medspillere med politisk og administrativ tyngde, styrke småbarnsforeldrenes tro på at deres egne aktiviteter kan få gehør og bære frukter.

Figuren på neste side gir en billedlig fremstilling av prosjektet. Del A tar for seg helsestasjonens (H.st.) direkte kontakt med barne-familiene, mens del B retter seg mot helsestasjonens rolle i samarbeidet med andre instanser for å bedre oppvekstmiljøet. Det hele dreier seg om miljørettet arbeid (på mikro- og makro-planet). Figuren fremstiller egentlig et økosystem der alle aktørene er avhengige av hverandre og påvirker hverandre. Det vi sier om et godt samspill og "gode sirkler" i familien, kan i stor grad også overføres på lokalsamfunnet.

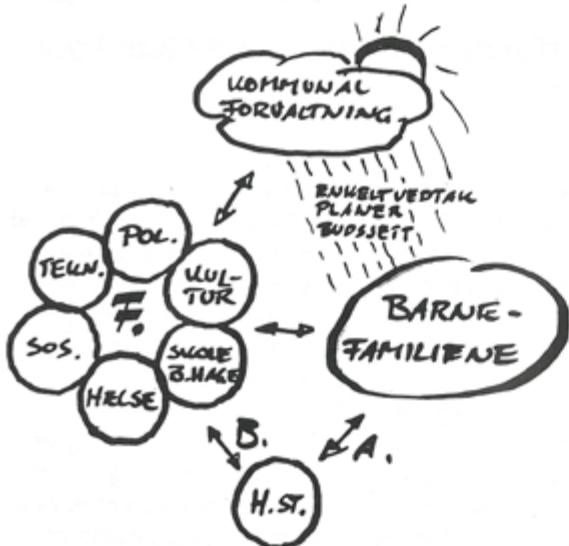
Overføringsverdi

Vi vil forsøke å utvikle arbeidsmetoder som er overførbare til andre kommuner, og kan settes i verk og fungere innen realistiske økonomiske og personellmessige rammer.

AD. A: Det individ-/grupperettete arbeidet

Her tas hovedsaklig sikte på økt kompetanse i foreldre-rollen, særlig med tanke på å gi barna en god mental utvikling, -og å stimulere til dannelsen av gode sosiale nettverk.

HELSESTASJONEN I LOKALSAMFUNNET



Økt kompetanse og trygghet i foreldrerollen

Utgangspunktet er utvikling av et godt samspill mellom foreldre og barn, fra fødselen av. Orion- og beslektede metoder gir verdifull innsikt og konkrete oppskrifter som med tilpasninger kan nytties i det daglige helsestasjonsarbeidet.

Dette fører naturlig over i en dialog med foreldrene som legger særlig vekt på utviklingen av en god selvoppfatning hos barnet. Det vil skje bl.a. ved å formidle prinsippene for "aksepterede bekreftelse". Denne kommunikasjonsformen har vært presentert i en rekke bøker for foreldre om "aktiv lytting", som de fleste helsestasjoner er godt kjent med.

Gjennomgangen av disse tema vil nok bringe både foreldrene og helsestasjonspersonalet nærmere sammen følelsesmessig. Det vil ganske sikkert bringe frem per-

sonlige vansker som ellers ikke ville kommet til overflaten, og sette krav til god balanse og sikkerhet hos helsesøster/lege. Men med det vil vi nettopp nå bedre frem til dem som trenger det. Det må nevnes at vi har sikret oss en viss ryggdekkning i et godt samarbeid med andrelinjetjenesten. Det er nok en styrke, både med tanke på veiledning underveis og som henvisningsinstans når ikke førstelinjetjenesten selv kan takle de problemene som avdekkes.

Virkemidlene vil, når det gjelder begge punktene ovenfor, bygge på utvikling av konsultasjonsteknikk, mer planmessig bruk av video og skriftlig materiale i budskapsformidlingen, og egenaktivitet blant foreldrene. Andre aktuelle hjelpe- og service-instanser er godt informert om aktivitetene, slik at det de sier og gjør i kontakten med barnefamiliene, er rimelig samkjørt.

Nettverksbyggende virksomhet

Helsestasjonen har en rekke muligheter for å stimulere til gode nettverksdannelser. Den gruppevis kontakten både på svangerskapskurs og de rutinemessige helsestasjonskonsultasjonene er basis for de nettverksbyggende tiltakene.

Men aksjoner i nærmiljøet som mobilisering for barnehageutbygging, nabolagsarbeid og sikring av lekemiljøet ute, kan ha vel så stor betydning. Her er det som tidligere nevnt selvsagt viktig for helsepersonellet å sette grenser for sin egen aktivitet. Men i en felles strategi med andre instanser, kan helsestasjonen legge et godt grunnlag også for slike nettverksbyggende tiltak.

AD. B: Miljørettet arbeid

Ved siden av det uformelle samarbeidet som foregår fra sak til sak i de fleste kommuner, er det nødvendig også med et mer formalisert samarbeid. Det gjelder særlig det langsigtede miljørettede arbeidet.

Tverretatlig samarbeidsorgan

Ved opprettelsen av et samarbeidsorgan for barns oppvekstmiljø, tar vi sikte på en samordning av helsefremmende virksomheter som kan drives i regi av offentlige tjenester, etterhvert også i frivillige organisasjoner og foreldregrupper.

Denne samordningen har rasjonelt tatt utgangspunkt i allerede etablerte arbeidsgrupper (som det lokale habiliteringsteamet, sosialmedisinsk team e.l.). Aktuelle personer i slike klientrettet samarbeidsorgan har vanligvis vært helsesøster, lege, fysioterapeut, sosionom og spesialpedagog eller psykolog fra PP-kontoret.

I det miljørettede arbeidet kan denne gruppen suppleres

med representant for skole/barnehage-, kultur- og teknisk sektor, eventuelt representant for sentraladministrasjonen, politikere og helst frivillige organisasjoner og ikke minst brukere (foreldre).

Teamet skal representer bredde, men ellers være så lite som mulig for å være rasjonelt og effektivt. Sammensettningen vil variere noe fra kommune til kommune, ikke personer fra alle instanser er aktuelle alle steder. Vi forsøker å få forsøkskommunene med på å etablere dette samarbeidsorganet som en referansegruppe omkring den lokale "barnas talsperson" (representanten som etter pgf. 10-2 i Plan- og bygningsloven har ansvar for å ivareta barnas interesser i den kommunale planleggingen).

Det er altså ikke meningen å danne et stort, uformelig og tungrodd organ, men plukke ut personer med genuin interesse for tema, fortrinnsvis også med innslag av nøkkelpersoner med en viss innflytelse. I praksis vil det kanskje være 6-8 personer i et slikt forum.

Oppgavene for dette samarbeidsorganet koncentrerer om å være et forum for diskusjon og ideskaping, for å samordne og skape en felles lokal strategi for det helsefremmende arbeidet for barn/barnefamilier, og således bl.a.:

- være en ressursgruppe for de enkelte etater i aktuelle saker
- være en ressursgruppe for småbarnsforeldre som ønsker veiledning og støtte til miljøtiltak (fra trafiksikring og etablering av lekeplasser, til arbeid for å opprette barnehager)
- være et lett tilgjengelig kontaktledd for foreldrene til kommunalforvaltningen
- være en "vakthund" som ser til at barns/ungdoms inte-



resser blir ivaretatt i kommunal planlegging og i enkeltsaker. Gruppen er en selvsagt høringsinstans i slike saker

- være en drivkraft i barne- og ungdomsplanarbeidet
- sikre kontinuitet og varighet i arbeidet, virke gjensidig støttende og styrkende for enkeltnedlemmene (forebygge utbrenthet)

Et slikt forum vil, særlig hvis det har gode modeller å utforme virksomheten etter, være et slagkraftig instrument til å påvirke det lokale oppvekstmiljøet i helsefremmende retning.

Selv om prosjektet først og fremst retter seg mot psykisk og sosialt betinget helse, vil bomiljø og miljøbetingede helseproblem som ulykker og astma/allergi også være aktuelle tema for den tverrettalige, samordnede innsatsen.

Evaluering

Det vil bli gjennomført før- og etterundersøkelser i intervensions- og kontrollgrupper, med kartlegging av en rekke forhold:

- helsestasjonens virksomhet, inkludert samarbeid med andre instanser
- brukernes sosiale nettverk og helsestasjonens nettverks-skapende effekt
- kunnskaper og holdninger til helsestasjonen blant dens samarbeidspartnere, blant politikere og i administrasjonen
- helsestasjonspersonellets funksjon i konsultasjonen
- samspillet mellom omsorgsgiver og barn

Dessuten vil barnas selvoppratning bli vurdert, og forekomsten av psykiske problemer blant barna bli kartlagt i intervensionsgruppen, og sammenliknet med kontrollgrupper.

Vi vil også evaluere tiltakene underveis, med særlig vekt på hva som kjennetegner det som "går bra" og omvendt.

Gjennom evalueringen håper vi også å kunne gjenspeile bredden i intervensjonen. Målet er ikke bare å vurdere de enkelte tiltakene for seg, men hva som skjer ved en bred satsing på flere nivåer: individ-, nettverks- og lokal-samfunnsrettet virksomhet.

I viktige deler av evalueringen har vi etablert et spennende samarbeid med Møre og Romsdal distrikthøgskole.

(Foreløpig) sluttcommentar

Dette er jo et ganske omfattende prosjekt. Men det tar utgangspunkt i det mangfoldet som helsestasjonens oppgaver utgjør. Vi har valgt å legge vekt på denne bredden, vel vitende om at det går på bekostning av muligheten til å gå i dybden på enkelstående felt. Tiden vil vise om dette er en riktig strategi. Vi kommer forhåpentligvis tilbake til saken, også i Utpostens spalter.

Prosjektleder

Frode Heian
Storvikveien 8,
6400 Molde

Foto: O. Schumann Olsen / Universitetsbiblioteket i Bergen



„
SLIK
GJER VI
DET HJÅ
OSS
“



Lye-prosjektet i Time kommune



Asgeir Haugedal er kommu-nelege på Bryne, der han har vore fra 1986. Tidlegare har han vore innom medisinsk avdeling på sentralsjukehuset i Rogaland. Han har familie med tre barn og har for tida omsorgspermisjon med den yngste i familien.

Av Asgeir Haugedal

Starten

I 1989 sette Staten av midlar for å stimulera tiltak til føre-byggande helseteneste i kommunane, seinare kalla *Samla Plan*. I samband med det "snekra vi saman" eit prosjekt i Time kommune på Jæren. Hovudmålet vårt vart å gjera det lite og avgrensa, då det kom attåt alt anna arbeid vi dreiv frå før. Det fall naturleg å velja ut ulukkes-førebyggande tiltak.

Organisering

Vi valde først ut ei styringsgruppe, og fann det naturleg å ha med representantar både frå kommunen og foreldre. Handplukka foreldre x 3 vart ein politikar, formann i lokalt vel-lag, samt initiativtakar til tidlegare "sykkelhjelmaksjon" på skulen. Frå kommunen valde vi ut ein frå teknisk etat, helse-søster og underteikna. Dette skulle visa seg seinare å fungera godt, og gruppa på 6 vart passe stor for oppgåva. Inspirande var det og at alle straks sa ja til å bli med, trass andre oppgåver og travel kvardag. Dette siste gjorde at vi laut ha "korte og effektive" møter fri for utanomsnakk, inn-klemde mellom arbeid på dagtid og andre gjeremål på kveldstid.

Gjennomføring

Første fase vart å skissera eit opplegg som vi kunne sjøkja midlar på. Grovt sett tenkte vi å få foreldre til å finna fram til farlege stader utan-dørs i eit avgrensa bustadom-

råde på omlag 600 husstan-dar. Etter gjennomgang av dette var tanken å oversenda resultat til teknisk etat i kom-munen for vidare tiltak. Vi søkte om 40.000, og fekk innvilga 10.000.

Neste fase vart å disponera desse midla. Vi formulerte spørjeskjema, og fekk idretts-laget lokalt til å gå på dørene hjå alle med dette skjema like før ei helg. Så vart skjema-sanka innatt like etter helga, og idrettslaget vart premiert etter kor stor %-vis del dei fekk innatt. Laget fekk garanti på 5000 kroner, deretter 100 kroner for kvar % > 50 %. 70 % innsamla gav t.d. 7000 kroner. Slutt-resultatet vart i overkant av 60 %.

Tredje fase vart å gå gjennom resultatet. Svara vart delde i seks omlag like store bunkar, slik at kvar og ein såg på sin del manuelt og prøvde systematisera data. Deretter kom vi saman og sette opp ei prioriteret tiltaksliste på vel 20 punkt, som vart oversendt teknisk etat som planlagt.

Resultat

Fase to og tre tok eit par veker. Eit par månader seinare mottok vi svar frå teknisk etat, som hadde kommentarar til alle punkt. Dels var det der definert kvar ansvaret låg, dels var det innstilt på tiltak som føreslått med henvisning til budsjett-dekning. Ikke minst var det kommentert en-kelte tiltak som nok var meir rasjonelle enn det vi hadde føreslått. Vi oppfatta dette som eit positivt svar på vårt skriv. Praktisk gjennomføring

av tiltak vart utført i løpet av ytterlegare eit par månader.

Konklusjon.

Alt i alt har vi ikkje lagt ned mykke tid i prosjektet så langt. Det viste seg vera lurt å ha med ein politikar som var kjend med saksgang i kommunen, og i tillegg hadde eit kjent namn. Likeins var det bra å ha med ein frå teknisk etat, som visste å få oss ned på jorda att, når plan-ane vart noko "høgtflyg-ande". Vel-lagsformann hadde sine nyttige kontaktar, og primus i tidlegare hjelm-prosjekt var ein aktiv med-spelar. Helse-søster hadde god kontakt med grasrota gjennom dagleg kontakt med foreldre. Lokal presse stilte også opp på oppmoding. I tillegg hadde vi ein aksjon der vi samarbeidde med lens-menn og ambulanse. Humør og trivsel, samt synlege re-sultat i løpet av kort tid har ført til at alle i gruppa har opplevd arbeidet som lite krevjande. Vi har difor vur-dert å nytta liknande modell også i andre skulekrinsar i kommunen.

Kommunelege
Asgeir Haugedal
Time Rådhus,
Legekontora,
4340 Bryne.

□

“
SLIK
GJØR VI
DET HOS
 OSS
”




Olav Lunde har vært skolepsykolog knyttet til Sør Jæren PPT fra 1972. Fra 1978 har han vært knyttet til Klepp kommune. Han er magister i pedagogikk fra Oslo 1972. Han var forskningsassistent NAVF. Han har skrevet boka "Matematikkvansker 1-3 klasse" og arbeider med et manus: "Data i spesialundervisning." Han er med i lokalt MBD.team. Han har også vært med i MBD-teamet for Rogaland fylke, som har kommet med forslag til oppbygging av kompetanse på området.

Er det sant at morbare diller?

Et forsøk på tverrfaglig MBD-diagnostisering i førstelinjetjenesten i Klepp kommune

Av Olav Lunde

"Tror du det kan være MBD?"

Bekymrede foreldre stilte spørsmålet til skolelegen, til helsesøster, til PPT, til fysioterapeut, til lærere. Og lærerne tok runden med PPT, skolelegen.... Og vi sa "tja, kanskje", lurte på hva dette MBD (Meget Besynderlig Diagnose) var for noe, henviste til 2. -linjetjenesten - og fikk beskjed om 2 års venteliste.

"Jeg har lest at MBD-barn er..., og det passer jo helt. Hva skal vi gjøre?"

Det visste vi ikke.

Vi var: barnelege Randi Schreiner, fysioterapeut Antje Aarthun, helsesøster Martha Orstad og skolepsykolog Olav Lunde. Det var jo tydelig at barnet hadde problemer, - og skolen/barnehagen og foreldrene også. Noe var galt, men hva? Vi kunne vel ikke gi råd ut fra ukeblader og "Det Beste"? Og MBD hadde vi jo så vidt hørt om i studietiden.

Vi satte oss ned, drakk kaffe og tenkte.....

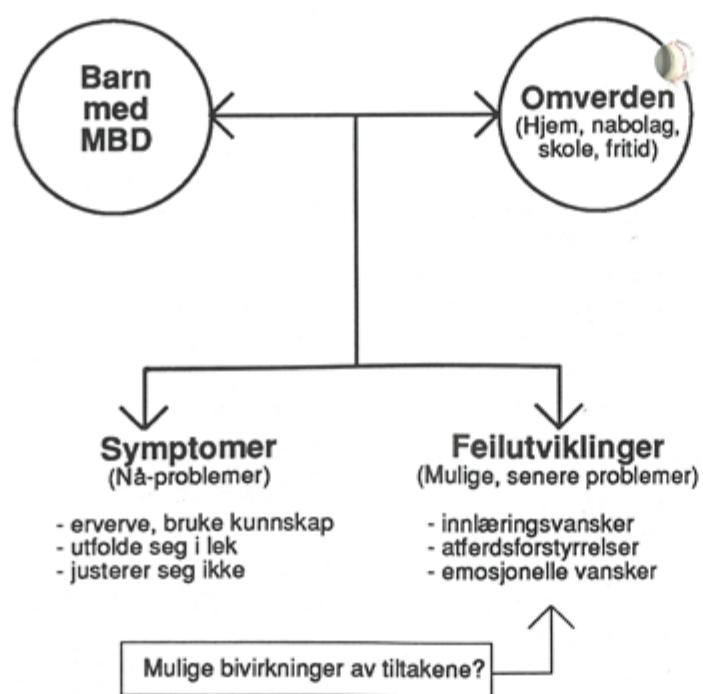
Oppbygging av kompetanse: "Tenke likt".

Vi måtte vite mer om MBD.

Resultatet ble at vi 4 avsatte 2 timer en dag i uken til å lese bøker og artikler om MBD (og alle de andre bokstavene), diskutere og systematisere kunnskapen, delta på kurs o.l. Dette fikk vi godkjent av våre arbeidsgivere. Resultatet ble at vi i tillegg til detaljkunnskap om MBD også utviklet en "lik måte" å tenke på og en enighet om hva vi ville gjøre. "Filosofien vår" ble slik:

Vi tar utgangspunkt i samspillet mellom barnet og omverdenen. Det første vi må forholde oss til er selve symptomene her og nå og forsøke å redusere disse. Dessuten må vi forsøke å forebygge senere vansker, unngå at tiltakene vi setter i gang skaper senere vansker.

Det vi ønsket oss var et fast team for MBD utredning/behandling i Klepp. Og det fikk vi aksept for. Vi startet opp i januar -90.



Premisser for arbeidet:

Barnets vanskjer.

På bakgrunn av det vi hadde lest, satte vi opp en del premisser - jeg hadde nær sagt postulater:

- førstelinjetjenesten har (kan i alle fall få) kompetanse til å utred/behandle MBD-barn. (Dessuten er vi nødt til det: barna *er* der, noe må gjøres).
- lege, skolepsykolog og fysioterapeut skulle avsette fast 2 t/u til dette arbeidet, og det kontortekniske ble av praktiske grunner lagt til PPT.
- vekten bør legges på amnese, observasjon og "generell" utredning.
- vår styrke er at vi kan samarbeide, vurdere informasjon samlet, har tillit i nærmiljøet og kan samordne tiltak og behandling. "Vi sier det samme".
- etablere fast ordning med bistand hvis nødvendig fra 2. linjetjenesten. (Barneavdelingen ved Sentralsykehuset i Rogaland).
- CT og EEG synes å ha liten interesse. Det sammenevropediatrisk utredning, nevropsykologisk utredning, hudledningstest, glucopeptider, antistoffer m.v.
- medikamentell behandling (Ritalin) neppe hovedbehandling/tiltak.

Vi begynte å få tro på at vi var i stand til å si noe om det var sant at "Mor Bare Diller". Og det første vi da måtte se på var barnets vanskjer i familien, i skolen, i barnehagen, i lokalmiljøet.

Saksgang og "prosedyrer": Vi gjør det - sammen.

Vi spredde litt informasjon om det vi hadde holdt på med til de som hadde stilt oss de vanskelige spørsmålene: foreldre, skoler, barnehage,

andre leger... Vi sa at alle disse kunne henvise barna til oss hvis de hadde mistanke om MBD. PPT-kontoret fungerte som base for den praktiske administrasjonen.

Når vi fikk en henvisning laget vi en plan for utredningen (datoer) og sendte denne til foreldrene sammen med litt informasjon. Denne planen bestod av faste element: a) et felles, første møte med *begge* foreldrene (viktig at begge er med), barnet og oss 3 fagpersoner. Første kvarteret var "bli kjent" og "hva er dette?"

Deretter foretok som regel skolepsykologen en undersøkelse av barnet (evner m.v.) mens de to andre fagpersonene tok opp anamnesen med foreldrene.

Vi hadde laget et eget skjema for dette.

Delundersøkelser ble så foretatt hos lege, fysioterapeut, skolepsykolog og ev. logoped etter avtaler de neste 2-3 ukene. Foreldrene fikk et "DSM-III-skjema" å fylle ut om MBD-symptomer. Samme skjema ble også sendt til skolene/barnehagene. Vi tre fagpersoner kom så sammen, så på informasjonen samlet, konkluderte og la opp hovedtrekkene i en tiltaksplan for barnet/familien/skolen.

Det hele ble avsluttet med et nytt felles møte hvor begge foreldrene, de tre fagpersonene, samt barnets lærer (men ikke barnet) var med. Resultatene av undersøkelsene ble lagt fram og i fellesskap satte en opp en plan for tiltak/ behandling. Dette møtet tok ofte 1 1/2 - 2 timer.

Resultatene av undersøkelse etc. ble ført i våre ordinære journaler. Oppfølgingen ble ofte en sak mellom PPT og skolen fordi samarbeidsrutinene der var klart etablerte.

Til sammen har vi arbeidet med 12-15 barn til nå.

Våre erfaringer:

MBD - og hva så?

Vi fant få "rene" MBD-barn. Etter hvert har vi snakket mer om DAMP (Disorders in Attention, Motorics and Perception). Damp er noe tåket, uklart og hett.

Selv om MBD-diagnosen er blitt litt lite interessant for oss, er den det *ikke* for foreldrene. Barnet og familién har det vansklig. En ryddig utredning og en korrekt diagnose fjerner ofte mye vond samvittighet.

Det er symptomene som dominerer i bildet. Og vår "filosofi" viste seg å være rett:

1. Gjør noe med symptomene *nd*.
2. Forebygg at de senere vanskene oppstår.

Vi måtte bruke tid, mye tid. Både på barna og foreldrene. Barna kontrollerte seg ofte godt i begynnelsen av undersøkelsene, men etter en stund kom symptomene. Og foreldrene hadde mye de ville ta opp både i anamnesen og i den avsluttende fellessamtalen. Mange følte at nå fikk de satt ord på ting, ble tatt på alvor og fikk et helhetlig bilde å forholde seg til videre.

Vi fant få "rene" MBD-barn. Men vi fant mange vanskjer, ofte i tillegg til MBD. Det gjorde at vi forandret navnet vårt fra "MBD-teamet" til "Tverrfaglig team for barn med spesielle behov". Etter hvert har vi også tatt opp andre, sammensatte vanskjer og på den måten brukt det tverrfaglige samarbeidet.

Når det gjelder behandling og tiltak, er det de daglige, praktiske situasjoner som går igjen utenom behandling hos fysioterapeut/medikamentell behandling (få barn):

- Skolesituasjonen, hvordan gis spesialundervisningen.

- Oppfølging av medisinske "småproblem" som kan forverre totalsituasjonen.

- Motorisk fungering på skolen og ikke minst i fri-tiden (fotball, hoppe strikk osv.) Vi har satt i gang "ekstratimer" i slik trening.

- Selvbildet er ofte svakt. Det å lykkes i fri-tiden i lekesituasjonene, gir godt selvbilde.

- Leksene, f. eks. hjelp via støttekontakt, slik at foreldrene/søsknen kan bli avlastet.

- Faste, direkte kontakter mellom skolen og foreldrene.

- Få barnet med i *faste* fritidsaktiviteter.

- Strukturere omgivelsene, ikke barna!

- Få familien til i større grad å fungere som en "strukturell helhet".

Vi opplever at det er disse daglige, praktiske situasjonene som reduserer symptomene. Og vi tror de også vil forebygge senere vanskjer.

Konklusjon:

Det er gøy!

Vi mener at et slikt tverrfaglig tilbud lokalt bidrar til at barn med "mistenkt MBD" får en bedre situasjon. Vi mener at vi samlet gir et fullt ut forsvarlig faglig tilbud.

Dessuten har vi "gratis" fått en modell for informasjon, samordning og igangsetting av tiltak mellom ulike faggrupper. Den er effektiv og totalt sett sparer den oss for tid: Disse barna hadde vi jo gående i en rund-dans fra kontor til kontor.

Vi lærer av hverandre og vi har det gøy mens vi jobber sammen.

"Tror du det kan være MBD?....

**Psykolog Olav Lunde
Klepp PPT
Rådhuset, 4060 Klepp**

BREV FRA LESERNE:

**Dialog mellom
leger og alterna-
tive utøvere**
*- ikke minst for pasientenes
skyld*

Svar til John Nessa.
Det er veldig hyggelig å få en så positiv og fyldig anmeldelse (Nessa 1991) av min bok "Den andre medisinen" (Christie 1991 a), og du ber til og med om reaksjon på din anmeldelse.

Du reagerer sterkt på at jeg bruker tid og krefter på å få folk til å snakke sammen. Dialoggruppen mellom alternative utøvere (akupunktør, homeopat og kiropraktor), leger og sykepleiere synes du er tullte fordi "posisjonane gjensidig utelukker hverandre". Uenigheten dreier seg vel da om at du ikke synes det er noe å snakke om i en dialoggruppe fordi alternativ medisin, særlig da homeopati, ikke har noe for seg. Du stiller deg helt avvisende til at pasienter kan ha noe utbytte av denne behandlingen. Men det finnes jo mange andre, leger også, som har en helt annen oppfatning enn du har. Andre stiller seg kanskje tvilende, men i alle fall åpne. Og for dem og for meg har en dialoggruppe en mening. Det å snakke sammen er jo en måte å forstå og få innsikt i hva andre mener og gjør.

Men vi gjør mer enn å snakke sammen i Dialoggruppen. Det viktigste er kanskje at begge typer utøvere får se i praksis hva de andre kan gjøre for pasientene. F. eks. en pasient med nakkeslengskader (whiplash), som legene ikke har kunnet hjelpe tilstrekkelig, blir etter drøfting i gruppen, rådet til å oppsøke en av de alternative utøverne. Da kan jo legene selv se og oppleve hva slags hjelp pasienten får.

Dialoggruppen blir på denne måten en mulighet til å skaffe erfaringer om virkninger av alternative metoder. Men dette krever selvfølgelig at man har respekt for andre profe-

sjoner selv om man ikke forstår hvorfor og hvordan det de gjør fungerer. Om jeg forstår deg rett mener du at leger i alle fall kan ha noe å lære av de alternative utøvernes form og holdninger overfor pasientene. Det er mulighet for læring - selvutvikling - gjennom dialog.

Men kanskje er hovedsaken at pasientene er glade for en dialoggruppe. Før Dialoggruppen kom i gang var det 11 prosent av pasientene som på direkte spørsmål fortalte om at de benyttet alternative utøvere. Men når lege ne tonet flagg og fortalte at de muligens skulle være med i en dialoggruppe, var det halvparten av pasientene som fortalte at de oppsøkte alternative utøvere. Det er klart det for pasientene er en lettelse å kunne spille med åpne kort. De får dessuten den beste hjelpe de to profesjonene til sammen kan gi. Ideen med dialoggruppen har forøvrig vakt internasjonal interesse (Christie 1991 b).

Jeg er glad for at du skriver: "Dette er ei framifrå bok. Det er ei bok eg anbefaler på det varmaste til alle mine kollegar". Hva mer kan en forfatter ønske seg? Jo, at jeg blant leger hadde klart å så en liten spire av respekt for den mulighet at andre yrkesutøvere også kunne ha noe å tilby pasienter. Det er hva jeg selv opplever gjennom samtaler med pasienter som har benyttet alternative medisinutøvere. Og faktisk også gjennom Dialoggruppen. Jeg mener begge typer utøvere har mye å lære av hverandre i en slik gruppe, og skulle ønske at flere ville forsøke.

Litteratur:

1. Nessa John: Kvar seker nokre pasientar alternativ medisin? Utposten 1991, 20, 7, 370-372.
2. Christie, Vigdis Moe: Den andre medisinen. Alternative utøvere og deres pasienter. Oslo, Universitetsforlaget, 1991, 238 s.
3. Christie, Vigdis Moe: A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (western) medicine in Norway. Social Science & Medicine, 1991, 32, 5, 549-52.

Vigdis Moe Christie
Norsk Institutt for by- og
regionforskning.
Oslo.

Tagamet

- originalen som gjør alle glade

TAGAMET (R) cimetidin

Histaminerg H2-reseptorantagonist.

BRUSETABLETTER 400 mg: Hver brusetablett inneholder Cimetidin hydrochlorid respond. cimetidin 400 mg, natriumhydrogencarb., aspartam, 70 mg, aroma, const. q.s. **BRUSETABLETTER 800 mg:** Hver brusetablett inneholder Cimetidin hydrochlorid respond. cimetidin 800 mg natriumhydrogencarb., acid, citrus, saccharinat, natriumcyclamas, aspartam, aroma, const. q.s. Med delestrek. **INFUSJONSVÆSKE 4 mg/ml:** 1 ml inneholder Cimetidin 4 mg, natriumchlorid 9 mg, acid hydrochloric, natriumhydroxid q.s., aqua ad inject. ad 1 ml pH ca. 6. **INJEKJONSVÆSKE 100 mg/ml:** 1 ml inneholder cimetidin 100 mg, acid hydrochloric q.s., aqua ad inject. ad 1 ml pH ca. 5.

TABLETTEN 200 mg, 400 mg og 800 mg: Hver tablet inneholder Cimetidin 200 mg resp. 400 mg og 800 mg, const. q.s. Fargestoff: Indigo (E132), jernoksyd. (E 172).

EGENSKAPER: Klassifisering/Virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsinsproduksjonen. Hemmer kompetitivt histamins virking på histamin H2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydningen av histamin H2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne. Tagamet brusetablettene. Forurenet med H2-reseptorblokkere, egenskapen har brusetablettene en umiddelbar buffrende effekt på pH i ventrikelen. Den buffrende effekten tilsvarer ca. 15 mmol HCl/tabl. og tilskrives det natriumcitrat som dannes etter opplesning av brusetablettene i et halvt glass vann.

Absorbjon: God etter oral administrasjon. Proteinbinding: Ca 20%. Halveringstid: Ca. 2 timer. Halveringstiden er korrelert til kreatinin clearance slik at den forlenget hos pasienter med nedsett nyrefunksjon. Metabolisme/Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Omrent 75% gjennfinner vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetaboliten er sulfoxidet, dette utskilles også via urinen.

INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikelsår, Zollinger-Ellisons syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stadiig residuerverende eller kroniske duodenalsår. Gastrosophageal refluxsykdom (GER). Profylaks mot bleddinger på grunn av stressulcus hos kritisk syke pasienter. Profylaks mot aspirasjon.

BIVIRKNINGER: Diare, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lett og reversibel. Reversibel gynemasti ses hos mindre enn 1% av pasientene. Tilfeller av reversibele forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisians. Initial forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatiti, parkinson og interstitiell nefritis; samtidig er reversibel. Reversible blodbildendeforandringer: Leukopeni, agranulocytose og trombocytopeni sjeldent.

FORSIKTHETSREGLER: Ulcusdiagnosken skal første gang verifiseres ved rontgen eller endoskop. Forsikthet bør vises hos pasienter med tidlige lever- og nyreskader. Da histamin H2-reseptorantagonister kan gi symptomatiske bedring hos pasienter med ventrikulær cancer, er det viktig at malign lidelse utelukkes.

Det er ikke vist at profilaktisk behandling nedsetter residuverkvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger foreløpig begrenset viden om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved refluxsykdom.

GRAVIDITET/AMMING: Passer placentabarrieren og går over i morsmelken. Bør ikke brukes ved gravitet og amming.

INTERAKSJONER: Interagerer med enkelte legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (I64e).

DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved duodenal eller ventrikelsår er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør være minst 4 uker ved duodenalsår og 4-8 uker ved ventrikelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved langtidsbehandling av duodenalsår ges 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alternativt 800 mg om kvelden. Ved gastroesofageal refluxsykdom individualiseres doseringen 800 mg - 1.6 g fordelt over på 1-4 doser pr. dgn i 4-12 uker.

Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. dgn fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsett nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientens kreatinin clearance. Dersom man ikke har verdien for kreatinin clearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

Kreatinin clearance (ml/min.)	Serum kreatinin umg/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 ampuille (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml steril vann eller natriumkloridoplosning 9 mg/ml. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimalt 12 timer). Løsningen ges som langsommeste injeksjon (3-5 minutter) med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/dgn. Til pasienter med hjertesykdom: anbefales infusjon eller intramuskulær injeksjon.

Intramuskulær injeksjon: En ampuille (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske ges med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/dgn.

Intravenøs infusjon: Tagamet kan ges både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Tagamet 4 mg/ml ferdigblended infusionsvæske (100 ml = 400 mg) ges over minst 30 minutter. En lempelig dråpehastighet er 1 dråpe pr. sekund. Gjentas etter 4-6 timer til peroral behandling kan gjennomføres. Maksimalt 2 g/dgn. Barn: Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av cimetidin hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.

OVERDOsing/FORGIFTNING: Meg et lar toksisitet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsok viser så høy LD50 at man antar det vil være vanskelig å fremkalte akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsok med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opp til 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. Infusionsvæske: Vialflex plastbeholder: 20 x 100 ml kr. 754,30. Infusionsvæske: Amp: 10 x 2 ml. kr. 63,30. Tablett: 200 mg: Empac: 30 stk. kr. 79,10, 60 stk. kr. 149,30, 100 stk. kr. 238,40. 400 mg: Empac: 30 stk. kr. 149,30, 60 stk. kr. 289,70, 100 stk. kr. 468,00. 800 mg: Empac: 10 stk. kr. 96,80, 30 stk. kr. 274,50, 60 stk. kr. 540,10, 100 stk. kr. 790,40.



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 H₂-blokkeren med det brede sortiment; 400 mg brusetabletter 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), infusionsvæske 4 mg/ml (100 ml) samt injeksjonsvæsk 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.

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.

Kostnader for 4 ukers behandling med H₂-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

TAGAMET®
ORIGINALEN SOM GJØR ALLE GLADE

SmithKline Beecham

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

„
SLIK
GJØR VI
DET HOS
 OSS
„



Helse for alle barn i Sogndal?

Per Stensland; distriktsslege i Vesterålen 1976-81. Fra 1981 distriktsslege/kommunellege i Sogndal. Har vært å dr som Regional Medical Officer i Botswana. Han interesserer seg for u-landsmedisin og familiemedisin. Han er aktiv i det lokale fagmiljøet. Drar gjerne på litt lange og tøffe fjellturer sammen med familien.

Helsestasjonen ser fram mot år 2000

Av Per Stensland

.. so if we want to reach our goal - HEALTH FOR ALL by the year 2000, I tell you all people of Kweneng: Let's see that all our kids get their shots for immunization.

Høvding Kgosikwena Sechele i tale på jordbruksmessa i Molepolole høsten 1988.

HELSE-FOR-ALLE har tydelig nok slått an i Afrika. Men har det noen mening i Sogndal? Vi har valgt å tro det.

HFA-strategien gir lokale helseaktører gode briller for vurdering av samfunnsmedisinsk arbeid (1,2).

Når brillene tas på vil innledingen være:

- Bedre livsstil for bedre helse
- Helsetjeneste tilpasset alle.
- Et bedre miljø

I et lokalt HFA-program vil lokale epidemiologiske data gi grunnlag for formulering av mål innenfor konkrete tidsrammer.

Helse-For-Alle forutsetter ALLE-FOR-HELSE. Programmet må vise til hvilke allianser som kan inngås i nærmiljøet.

Sogndal er ei bygd med 6000 innbyggere, 1500 studenter og 100 årlige fødsler. På helsestasjonen har vi tatt HFA-brillene på. I det nye lyset har vi betraktet oppgaver og formulert mål.

Bedre livsstil for bedre barnehelse

Oppgaven i livsstilspåvirkning på helsestasjonen er å nå fram med helseopplysning til alle barnefamilier. I disse tider med ressursknapphet i forebyggende helsearbeid må dette slås fast: Alminnelige foreldre trenger en ressursbank for utveksling av kunnskap om barn. Men vanlige barns vanlige problemer må kunne tas opp samtidig som en sikrer oppfølging for de barna som trenger noe mer. I denne dobbelheten ligger utfordringen.

Skillet mellom tilbuddet for de mange og terapien for de få utypes ved at den siste har høyest status i behandlermiljøet. Arbeidsmetodene i helseopplysningsarbeidet må derfor være så meningsfulle og effektive at helsepersonell velger å trives.

Men hva har skjedd av metodeutvikling på helsestasjonen siste 10 år?

Å påvirke livsstil - Vekstgrupper

Påvirkning av aferd skjer lettest etter påvirkning fra likemenn. Overføring av selvopplevd erfaring finner bedre grobunn enn selv perfekte leksjoner. På tvers av sosiale skillelinjer synes spesialsosialforeldre å ha et eget interessefellesskap. Med dette som utgangspunkt fins mye erfaring med samtalegrupper for spesielle emner på helsestasjonen (3,4).

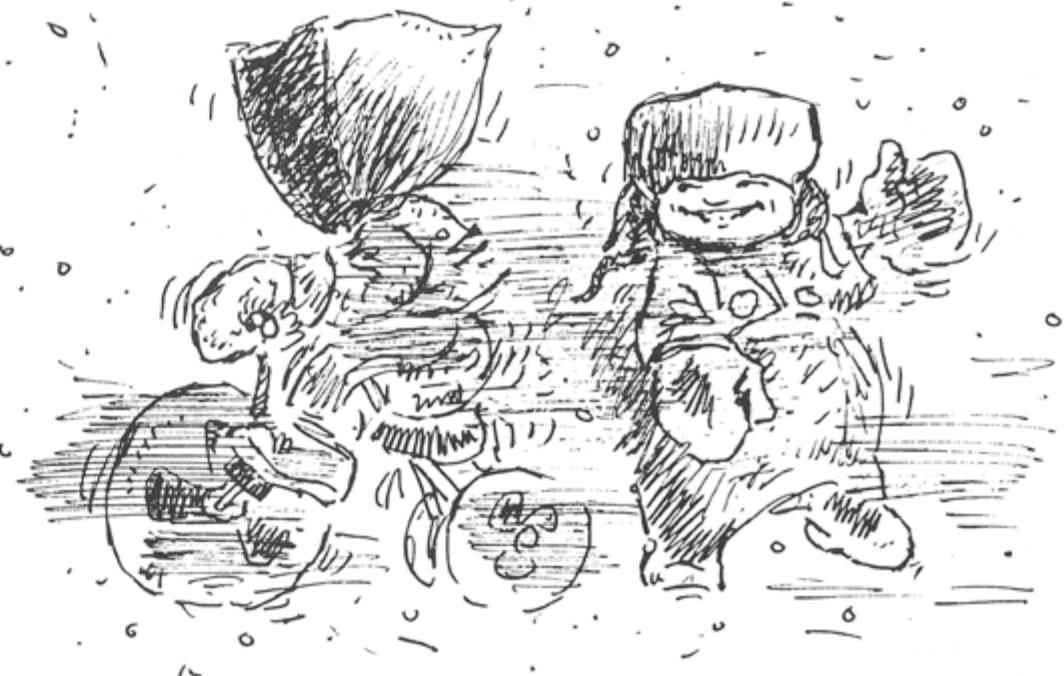
Fra 1984 har vi latt det meste av helsestasjonsarbeidet foregå i VEKST-GRUPPER.

Ved å la alle delta, benytter vi den mest effektive overføringen av kunnskap og holdninger. Helsepersonellet deltar i en, ikke fem helseopplysnings-samtaler. Erfarne foreldre blir rollemodeller og risikogrupper når uten stigmatisering (5).

Etter utprøving følger vi nå et fast mønster for plenumsmøter og alenesamtaler (tabell 1).

Tabell 1. Innhold i VEKSTGRUPPENE

Alder	Ressurspersoner	Arbeidsform
Hjemmebesøk	Helsesøster	
6 uker	Helsesøster, lege	Gruppe
3 mnd	Helsesøster	Individuelt
5 mnd	Helsesøster, fysioterapeut	Gruppe
6 mnd	Helsesøster, lege	Gruppe
7-8mnd	Helsesøster, tannpleier	Gruppe
10 mnd	Helsesøster	Individuelt
12 mnd	Helsesøster, lege	Gruppe
15 mnd	Helsesøster	Gruppe
16 mnd	Helsesøster, psykolog	Individuelt
2 1/2 år	Helsesøster, lege	Gruppe
4 år	Helsesøster, lege	Gruppe



Vis det konkrete mål for livsstilspåvirkning?

Kvantifisbare mål er tidsriktige, men de belyser bare deler av sannheten. Resultattelling skal være en hjelp til å skaffe fram dette lyset. I tillegg trengs helsepersonellets subjektive vurdering av hvordan helsestasjonen lever opp til brukernes behov. Brukerundersøkelser kan bidra til å holde debatten om brukervennlighet varm blant fagfolkene (5).

Våre kvantifisbare kvalitetsmål er idag:

Helsedirektoratets årsrapport for helsestasjonen:

- Oppslutning om helsestasjonens svangerskapskontroll.
- Andelen av førstegangsfødende som får hjemmebesök.
- Oppslutning om helsestasjonen.
- Vaksinedekning.

Disse parametre har hatt nær 100% oppfyllelse i flere år og mister dermed betydning for videreutvikling. Det er likevel et mål å bevare den kultur som gjør resultatene mulig.

I tillegg har vi valgt disse lokale målene:

● Oppslutning om svangerskapskursene blant førstegangsfødende.

● Ammeprosent

Dette er et mål både på de lokale kvinnenes mobilisering for amming, på lokal kultur, og på helsestasjonens arbeid. Vi har sett at andelen mødre som ammer mer enn 6 måneder har økt fra 40 til 63% de siste 10 år. En aktuell målsetting er 70% i 1994.

● Andel foreldre som røyker hjemme.

I Sogndal er det ca 60 allergiske (10%) og 30 astmatiske (5%) førskolebarn (7). Problemet øker, og dette angår helsestasjonen. Vår målsetting er å øke bevissthet over tid og dermed øke frekvensen av røykfrie spedbarnshjem (0-1 år) fra nåværende 70% til 80% fram til 1994.

● Omsorgssviktakene - SER vi barna?

En norsk kommune med 6000 mennesker kan forvente ca 20 barn som lever i en situasjon som er til alvorlig fare for deres utvikling og like mange barn gir grunn til bekymring (8,9).

Sogndal har ingen "mappebarn", men: Får vi øye på de barna som trenger ekstra omsorg? Vi er ikke sikre. Vi vil fra 1992 skaffe oss fast veileding for dette formålet. Ved sluttet av året skal vi

kunne dokumentere andelen der det er gjort en tilstrekkelig intervasjon.

Resultater må gjøres kjent

Slike målsettinger og deres resultat må gjøres kjent i lokalavis og oppslag på helsestasjonen.

Fedrene

Farsrollen fortjener å oppvurderes, men helsestasjonen er ikke tilpasset menn. Nyfødttida er en resonansbunn for resten av familielivet. Hva gjør vi med dette?

Helsetjeneste tilpasset alle barn

Hjem er ALLE?

Helseovervåking av hele barnepopulasjonen er et gode mange land misunner oss. De kommende årene vil dette godet bli angrepet i nærsynt spareiver. Være rede til å slå tilbake!

Men ALLE BARN er ikke minst de som faller igjennom dersom alle får likt. Helseindikatorer tyder på sprikende utvikling av helsestandard mellom grupper i befolkningen. Utfordringen er å gi positiv forskjellsbehandling til de som lokalt er dårligst stilt. Hos oss er det barn fra familier med psykososiale problemer og funksjonshemmede barn.

For å kunne gi prioritert i forhold til behov, må helsestasjonen ha oppdatert oversikt - et diagnoseregister.

Færre faglige feil

Nye metodebøker gir retningslinjer for en medisinsk forsvarlig arbeidsmåte som kan hjelpe til å gjøre færre diagnostiske feil og unngå svikt i oppfølging (6). Til tider vil en helsestasjonen likevel risikere å komme i førelses miskreditt (10,11). Konfliktstoff blir ikke mindre



ved at helsepersonellet i slike saker ofte har problemer med egen skyldsfølelse. Felles tverrfaglig diskusjon med foreldre tilstede har blitt vår metode for bygging av ny plattform for samarbeid med hjemmet.

Barn med spesielle behov

Funksjonshemmende barn

I Sogndal kan 45 førskolebarn forventes å ha langvarig eller kronisk somatisk sykdom (7). 10 kan til enhver tid forventes å ha alvorlige funksjonshemminger med behov for stadig medisinsk oppfølging. 60 barn må forventes å ha en form for psykisk lidelse (12).

Disse familiene skal ha *en* kontakt på helsestasjonen, *en* på sosial- og *en* på PPT-kontoret. Familiene skal kunne føle seg ivaretatt.

Oppfølging og evaluering av tiltakene for de barna som har størst hjelpebehov, gjøres ved at tverrfaglig team årlig møter foreldrene i drøfting av hvordan tiltak fungerer og hvilke behov det er for justeringer. Med foreldrene tilstede er det vår erfaring at møtene preges av klarere kommunikasjon og rasjonell tidsbruk.

Studier tyder på at funksjonshemmede barn i Norden har gode muligheter for å få materielle og medisinske behov dekket. Sosialt nettverk og psykologiske behov er dårligere stillet. Foreldrene har tendens til å vurdere barnas selvfølelse som lavere enn barna gjør selv, og det bør få konsekvenser for hvordan hjelpetiltak skal legges opp (13).

Barn truet av omsorgssvikt
I Sogndal lever ca 40 førskolebarn i risiko for omsorgssvikt. Alt i nysfødtperioden kan vi bruke observasjoner av mor/barn-tilknytning og ikke minst ha øre for mors vurdering av barnet. ("Åssen er'n 'a'") Spebarnets medfødte evne til dialog er nå

grundig dokumentert (14). Praktisk demonstrasjon av dialogen kan brukes og gjentas overfor risikoforeldre. Når vi likevel blir bekymret må dette presenteres for foreldre der og da. En *bekymringsallianse* skjerper oss, å vente til "beviset" er på bordet passiviserer (15).

Rutiner fra tverrfaglig samarbeid rundt funksjonshemmende barn kan tjene som basis også her, men de må modifisieres for å gi rom for tvilsakene. I tillegg må vi trenere oss i å tale konfliktene som oppstår mellom ulike behandlingssyn når familienes fortvilelse slår rot i behandlingsteamet.

Barn i skilsmisse

Ca 100 barn (0-16 år) i Sogndal opplever samlivsbrudd fra ekteskap (16).

Tiden rundt oppbruddet er vanskelig for barn og hjelpe tiltakene for denne gruppen

er innrettet på voksenverden. Med økende erfaring finnes også kunnskap om hva som beskytter barn gjennom denne prosessen: Regler for skilsmissevevett (15). Helsestasjonen kan bidra til å gjøre denne kunnskapen til felles-eie.

Grupperettet tiltak for barn med spesielle behov

Diagnoseregisteret gir oversikt over størrelsen av grupper med spesielle behov.

Vi har ut fra dette hatt møter for foreldre (astmabarn, eksembar) der helsestasjon og barnelege deltar. En slik samling (20-40 foreldre, 2 spesialister) viser seg å gi anledning til å komme opp med de vriene spørsmålene og gi forum for overføring av praktiske erfaringer.

Denne modellen kan brukes på flere pasientgrupper.

Utvikling av et lokalt fagmiljø

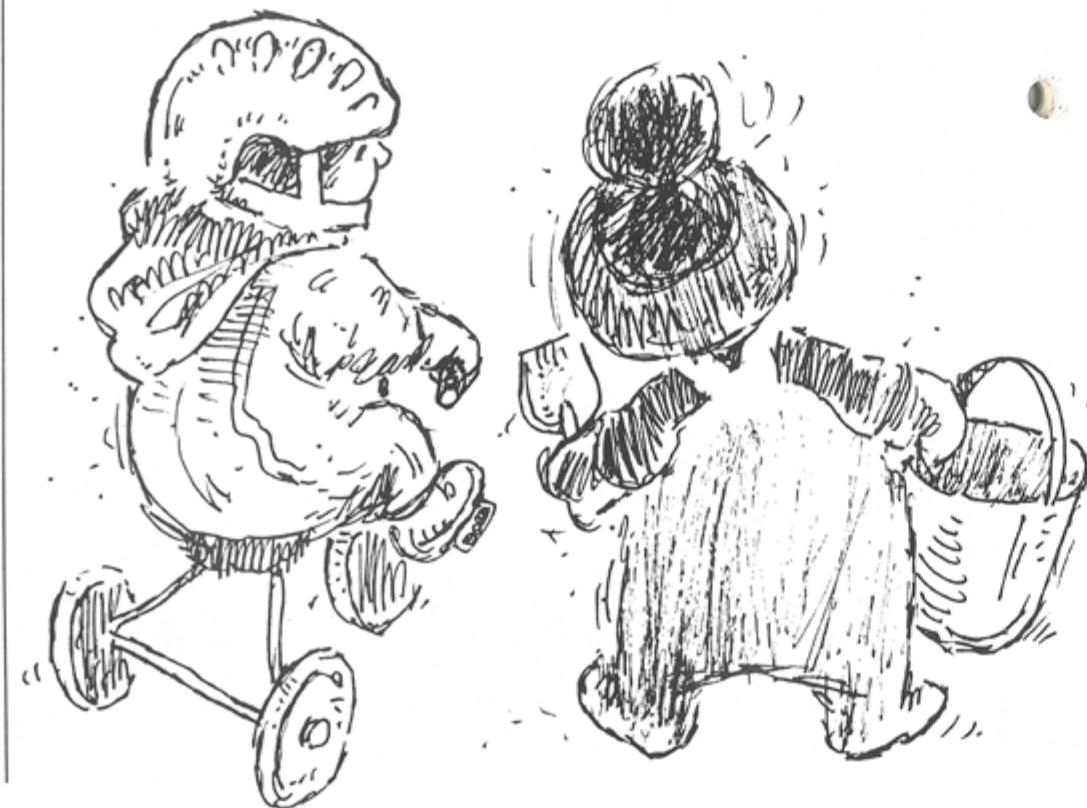
Helsestasjonen og den daglige praksis

Nye impulser til hverdagsarbeidet kan komme ved at vi et par dager årlig innbyr eksterne ressursperson til å følge oss i vår gjerning. Med rikelig tid for diskusjon blir dette lærerikt, billig og praksisnært.

Tverrfaglig arbeid

Faglig kvalitetssikring handler blant annet om antall faglige øyne og mulighet for faglig diskusjon. Forutsetningen for et stimulerende og støttende tverrfaglig arbeid er at vi faktisk utvikler faglige ideer sammen. Spenstige fellesseminarer kan være istrad til å utfordre klisjepregede myter om hvordan de der (les:lærerne) tenker.

Etatsjefene må bringes til å satse eller skaffe de kronene som trengs for å realisere dette.





Et bedre barnemiljø

Barna og lokalmiljøet

- ALLE FOR HELSE

"Det moderne helsearbeidet starter i 1990-årene: Vi arbeider sammen for helse, med menneskene og med samfunnet", skriver Hjort (17). Folkelig deltaking i barnevennlige prosjekter forutsetter samsvar mellom innsats og utbytte, krav til egenaktivitet og egen innflytelse på utföring. Folk må "eie prosjektene" ved selv å definere innsatsområder, planlegge og gjennomføre tiltakene (18). Der en har erfaringer, har skolen og skolekretsen vært utgangspunkt for utvikling av lokalsamfunnet (19).

Barna og kommunen

Kommunal prioritering former barns oppvekstvilkår. Det er nok å nevne plassering av boligområder, bygging av sykkelstier, bevaring av lærer, utbygging av barnehager, skoler og fritidshjem. Dette er tverrsektorielle saker der innflytelse forutsetter formelle og uformelle kontakter innad i kommunen.

Vi er i ferd med å utforme en tverrsektoriell OPPVEKST-GRUPPE som koordinator

overfor de kommunale sektor-styrrene. Denne gruppa er bredt sammensatt (helse/sosial-, skole-, kultur-teknisk-) og har i tillegg kontaktpunkt mot prest, lensmann, frivillige organisasjoner og barn.

All planlegging skjer innenfor gitte rammer. Vi trenger kunnskap til også å sette spørsmål ved de kommunale ressursrammene (20) - ved å sammenlikne hva ulike kommuner bruker på tiltak for barn og helse.

Helsestasjonens rolle?

Talerør for småbarnas sak
Barn har faktisk få som taler deres sak. Bare 1/3 av husstandene har hjemmeboende barn og 3/4 av befolkningen er over 18 år (16).

Dette gir helsestasjonen en utfordring som talerør for småbarns interesser. Selv i en verden preget av harde data, kan helseaktører med stor frimodighet bruke sine vurderinger som grunnlag for selvstendig aksjon.

Vår viktigste rolle må være gjennom vårt kontaktnett å være med å kartlegge situasjoner som trenger aksjon og peke på sammenhenger og

løsningsmetoder som folk kan gjøre noe med. Og sammenhenger må gjøres kjent, for de er av interesse for mange. Lokalavisen skal bringes til å skrive om endringer i ammefrekvens og om behov for tiltak for spesielle grupper. Ordføreren er vår støtte og blikkfang når vi markerer oss utad. Selv skal vi gjøre lite, men mange skal trådene være som vi trekker i.

Konklusjon

HFA strategien bringer oss til å:

- Formulere lokale mål for forebyggende arbeid
 - Forbedre tverrfaglige samarbeid rundt barn, spesielt med tanke på omsorgssvikt.
 - Arrangere fagsamlinger som rister i inngrødne myter.
 - Øke vektlegging av helsestasjonens rolle i tverrsektorielt samarbeid for barns oppvekstmiljø.
- Slik satning er ønskelig og realistisk innenfor eksisterende rammer for vår virksomhet.

Men det forutsetter at helse-søster fritas for en del oppgaver innen miljørettet helsevern og samler seg om:

Å GJØRE BARNA SYNLIGE.

Litteratur

1. Helsedirektoratet. Helse for alle i Norge? Oslo, Kommunalforlaget 1987.
2. WHO. Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Oslo, Helsedirektoratet 1987.
3. Bogen B et al. Helsestasjonen. En forpost i kampen for gode liv. Oslo, Universitetsforlaget 1982.
4. Hauge IM et al. Helsestasjonen og familien med det nyfødte barnet. Oslo, Universitetsforlaget 1982.
5. Rebnæ A et al. Tre år med gruppe-etta helsestasjon i Sogndal. Sykepleien 1987; 19: 14-43.
6. Heian F, Misvær N. Helsestasjonens boka. Oslo, Kommuneforlaget 1989.
7. Köhler L (red). Barn och barnfamiljer i Norden. NHV-rapport 1:90. Lund, Studentlitteratur 1990.
8. Sosialdepartementet: Barnemishandling og omsorgssvikt. NOU 1982: 26.
9. Otterstad HK. Barnemishandling og omsorgssvikt i Østfold. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 3: 263-6.
10. Heian F. Helsestasjonen - rydding i kjeller og på loft! Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 12: 1465.
11. Major P. En helsestasjonsundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 12: 1466-8.
12. Kolstad A, Østensen R, Amundsen L. Barne- og ungdomspsykiatri i Sogn og Fjordane I. Rapport. Bergen 1980.



13. Lindstrøm B, Køhler L. Youth, disability and quality of life. *Pediatrician* 1991;18:121-8.
14. Hansen BR. Den første dialogen. En studie av spedbarnets oppmerksomhet i samspill. Oslo, Solum forlag 1991.
15. Sommerschild H, Grøholt B. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo, Tano 1989.
16. Barneombudet: Facts about children in Norway. Oslo, Statens informasjonstjeneste 1990.
17. Hjort P. Flere gode leveår for alle - hvordan får vi det? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 17: 2055-6.
18. Boonstra E, Fugelli O, Nyhamer J. Husstandsundersøkelse i Askvoll som ledd i lokalt forebyggende arbeid. *Utposten* 1991; 6: 278-82.
19. Holck G. Floraprojektet. Stensil. Florø 1991
20. Mork T. Helse for alle - utopi eller virkelighet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 1: 11-2.

Kommunelege
Per Steinsland
5800 Sogndal

NICOTINELL "CIBA" Nikotinplaster

DEPOTPLASTER 7 mg/24 timer, 14 mg/24 timer, 21 mg/24 timer: Hvert depotplaster inneholder 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.

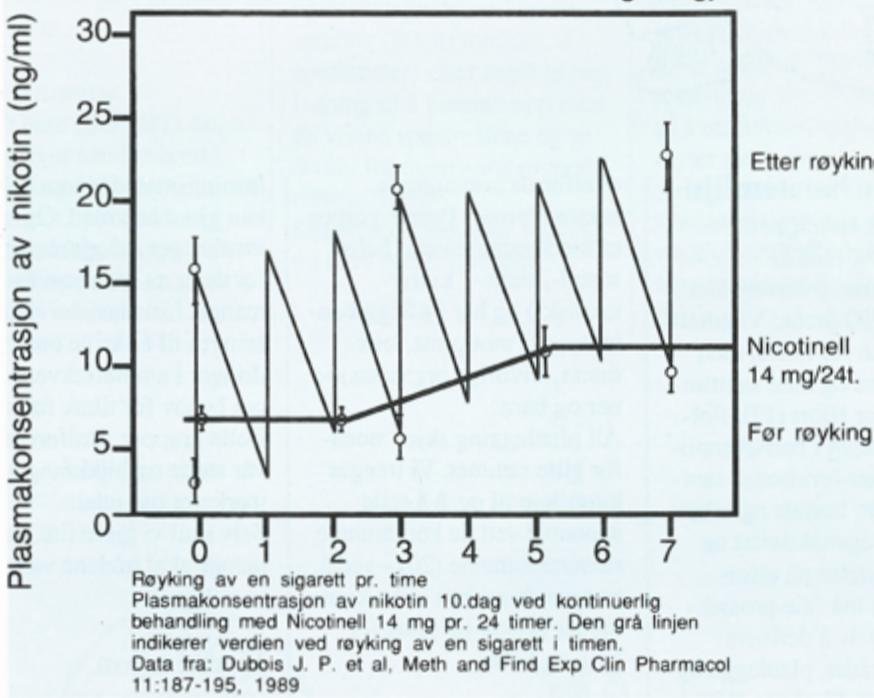
EGENSKAPER: Klassifisering: Depotplaster for transdermal tilførsel av nikotin til hjelpe ved røykeavvenning. Nikotindepotet omgås av en matrix som sikrer kontrollert og kontinuerlig frigjørelse over 24 timer. Egenskaper: Nicotinell øker muligheten for en vellykket røykeslutt og synes å redusere symptomer på nikotinabstinen. 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 doses 14 mg/24 timer i området 7-12 ng/ml. Dette tilsvarer plasmakonsentraserjoner målt ved moderat sigaretterøyking. 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 kotin 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, alvorlig hjertearytmier og nylig gjennomgått cerebrovaskulær sykdom. Hudsykdom som vanskelig gjør plaster terapi. Overomfintlighet for nikotin.

BIVIRKNINGER: I prinsippet kan Nicotinell gi de samme bivirkningene 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 avbrot ca 6% behandlingen p.g.a. hudreaksjoner. Enkelte CNS bivirkninger kan vanskelig skilles fra abstinessymptomer ved røykeslutt. Følgende bivirkninger/abstinessymptomer er rapportert hyppigere enn ved placebobehandling i kliniske forsøk, men uten at årsaksammenhengen nødvendigvis er klarlagt: CNS: Sovnforsyrrerelser, konsektrasjonshjemmel, hodepine, trøtthet, svimmelhet, livlige drømmer. GI: Kvalme, oppkast, magesmerter, dyspepsi. Hud: Klok, svic, crytene, av varierende alvorlighetsgrad, evnt. med lokalt inflamatorisk infiltrat, generelt utslett. Andre: Forkjøleselsliknende symptomer, blodtrykksforandringer, brystsmarter, dysmenore, allergi, myalgi, motorisk dysfunksjon.

Nicotinell tilfører en konstant nikotinmengde gjennom huden



FORSIKTIGHETSREGLER: Nikotin er giftig og milligram doser kan være fatale ved rask absorpsjon. For og etter bruk inneholder plastrer 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 samtaletterapi eller tilsvarende ikke har gitt resultater: Alvorlig hypertensjon, stabil angina pectoris, cerebrovaskulær insuffisjens, perifer arteriesykdom, hjertesvikt, hypertyreose, diabetes mellitus, nyre- og leverinsuffisjens samt ved magesår. Behandlingen bør avbrytes ved alvorlig eller vedvarende hudirritasjon. Middelet innebefatter risiko for tilvenning.

GRAVIDITET OG AMMING: 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 indirekt ved røykeavvenning med total røykeslutt. Et plaster skiftes en gang i dognet. Doseringen avhenger av tidligere sigaretterforbruk. Behandlingen bør være fleksibel og en dosisettring kan være nødvendig. Ved et sigaretterforbruk på mer enn 20 sigaretter daglig forsøkes doses 21 mg/24 timer. Etter 3-4 uker behandling, og forutsatt at pasientens respons er tilfredstillende, forsøkes doses 14 mg/24 timer i 3-4 uker. Dosen 7 mg/24 timer anbefales som redusert nikotin substitusjon de siste 3-4 ukene av behandlingen. De som i utgangspunktet røker mindre enn 20 sigaretter daglig starter med doses 14 mg/24 timer som kan gis i 3-8 uker for doses 7 mg/24 timer forsøkes de siste 3-4 ukene av behandlingen. Behandlingen anbefales understøttet av andre tiltak for å lette røkeavvenningen, f.eks. samtaletterapi, 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. Et 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: Bleket, svetting, kvalme, økt spyttekresjon, oppkast, magekramper, diare, hodepine, svimmelhet, syn- og hørselsstyrrelser, skjelving, forvirring, muskelsvekkelse, kramp, 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,-	14 mg/24 timer: 21 stk., kr. 537,-
7 mg/24 timer: 21 stk., kr. 516,-	21 mg/24 timer: 7 stk., kr. 196,-
14 mg/24 timer: 7 stk., kr. 182,-	21 mg/24 timer: 21 stk., kr. 578,-

CIBA-GEIGY

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

Han er klar over alle de sigarettene han ubevisst røyker på jobben.



*Gammel vane er vond
å vende!*

Nå kan du gi ham nye vaner.

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 buden, 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.

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



Nicotinell®
nikotin



Ole Sverre Haga har vært spesiallege i pediatri på Nordfjordeid sykehus fra -77. Han er også område-pediatrer for kommunene i Nordfjord.

Vanlige pediatriske problemer

Av Ole Sverre Haga,

En spesiell ting med barn er at de har foreldre, og disse er nesten aldri hysteriske.

Ta foreldrenes bekymring på alvor, og regn med at de har rett inntil du som lege vet hva som feiler barnet. Foreldre og lege er på hver sin måte eksperter på området barn: Foreldre på sitt barn, legen er ekspert i faget pediatri.

Foreldre tåler dårlig beroligende bemerkninger av typen "dette er ikke noe å bry seg om, ta det bare med ro". De fleste foreldre blir ikke beroliget av dette. De må i hvert fall også kort få forklart *hvorfor* de kan ta det med ro. Hvis du er i tvil så lat ikke som du er sikker. Foreldre får tillit til leger som innrømmer sin tvil, og gjør noe med den.

Navlebrokk

Nesten aldri nødvendig å operere. Det gjelder også brokk som ser store ut, men som stort sett har svært små brokkporter. Inneklemming forekommer så godt som aldri. Dersom brokken fortsatt er godt synlig ved skolestart, kan operasjon være ønskelig av kosmetiske grunner. Plastring er neppe av verdi. Det har hentet at jeg likevel har føyd foreldrene.

Supraumbilicale brokk

Disse er svært sjeldne, men skal vanligvis opereres, ikke minst fordi de er smertefulle. Brokkene er ikke synlig, men henvisningsgrunn er magesmerter. De få som har slike

brokk diagnostiserer man med å palpere langs linea alba. Finner man her et lite ømt punkt eller hull i fascien så er diagnosen nesten sikker.

Lyskebrokk

De fleste anbefaler operasjon så snart diagnosen er stilt. Det kan nok av ulike praktiske grunner være greit å vente noen måneder hos spebarn der det er stasjonære forhold og ikke inneklemmings-tendenser. Differensial-diagnosen overfor hydrocele testis kan være vanskelig. Man bør gjennomlyse scrotum i helt mørkt rom. (Toalettet eneste mulighet?).

Hydrocele testis

Operasjon er vanligvis ikke påkrevet når vannbrokken er bløtt. Hvis celet er meget spent, bør det eventuelt opereres for å lindre smerter. Av og til kan hydrocele og lyskebrokk være kombinert.

Trang forhud

Operasjon sjeldent nødvendig. Hos de fleste spebarn/småbarn er det rikelig med forhudsvev selv om selve forhudsåpningen synes trang. Her utgjør forhuden en snabeldannelse. I slike tilfelle er det ingen grunn til operasjon, med mindre det stadig oppstår forhudsbetennelse. I løpet av førskolealder/tidlig skolealder lar forhuden seg trekke bakover uten bruk av kraft, men med noe tålmodighet, i de aller fleste tilfeller.

Phimose

Denne tilstanden er i de fleste tilfelle ervervet på grunn av

for kraftig retraksjonsforsøk fra lege/helsesøster/foreldre, med fissurer og arr og deretter skrumpning til følge. En sjeldent gang er tilstanden medfødt. Ved phimose ligger forhuden stramt rundt glans uten utvidelsesmuligheter, og uten snabeldannelse. Ved miksjon blåses forhuden opp som en ballong. Operasjon må da til.

Agglutinasjon

Denne fysiologiske sammenklebing mellom forhud og glans løsner av seg selv som regel i førskolealder. Hvis agglutinasjonen bare er delvis løsnet slik at det danner seg en lomme under forhuden, kan det her se ut som det ligger en tumor, mens det i virkeligheten er en gulhvitt klump dannet av smegma. Denne kan man få la ligge i fred til sammenkleblingen løsner av seg selv.

Forhudsbetennelse (Balanitt)

Rød irritert forhud, dysuri, eventuell puss fra forhudsåpningen. Mest effektive behandling er skylling med klorhexidin, eventuelt vann rett fra springen ved hjelp av en 10 ml sprøyte. Ofte nok med 2 skyllinger daglig i et par dager. Foreldrene klarer dette selv etter instruksjon. Gjennom denne skyllingen oppnår man både rengjøring, og sprengning av eventuell begynnende agglutinasjon som infeksjonen gir. Påfølgende installasjon av litt salve, for eksempel Kloramfenikol øyensalve, hindre sekundær arrforklebung. Oppstår det likevel agglutina-



sjon må denne eventuelt senere løsnes med en butt sonde (narkose). Ved hyppige balanitter kan circumcisjon komme på tale.

Et annet behandlingsopplegg som noen foretrekker er å bruke Kloramfenikol øyensalve under forhuden uten forutgående skyllinger.

Cellulitt av penis

Noen få ganger har jeg sett at en balanitt utvikler seg videre til betennelse av selve peniskafset. Dette gir ereksjon og sterk smerte, og må behandles med antibiotika generelt.

"Micropenis"

Engstelige, og kanskje litt sjenerete mødre spør av og til om ikke penis er i minste laget hos gutten deres. Det dreier seg nesten alltid om lubne guttebarn med mye prepuperalt fett. Mødrerne blir raskt beroliget og glad når de ser lemmets virkelige størrelse når man presser vekk dette fettvevet.

Ved ekte micropenis bør det henvises til spesialist.

Røde flekker i bleiene

Disse røde flekkene representerer nesten aldri blod. Det dreier seg om koncentrerte

utfellinger av uratkrystaller. Diagnosen stilles ikke med urinprøve, men ved at man drypper Hemofec reagens på flekken i bleien og får negativt utslag. Hvis det er blod blir naturligvis prøven positiv. Uratflekkene er mer rosa, blodflekkene mørkere. Dog umulig å være sikker uten kjemisk testing.

Vulvahinne

Hos spebab og småbarn kan en hinne helt stenge introitus vaginae. Hinnen spaltes lett med en butt sonde, og sekundær sammenklebning hindres ved å smøre på en salve etter at hinnen er spaltet. Ved en ekte hymenal atresi er vevet for tykt til denne behandling og det må utføres en liten operasjon. Uten at dette blir gjort oppstår hæmatokolpos ved menarche.

Utfloed hos piker

Bakterie- og soppinfeksjoner forekommer. Incest kan mistenkkes. Dog forekommer det at pikene selv har puttet noe inn i vagina. Hvis utfloeden er vedvarende må man derfor undersøke gynækologisk i narkose.

Kul i brystet

Kan forekomme både hos

førskolebarn og skolebarn, men hyppigst i puberteten. Man kan i praksis se bort fra malignitet. Kulene forsvinner oftest hos gutter, men må av og til fjernes av kosmetisk/psykisk årsak. Hos pikene følger vanlig mammautvikling.

Knesmerter

Hvis lokale årsaker (f. eks. Schlatter sykdom i puberteten) kan utelukkes, bør man alltid tenke på en hofstelidelse og være rask til å rekvisere røntgenundersøkelse av hofstene. Forbigående halting kan være eneste symptom i tidlig stadium av Calve-Legg Perthes sykdom.

Vokseverk

Dette er en forlegenhetsbeteignelse vi bruker hovedsakelig på nattlig legg-kne-lår smerter, på dagtid bør vi være mye mer oppmerksom på muligheten for organisk sykdom. Om de nattlige smertene virkelig har med vekst å gjøre er det vel ingen som vet. Her vil jeg bemerke at vokseverk er et typisk eksempl på at leger er like hissige på alltid å skulle ville forklare et fenomen, slik det vanlige publikum er det. Skulle vi kanskje oftere ven-

de oss til å si til klienter og foreldre at vi ikke vet årsakene?

Inntåing

Dette kan skyldes forfotsadduksjon som burde vært behandlet med gips i nyfødt-perioden. Det kan skyldes rotasjon på leggen som er nok så sjeldent. Men som oftest skyldes det øket anteversjonsvinkel i hofstene. Man finner da som typiske hoftefunn at det er sterkt øket innadrotasjon, men normal abduksjon. Indikasjon for rotasjonsosteotomi kan foreligge hvis barn i 4-5 års alder har problemer med stadig snubbling, kombinert med at det er sterkt øket innadrotasjon, kanskje til 180 grader, samt nærmest opphevet utadrotasjon.

Benlengdeforskjell

Benlengdeforskjell på under 10 mm krever ingen behandling, eventuelt kan en 5 mm tykk korksaile som man får på skobutikken, limes inn i skoen på korteste benet. Stående røntgenundersøkelse av bekkenet er villedende og overflødig. Anerkjent metode er å bygge opp under det korteste benet til bekkenet står vannrett. En mulig feil-



kilde er kontraktur i hofteledd som vil gi inntrykk av extremitetforkortelse på den kontrakte siden. Epifysiodese bør vurderes hvis benlengdeforskjellen øker til mer enn 2 cm.

"Chaplinfötter"

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

Plattfot hos barn

Mens sålebehandling tidligere var regelen i Norge, er det nå svært få barn som får behandling for plattfot. Ved uttalt grad av valgising eller nedsunken fotrot også i avlastet stilling bør ortoped inn i bildet. Hvis man har holdepunkter for at barnet får vondt i føttene eller blir fort slitne når de går, selv når deres aktivitet er lystbetont, kan man forsøke å gi barnet innleggssåle for å se om aktiviteten øker og utholdenheten øker. Hvis barnet ikke har fordel av sålene vil han nekte å bruke dem, noe foreldre og leger får rette seg etter. Hvis den praktiserende lege kan triksene med å ta fotavtrykk så blir ikke disse bedre om en ortoped gjør jobben. Men altså, meget sjeldent indisert.

Subluksasjon av capitulum radii (Pulled elbow)

Oppstår lett for eksempel ved at voksne som leier et lite barn plutselig rykker barnet i armen. Det skrikes voldsomt, og barnet holder armen i ro i lett pronert stilling. Sublu-

sasjonen reponeres lett i det man med den ene hånden utsører et lite trykk mot capitulum, og med den andre hånden extenderer og supinerer raskt i albueleddet. Helbredelsen skjer ellers på røntgenavdelingen der røntgenteknikeren med tvang nettopp supinerer for å få et godt røntgenbilde.

Kort tungebånd

Tidligere ble tungebåndet ukritisk klippet av jordmødre og leger. Dette er meget sjeldent nødvendig. Hvis fremre del av båndet er ekstremt kort kan det kanskje gi ernæringsproblemer hos spebab, og fremre del av båndet kan da klippes over uten smerter og med minimal blødning. Artikulasjonsvansker som kommer til syn under språkutviklingen i 2-4 års alder, kan av og til skyldes kort tungebånd. Man ser da at tunge-spissen ikke kan strekkes ut.

Tåreflod og puss i øyet hos spebab

Tårekanalene kan være trange eller tette. Massasje av tåresekken utført av foreldre kan åpne kanalene. Spontan helbredelse hos disse barna før 1 1/2 års alder, og da er de fleste bra. Antibiotikadråper ved puss i øynene er ikke påkrevet med mindre øyet også er rødt.

Kronisk løse avføringer

Her er mange årsaker mulige. Typisk er at barnet er i god allmenntilstand, vil spise normalt, men avføringen er stadig løs og rennende. Melkesukker-intoleranse kan være årsaken, likadan kumelks-allergi eller andre fødemiddelallergier. Langvarige dietter med skånekost slik man gir ved akutt gastroenteritt fører ikke til bedring. Bedre effekt av moderat, men tilstrekkelig væsketilførsel, og ellers fast kalorikonsentrert føde. Iskald

drikke er ikke gunstig hos barn med ømfindstig tarm. Sjeldnere tilstander som f. eks. cöliaci må naturligvis ha i mente, og vekt og lengdekontroll er viktig. Vurder alltid allmenntilstanden. Henvis til pediater hvis avføringen ikke blir fast i løpet av en del uker.

Har man ved sannsynlighet utelukket ovennevnte sykdommer står man tilbake med denne forbıgående tilstand i småbarnsalder, som på engelsk kalles "Toddlers diarrhea", småbarnsdiarre.

Syke barn og sengeleie

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

Syke barn, innendørs/utendørs?

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

Sluttkommentar for alle tilstander:

Behandlingsopplegg med mer enn et middel eller tiltak, må de fleste foreldre ha skriftlig for å sikre en rimelig god compliance.

Barnelege

Ole Sverre Haga,
Fylkessjukehuset på
Nordfjordeid.



NSAM har fått ny leder: Olav Thorsen

Av Gunn Aadland

Olav Thorsen fra Stavanger ble på årsmøtet i Trondheim i høst valgt til Selskapets nye leder - til stor applaus og tilslutning fra årsmøtet. Vi fikk derfor en samtale med ham på et av byens utesteder. Han kommer presis - og stiller med moteriktig tennisskjorte med emblemet for Kvernevik legesenter, et kvernhus.

Når fikk du interesse for NSAM, O.T.?

Jeg har fulgt selskapets faglige aktiviteter over lengre tid. Jeg ble med i referansegruppen om helseopplysning i 1986, men det var først høsten 87 at jeg for alvor ble aktiv i organisasjonen. Jeg var da med som vertskap for årsmøtet i Stavanger. Det var en svært stormfull helg med innstilte ferger, forsinkede fly og oversvømmelser i byen. Men innenfor var det spennende kurs og godt sosialt miljø. Etter dette har jeg vært med i Selskapet, den siste perioden som styremedlem.

Hvilken bakgrunn har du?

Jeg var student i Bergen. Jeg hadde egentlig først planer om å bli kirurg. Men jeg kom tilfeldig med på et kurs om "allmennmedisin for allmennpraktikere" på Institutt for allmennmedisin i Oslo. Jeg ble nysgjerrig på det spesielle med allmennmedisin, og så var det gjort. Jeg startet opp med 2 år som sivilarbeidende lege i Hammerfest. I 1980 reiste jeg og familien til Stavanger, som er hjembyen vår. Min første jobb var på byens første kommunale legesenter. Senere, i 1984, begynte jeg på Kvernevik

legesenter. Kvernevik var da i starten på en drabantbyutvikling i Stavanger. Her har jeg vært i 8 år. I denne perioden har jeg vært opptatt av å være brobygger til publikum. Det var begynnelsen på forskningsinteressen, og jeg gjennomførte da Del 1 av Kvernevikundersøkelsen, som er en brukerundersøkelse. Oppfølgingen, Del 2, var ferdig høsten 1991. Forskningsinteresse har gitt meg mange spennende kontakter i det allmennmedisinske fagmiljøet. Det har også gitt reisemuligheter. I Stavanger har jeg vært tillitsvalgt for de kommunale legene i denne perioden. Det har gitt en verdifull lokal tilknytning. Nå skal jeg gå over i privat allmennpraksis i 1992.

Hva interesserer deg - har du faglige hjertebarn?

Jeg er opptatt av hvordan vi skal legge forholdene til rette for de svakeste gruppene i vårt samfunn. Hvordan skal vi utvikle en helsetjeneste for de psykisk utviklingshemmede, de gamle og for de forsømte barna? Jeg synes det er en utfordring å være samfunnsmedisiner - være med på planlegging av helsetjeneste i en bydel. Jeg har ellers særlig interessert meg for helseopplysning, hvilke metoder vi skal ta i bruk. Jeg har vært med i referansegruppen for Helseopplysning, som forresten har gitt ut den første boka i det nyoppstilte allmennpraktikerbiblioteket; FORFRISKNINGSBOKA.

Da jeg første gangen traff O.T. - på WONCA's verdenskongress i London i

1986, holdt han foredrag om Kvernevikundersøkelsen i Barbican Hall. Diskusjonen om legers arbeidsforhold håndterte han galent, helt til en ung engelsk, gravid allmennpraktiker spurte: "What do you do after 3 o'clock in the afternoons then?" Og - "what do you do in the afternoons, mr Thorsen?"

Jeg driver ikke bare med medisin. Jeg har familie, to barn i tenårene; Paul Joachim og Gyda Kathrine. Jeg er gift med Gerd Ragna Bloch Thorsen som er psykiater. Det er viktig for meg med familien. Vi har et småbruk i Ryfylke som vi reiser til så ofte anledningen byr seg. Der dyrker vi jorda, fisker og bygger. Men jeg har nok problemer med å få potetene opp om høsten - Ellers liker jeg å holde meg i god fysisk form, jogger og spiller squash - og jeg spiller piano. (Noe undertegnede har merket seg på Selskapets fester - han spiller så det svinger!)

Hvilke framtidssyer har du for NSAM?

Det er svært verdifulle tradisjoner å ta vare på i NSAM. Jeg ønsker at vi skal bli flere - "ta av" slik at vi favner en større gruppe av norske allmennpraktikere. Målet må være opp mot 75%. Vi har grunn til å være stolte av spesialiteten i allmennmedisin i Norge. Dette skal vi ta vare på og være med på å videref-



utvikle. NSAM bør ha tilknytning til Universitetene og samtidig ha nær kontakt med den vanlige doktors ønsker. Forskning bør være en høyt prioritert oppgave for Selskapet.

Vi står overfor utfordringer når det gjelder å styrke kontakten mellom primærlegeforeningene NSAM, APLF og OLL. I nær framtid vil det komme en organisatorisk avklaring her, slik at de enkelte organisasjoner får en klarere plassering i terrenget. Vår rolle blir allmennmedisinsk fagutvikling.

Til slutt vil jeg trekke fram vårt internasjonale engasjement. Vi skal være stolte av norsk allmennmedisin, og markedsføre oss i de europeiske fagmiljøene. Vi skal ikke være redde for å vise igjen på internasjonale kongresser. Det skal bli spennende å knytte nærmere kontakt med de øst-europeiske fagmiljøene.

*

NSAM's nye leder har mange ideer - han nærmest koker over av nye tanker under vår samtale. Han ser for seg NSAM, stor og sterkt med et eget allmennmedisinsk hus. Han gløder for Selskapet, og når dette leses er han i full gang. Kanskje tar han med frukt fra egen avling på styremøtene. Du kommer til å treffe ham på "stand" for NSAM - også i utlandet. T-skjorten har nå Selskapets lille emblem på brystet. Kanskje drømmer han allerede om å videreføre dette? Hva med en lysende gul løvetann?

Hadde barn det bedre før da alt var verre?



Inge Bø er dosent på Høyskolesenteret i Rogaland, avdeling for kultur og samfunnsfag. Han har vært der fra 1972. Tidligere har han vært på Lærerhøyskolen i Stavanger og Notodden, samt på Sosialhøyskolen. Han er magister i pedagogikk. Disputerte i januar 92 på emnet ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale netteverk. Som det framgår av artikkelen referanseliste har han skrevet flere bøker om barn.

Av Inge Bø

Et utviklingsøkologisk perspektiv på sosialisering.

"Nur unter Menschen wird der Mensch Mensch."

Paul Natorp.

Litt nostalgi

Jeg vokste opp i et typisk lokalmiljø på Tasta, den gang en liten forstad til Stavanger: Vi - og med "vi" mener jeg "vi unger" - kjente alle og var kjent av alle. Dette inkluderte selvfølgelig alle naboen og kameratenes foreldre, men også "servicepersonell", f.eks. var vi "dus" og på fornavn med busssjåførene og butikkbetjeningen.

Vi hadde flere småbutikker, skomaker, frisør dame og sykkelreparatør, og vi måtte løpe mye ærender - ikke bare fordi butikkene lå der, men fordi ingen hadde bil. Når vi kjøpte noe, var det derfor aldri i større kvanta enn at vi kunne bære det med oss. Men dette at vi ikke hadde bil og bare fikk med oss en kilopose med mel i slengen, gjorde at krukka plutselig var tom den dagen familien fikk overraskende kaffebesøk - etter stengetid - og mor trengte mel til vaffelsteiking. Da måtte vi til naboen for å låne. I perioder sprang vi i skytteltrafikk fram og tilbake mellom butikker og naboen. Hertil kom at praktisk talt alle mødrene var hjemmearbeidende. Også de var med å skape liv mellom husene....

Vi hadde et postbud som gikk helt fram til dørene til folk, ringte på og overleverte posten personlig. På mange måter bandt han gronda sammen, ja, fungerte som et lite sosialvesen. F.eks. kunne han signalisere et lite hint til mor om at fru Larsen oppi gata ikke så helt frisk ut, hvilket gjerne førte til at mor - i stedet for å åpne posten - tok sjal og genser på

seg og forsvant oppover gata. Vi unger hadde også gode relasjoner til postbudet og hjalp ham med posten, men en gang husker jeg han tok skikkelig fatt i oss da vi holdt på å kverke en vill katt ned i gata.... Da leste han oss teksten så det svei.

Vi hadde et aktivt uteliv og organiserte så å si alt selv. Lekerepertoaret var i stor grad kjønns- og aldersblandet. Og så fungerte jungeltelegrafen! Dette uformelle, usynlige sladresystemet du finner i alle dette lokalmiljø. For eksempel var det ubegripelig ofte at de hjemme kjente til overtramp og "gapastreker" - inntil detaljer når vi trøtte og mette av lek og opplevelser tumlet inn om kvelden. Det kunne f.eks. være at vi hadde svidd av ei lyngmark på Byhaugen, eller at vi hadde skremt vettet av naboen med dirras på rutene i de mørke høstkeldene.... Da ble det reagert fra alle hold, fra naboen såvel som fra foreldrene. Straffen kunne være husarrest neste dag og/eller at vi måtte oppsøke den forulempede part og be pent om unnskyldning. Personlig hadde jeg håndhilst på omtrent samtlige naboen og lovet både det ene og andre lenge før konfirmasjonsalderen.... Det er derfor ingen grunn til å legge skjul på at vi kunne synes jungeltelegrafen var en utidighet. Kanskje var det likevel den som gjorde folk av oss...?

Mange vil ikke gjenkjennende til denne noe nostalgitiske barndomsbeskrivelsen. I vår forbindelse er den i første rekke ment som en illustrasjon på hvordan menneskene i et lokalmiljø samspiller med hverandre og med omgivelsene. I et slikt samspill inngår ikke bare barn, familie, voksne, skole og foreningsliv, men også næringsvirksomhet, skatessystem, rentenivå og beslutninger i styrer, Regjering og Storting. De blir alle deler i et komplekst system hvor en mengde ulike komponenter kan fremme eller hemme sunnhet, trivsel, vekst og velvære.



Foto: Universitetsbiblioteket i Bergen

Vi lever med andre ord alle i sosiale, kulturelle og økonomiske sosiotoper hvor ofte små og tilsynelatende bagatellmessige inngrep på sikt - og ved opphoping - kan få til dels dramatiske konsekvenser. Snart dreier det seg om forbedringer, snart om forverringer som får direkte eller indirekte virkninger for både barn og voksnes livssituasjon. Basis for en slik forståelse er nettverkstheori og sosialøkologi, to perspektiver som forenes i det som i dag kalles "utviklingsøkologi", dvs. en helhetsforståelse eller et systemperspektiv, hvor temaet er mennesket i samspill med omgivelsene.

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

Blant pionérfigurene i denne systemiske måten å tenke "sosialisering" på, er Urie Bronfenbrenner. I sin introduksjon til utviklingsøkologi (1979) forsøker han å sammenfatte mylderet av sosiokulturelle faktorer i et oppvekstmiljø til en begripelig helhetsmodell. Han tenker seg det økologiske miljø som et sett konsentriske sirkler. De nivåene dette gir kaller han mikro-, meso-, ekso- og makrosystemer.

Mikrosystemet. Mikro er den innerste sirkelen i systemet. Det utgjøres av alle de primærgruppesituasjoner (arenaer) i hjem, skole, nærmiljø, blant venner osv. hvor personen selv er til stede "ansikt til ansikt" - og påvirker og påvirkes. Det er først og fremst her - gjennom de primære relasjoner - at samhandling, utveksling av følelser, modellæring og rolletaking finner sted.

Mesosystemet. I neste sirkel finner vi meso. Det defineres som forholdet mellom to eller flere mikrosituasjoner de unge deltar i, dvs. den overlapping som fins mellom to eller flere arenaer. Slik blir samspillet mellom hjem-skole, hjem-kamerater, nablaget-kameratflokk, speideren-skolen osv. typiske mesosystemer. Det faktum at slike bånd eksisterer - og kvaliteten av dem - er iflg. Bronfenbrenner av grunnleggende betydning for sosialiseringen.

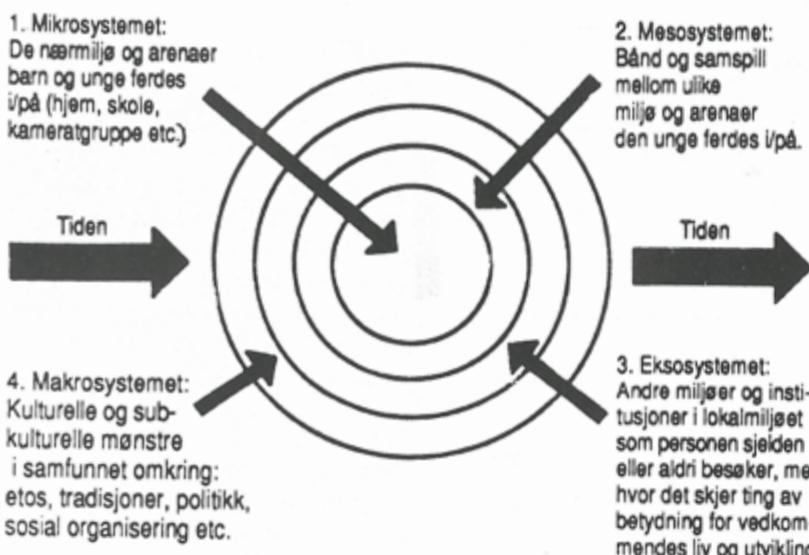
Eksosystemet. Et eksosystem refererer til en eller flere situasjoner (settings eller miljøer) hvor den unge sjeldent eller aldri selv er til stede, men hvor det likevel forekommer påvirkninger av betydning for de personer som i sin tur har med ham/henne å gjøre og beslutninger

av betydning for de miljøer han/hun lever i. Venner av foreldrene (som den unge aldri møter), foreldrenes arbeidssted, fagforeninger og offentlige organer - som f.eks. park- og fritidsetaten - er typiske eksempler på ekso. Det som skjer der, påvirker nemlig den unge indirekte.

Makrosystemet. Vi er i den ytterste sirkelen. Med makro menes storsamfunnets mønster av verdier, tradisjoner, økonomiske forhold, klassestrukturer, ideologier og kultur som omslutter de "lavere" nivåene. Fibre fra dette mønsteret binder det hele sammen og setter sitt preg på alt i vår samhandling og omgivelse. Dette er vi til daglig så vant med at vi neppe er oss bevisst hvordan alle våre begreps- og tankekategorier er gjennomsyret av den kultukrets vi lever i: Vi tolker virkeligheten med makro som "briller". Ulikheter mellom kulturer og subkulturer - ofte ganske subtile ulikheter - gjør derfor at det blir forskjeller i de unges oppvekst på ulike steder og i ulike sosioøkonomiske sjikt.



Fig. 1. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell.



Sentralt i et slikt utviklingsøkologisk perspektiv er - som det framgår - at et barns utvikling, alltid avhenger av flere forhold, forhold som noen ganger ligger helt på utsiden av barnet - ja, noen ganger langt unna. F.eks. kan det være at Petters tilkortkomming i skolen kan skrive seg fra en konflikt mellom far og mor eller skyldes fars pendling. Når det går godt for Hege både på skolen og blant venner til tross for håpløse forhold hjemme, kan det komme av en gunstig sosiotop for Hege i barnehagen kombinert med et trygt morssubstitutt i barneturnen.

Fra integrerte samfunn til desintegrerte

Vi er alle fortrolige med at det i de siste 100 årene har foregått radikale samfunnsendringer. Særlig har disse endringene vært markerte i årene etter krigen, noe eksemplene fra min egen barndom var ment å skulle illustrere. Den tyske sosiologen som levde i forrige århundre, Ferdinand Tönnies (1887) bruker ordparet "Gemeinschaft" - "Gesellschaft" som innbegreper på denne utviklingen: Han mener det har pågått en gjennomgripende bevegelse i industriasjonene fra "Gemeinschaft" til "Gesellschaft", dvs. fra prototypiske samfunn preget av tette nettverk, stabili-

tet og enhetlighet i kulturfellesskap til samfunn preget av oppløste eller spredte nettverk, omskiftelighet og pluralisme med hensyn til kultur og verdier. Vi kan få et bilde av Tönnies' modell ved å tenke på overgangen fra små, intime grendumiljøer til store, upersonlige byenheter. Vi kan også snakke om en utvikling fra integrerte til desintegrerte samfunn.

Det som har drevet fram disse endringsprosessene, er først og fremst den moderne teknologi. Denne har i sin tur skapt en enorm økonomisk vekst i industrielandene, med det resultat at vi i velstand og velferd aldri har vært nærmere det "gode liv", et forhold vi fryder oss over. I stigende grad blir vi imidlertid klar over at det i kjølvannet av denne velstandsøkningen følger ødeleggende krefter: forurensning, trafikk, fremmedgjøring, avmaksfølelse, tomhet... Overveldende dokumentasjon viser klare sammenhenger mellom desintegrering og vanhelse (Dalgard og Sørensen, 1988). Utviklingen har også hatt gjennomgripende betydning for barns og ungdoms sosialisering - på godt og ondt (Keniston, 1978; Bø, 1984; Frønes, 1989).

"Gemeinschaft"

La oss forsøke om vi med noen sosiologiske nøkkelord kan sammenfatte sentrale kvaliteter ved integrerte samfunn:

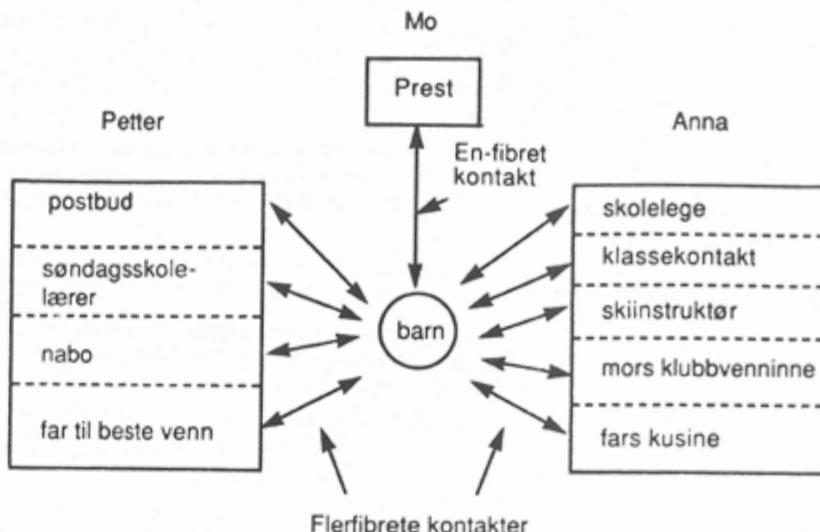
(Jeg bruker fortid i det følgende - vel vitende om at det fremdeles fins integrerte samfunnsnisjer både i bygd og by i dagens Norge)

Kanskje det mest karakteristiske trekk ved slike samfunn var primærgruppekvalitet. I nettverksterminologi sier vi at folk levde i tette samfunn, et uttrykk som refererer til folks grad av kjennskap til hverandre; nettverksbåndene gikk fra den ene til den andre, på kryss og tvers.

Dertil kom at slike samfunn ofte hadde få arenaer, og at de få som fantes, gjerne var felles. Mellom disse eksisterte det vanligvis forbindelseslinjer, med jevn flyt av informasjon. Møteplassen kunne også overlappe hverandre: I det "gamle" samfunnet fungerte f. eks. skolen gjerne også som bedehus, bygdehus, valglokale etc., mens krambua - i tillegg til å være butikk - samtidig kunne være postkontor, "informasjonssentral" og venteværelse for "dampen". Folk i alle aldre møtte gjerne de samme personene på ulike arenaer. Dertil kom en viss grad av slektskap og "skyld" i betydningen "omsorg", "støtte", "forpliktelse" (jf. uttrykket "skyldfolk").

Alle disse forholdene la i sin tur grunnlag for flere forhold av betydning for vekst og sosialisering. Blant annet førte de til høy grad av synlighet - både i symbolsk og bokstavelig forstand. Det var ikke lett å gjemme seg bort. Dessuten var nettverksbåndene - de sosiale relasjonene - sterke i betydningen intime. Vi kaller gjerne disse båndene multiplekse eller flerfibrete fordi folk kjente hverandre i flere roller og samhandlet med hverandre i flere sammenhenger (jf. de felles arenaene). Vi tenker oss en fiber eller en tråd for hver rolle eller sammenheng: Petter kunne være både postbud, søndagsskolelærer, nabo og far til bestevenn. Anna kunne være skolelege, klassekontakt, skainstruktør, mors klubbeninne og fars kusine, -dette til forskjell fra Mo, som barnet kjenner kun en side av: Mo som prest, dvs. en enfibret kontakt. Fig. 2.

Fig. 2. Eksempel på en- og flerfibrete kontakter.



Gemeinschaft var også preget av stabilitet i bomønsteret, og av vanskelig utslittbare nettverksrelasjoner - særlig i den grad slike samfunn også var geografisk lukkede og hadde liten befolkning (f.eks. et lite øysamfunn).

All denne kontakt og samhandling førte naturlig til høy grad av konsensus, dvs. samstemmighet om normer, koder og kulturkvaliteter. Det oppsto dermed klare forventninger til atferd og væremåte ledsaget av positive og negative sanksjoner ved henholdsvis innfrielse og avvik. I sin tur betyr dette sterkt sosial kontroll og atferdsjustering, med andre ord et sterkt konformitetspress.

Paradoksalt nok gir slike samfunn barn og ungdom friere tøyler og mindre direkte styring av deres aktivitetsutstrekking enn løsere, mer spredte samfunn. Dette fordi barn i slike miljø ble atferdsjustert og sosialisert mer indirekte, via de sosiale og kulturelle rammer som strukturerte deres verden. (Hoem, 1978). Rammene bestod i at sosial kontroll, oppgaver, modeller for læring og trygghet for utvikling av lek og egne sosiale konstruksjoner kunne formidles gjennom det sosiale landskapet barn og unge befant seg i. (jf. også Frønes, 1981: 61).

Sosial integrasjon

Det er dette vi kaller sosial integrasjon eller å være sosialt forankret, dvs. opplevelsen av tilhørighet/fellesskap. Artikkelen tema er hva miljø og sosiale relasjoner betyr i forbindelsen med sosialisering av den oppvoksende slekt. Her postuleres grad og form av sosial

integrasjon som den mest sentrale sosialiseringsteoretiske dimensjon. For barn og unge sikrer den sosiale integrasjonen veien til det voksne samfunn. "Det er ikke medfødt å bli voksen. Det må læres", heter det hos Finn Magnussen, "og det kan bare læres i omgang med voksne" (1983:5). Her står vi ved et kjernekjernepunkt i den utviklingsökologiske forståelsen: i hvilken grad sosialiseringen av den oppvoksende slekt skal lykkes, er avhengig av hvilken utstrekning og på hvilken måte den enkelte er forankret og opplever seg verdsatt i et psyko-sosio-kulturelt system som samtidig rommer modeller og sanksjoner for atferd.

Det er bl.a. disse kvalitetene som mangler i de mange bomiljøer som i dag er hjemsøkt av hærverk, rus og høy barne- og ungdomskriminalitet. Også mye av konsentrasjonsvansker, vanrøkt, selvdestruksjon - og den økende mengden av selvmord bland dagens ungdom, kan forklares i dette perspektivet (Retterstøl, 1992). I dag er det sannsynligvis flere personer omkring den unge, men de møtes langt sjeldnere, har færre fellesarenaer, samhandler langt mindre, og den unge kjerner dem i langt færre roller: Kontaktene tenderer i retning av å være uniplekse - enfibrete. I praksis betyr det for eksempel at morbror bare er morbror og ikke samtidig nabo og lærer, og at postbuden bare er postbud og ikke samtidig far til bestevenn og fars fiskekamerat. Relasjonene blir dermed svakere, mindre intime og mer spredte i den betydning at de enkelte nettverkskontakter ikke kjerner hverandre. Man blir fremmedgjort i forhold til hverandre. Dersom et postbud i et

bystrøk i det hele tatt påtar seg oppgaven som "sosial kontrollør" overfor barn som er i ferd med å begå overtramp, vil de sannsynligvis svare: "Hold kjeften din; dette har ikke du noe med!"

Styrken i svake bånd

Vi ser at de betingelser som skaper høy grad av sosial integrasjon, er de samme som for Gemeinschaft, dvs. koblinger mellom nettverksegenskaper som tetthet, rolle- og samhandlingsmultiplesitet, intimitet, overlapping, kontaktbarhet og kontakthypopigitet. I kombinasjon med geografisk avgrensning (grend, vær, nabolog etc.) betyr slike egenskaper et kollektivt, lukket sosialsystem. Karakteristisk for slike miljøer er - som påpekt ovenfor - en sterkt atferdkontroll, under tiden også en sterkt støtteopplevelse og inngruppefølelse, (men gjerne med tilsvarende sterkt tendens til eksklusjon av innflyttere og fremmede). Slike samfunn kan være ideelle nettopp som oppvekstarenaer, spesielt når det gjelder normdannelse, identitetskonstruksjon og opplevelse av basal trygghet.

Spørsmålet er likevel om vi - inspirert av glorifiseringen av de varme Gemeinschaftsamfunnene - har kommet til å overvurdere betydningen av tetthet og multiplesitet, eventuelt kommet i skade for å undervurdere faren. Det vi tenker på, er situasjonen i visse lukkede samfunnsnisjer hvor folk blir berøvet viktig informasjon, og hvor det oppstår uheldige fordommer, trangbølhet og konformitetspress - inntil undertrykking. Også fundamentalistiske sektsamfunn kan være eksempler her.

Tetthet eller verdihomogenitet er nemlig ikke den eneste betingelsen for et miljø utviklingspotensial. Etter hvert som den unges kognitive kompetanse modnes og hans/hennes selvtillit øker, avtar betydningen av tetthet og ensartethet: Videre vekst stimuleres også av at den unge i stigende grad konfronteres med nye mennesker, som viser forskjellighet og gir utfordringer. Miljøer og arenaer bør derfor variere. (Bronfenbrenner, 1979:212.)

Det er her den amerikanske sosiologen Mark S. Granovetter påviser viktigheten av de "svake" nettverksbånd for den alminnelige livstilpasning (1973). Dette



gjelder de nettverkskontakter vi har en- eller fåfibrete (uniplekse) utstrålinger til, dvs. personer vi kanskje bare kjenner i en sammenheng, og som beveger seg i miljøer og arenaer som vi ellers selv aldri besøker (altså en Gesellschaftsgenskap). For barn kan det gjelde en fotballtrener, en spillelærer, en gårdbruker på landet etc. Slike utgjør et svært viktig pedagogisk potensial i vår kulturkrets nettopp fordi de tilfører den unge ny informasjon, utfordringer, kontraster, "annerledeshet" og gir dem del i erfaringer de ellers ikke ville høstet. På denne måten kan de svake bånd bety et vindu utad, hindre provincialisme og derved stimulere kognisjon og livsdugelighet (Bø, 1989: 27-28, 164, 186; Bø, 1991).

Strategier

På mikronivået er det en grunntanke i utviklingsøkologien at barnet og den unge lærer, stimuleres og utvikles gjennom aktiviteter, relasjoner og roller. Dette betyr at den enkelte får delta i samhandling med og eksponeres for et stort rollerepetoar. Ifølge Bronfenbrenner fremmes denne prosessen i samme grad som flere roller samles i én person, i samme grad som barnet knyttes til denne gjennom varme relasjoner og i samme grad som vedkommende framstår som et "helt" menneske, en personlighet - og ikke bare som et rollefragment (jf. Christie, 1975: 24). Da fungerer den sosiale kontrollen, identifikasjonen og internaliseringen optimalt. I pact med Granovetter tilføyes også et visst innslag av få-fibrede nettverkskontakter.

På mesonivå er det viktig at det knyttes fibre mellom de ulike miljøer, arenaer og nettverkssektorer. Særlig påpeker Bronfenbrenner betydningen av kontakten mellom hjem-skole, hjem-venneflokk, hjem-nabolag-frivillige organisasjoner - og mellom skole-organisasjoner etc. Det har for eksempel følger for en ungdoms utvikling i hvilken grad det fins konsensus mellom mikrosystemene. Likeledes er det viktig at det knyttes bånd mellom et barns/en ungdoms ulike nettverkssektorer. Med andre ord betyr det mye om personene i de ulike systemene kjerner hverandre, dvs. at det finns en viss intimitet/tethet. Det er dette som skjer når fedrene i et lokalmiljø sparker løkkesfotball med barna. Som utviklingspotensial betyr det ennå mer dersom også læreren og/eller korps-



irigenten deltar! På samme måte er det et sterkt utviklingspotensial i at det finns lenker mellom et barns venner, klubbkamerater, familiemedlemmer og slektinger. Det fremmer med andre ord veksten at foreldre går på foreldremøter, at en ungdoms venner kjenner vedkommendes besteforeldrene osv.

Når det gjelder "ekso", ligger det et pedagogisk potensial i at også ekso - i likhet med mikro - blir meso. Dette betyr f.eks. at barn og ungdom får direkte kontakt med arenaer og/eller personer som er viktige for deres omsorgspersoner. Det fremmer blant annet veksten at barn får adgang til foreldrenes arbeidsplass og får møte sjef og kollegaer, får være med læreren på hans/hennes landsted eller få delta i en lokal debutasjon på parksjefens kontor for å drøfte utforming av et idrettsanlegg i nærmiljøet. Hvor Freud tillegges ordene "hvor det før var id og superego, skal det bli ego", sier Bronfenbrenner: "Hvor det før var mikro og ekso, skal det bli meso".

På makronivået er det et poeng at man i alle samfunnets overbygninger orienterer seg ut fra en ideologi og politikk som i alle henseender prioriterer barns kåring og oppvekst som høyeste verdi. Særlig er det viktig at man ser all planlegging, alle beslutninger og gjennomføringer i systemperspektiv, dvs. har et bevisst øye for hvordan "alt" i sin

tur får konsekvenser for familiens og barns kåring. Derfor blir også konsekvensanalyser viktige.

Kan vi/bør vi re-vitalisere Bakkebygrenda?

Det er lett å henfalle til Gemeinschaft- og nettverksidyllisering og til romantisering av "gamle dager" når barns og ungdoms oppvekstkår settes på dagsordenen. La det derfor være sagt at det gamle fattigsamfunnet var hardt m.h.t. sykdom, nød, arbeid og krenkelser - blant annet av barns integritet. Jf. også det som er nevnt ovenfor om de negative sidene ved Gemeinschaft. Det er visst ingen grunn til å ønske seg tilbake. Går det likevel an å bygge Gemeinschaft inn i det moderne Gesellschaft - som nabolagsoaser? Vi ser at ikke bare sosial- og helsepersonell, men stigende grad også politikerne er begynte å bruke uttrykk som "nettverk", "tettet" og "selvbærende sosiale prosesser" - dels magisk, dels som nye faneord... "Hvor tett skal et samfunn være?" spør Nils Christie (1975).

Det viser seg at når folk i dagens samfunn blir spurta om hvordan de ønsker å ha det i sine lokalmiljøer, går det klart fram i de fleste undersøkelser at de ønsker å inngå i gode, vennskapelige relasjoner med slekt og naboen. På den andre siden vil de imidlertid gjerne også ha et revir - et frirom eller en intimsone

- omkring seg hvor de kan kontrollere den sosiale tilgjengeligheten. De vil ikke ha seg påtunget sosiale nettverkskontakter; de vil ikke bli utdig atferdsjustert. Samtidig har de et grunnleggende behov også for tilhørighet, støtte, forankring - kort sagt behov for et sosialt sikkerhetsnett. Mye av Gemeinschaftdrømmen hviler imidlertid på en forutsetning som kan være falsk, nemlig at sosialt og lokalt fellesskap er identiske størrelser. Behøver de være det? Må all sosial integrering være territoriell?

Det nye i vår tid er at arbeidsliv og transportmidler - særlig privatbilen - har skapt nye muligheter for folk flest til å prioritere de nettverkspersoner som gir maksimalt utbytte. Og da velges ofte de intime kontaktpersoner utenfor det tette, lukkede lokalmiljet. Særlig i urbane strukturer får vi med andre ord en annen form for sosial integrasjon: man forankrer seg i slekt, venner og kollegaer som bor i andre hjørner av "verden". De er integrert, men i et sosialt og geografisk åpent samfunn.

Konsekvensen er at mange - det gjelder sannsynligvis først og fremst yrkesaktive menn - kan framstå som lite motiverete for å investere i lokalmiljøet. Moderne bysamfunn er samtidig et mangfoldighetsens, et konkuransens og mulighetens marked som skaper grunnlag for sosial og geografisk mobilitet med turbulent og selektiv inn- og utflytting i lokalmiljøene. Det er blant annet disse forhold som forklarer krisen i så mange av dagens lokalmiljøer: de funksjonsstøyenes, blir sterile, hendelsesmagre, forstyrres på sosiale kontakter (særlig voksne) og preges av normfattigdom og kulturell dekvalifisering.

Mange klarer seg imidlertid godt i et frisatt og åpent sosialsystem, fordi de er ressurssterke, og fordi de har alternative arenaer å bli sosialt og kulturelt stimulert på. De som lider, er først og fremst de mindre privilegerte gruppene som i særlig grad er avhengige av lokalmiljøet: hjemmeværende husmødre, pensionister, innvandrere, barn og ungdom.

(Teksten i de tre foregående avsnitt er inspirert av Per Morten Schieffloes bok *Nærmiljø i bysamfunn*.)

Det er i dette perspektivet den tiltakende klientiseringen i samfunnet kan forklares. For disse - og ikke minst for dem som står i fokus for opmerksam-

heten: barna og de unge - er Gemeinschaft derfor avgjørende viktig. Det er når dette systemet - det primære nettverket, den primære sosialkontrollen og den tryggheten disse faktorene representerer omkring den unge - bryter sammen, at presset på det profesjonelle hjelpeapparatet øker. Likeledes er det når Gemeinschaftsgenskapene i lokalmiljøene bryter sammen, vi får bruk for det "sekundære" kontrollapparatet: mer politi, Securitas, natteravning, TV-overvåking, alarmsystemer, sterkere låser, dører og glass. Er ropet på slike kontrollmidler i dagens samfunn kardinalkriteriet på at et sammenbrudd er emning? "Barn trenger mennesker for å bli menneske", sier Bronfenbrenner (1973: xvii). Erstatter vi menneskelig fellesskap med "syntetisk" kontroll?

Ingen midler bør være uprøvd for å gjenreise Bakkebygrenda.

Litteraturliste:

- Bronfenbrenner, U., 1973.: Two worlds of childhood: U.S and U.S.S.R. Pocket Book, New York.
- Bronfenbrenner, U., 1979: The ecology of human development. Experiments by nature and design. Harvard University Press, Cambridge.
- Bø, Inge, 1984: "Ungdoms situasjon i utviklingsøkologiske perspektiv." I Skaalvik, E.M. (red.) Barns oppvekstmiljø, Tano, Oslo: 46-71.
- Bø, Inge, 1987 (red.): Ungdom i systemperspektiv. Nordiske forskningsbidrag. Sigma forlag, 5060 Søreidgrend.
- Bø, Inge, 1989: Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs. Tano, Oslo.
- Bø, Inge, 1991: Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk. Doktorgradsavhandling. Høgskolesenteret i Rogaland, Stavanger.
- Christie, N., 1975: Hvor tett et samfunn? Christian Ejlers Forlag/København/Oslo.
- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (red.), 1988: Sosialt nettverk og psykisk helse. Tano, Oslo.
- Frønes, I., 1981: "Jevnaldermiljø og sosialisering". I Sosiologi i dag, 3-4, 1981: 57-76.
- Frønes, I., 1987: Jevnaldermiljø, sosialisering og lokalsamfunn. Rapport 87:9. Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning, Oslo.
- Frønes, I., 1989: Den norske barndommen. Cappelen, Oslo.
- Granovetter, M., 1973: "The strength of weak ties." I American Journal of Sociology, 78, 6, 1973: 1360-1380.
- Hoem, A., 1978: Sosialisering. En teoretisk og empirisk modellutvikling. Universitetsforlaget, Oslo.
- Keniston, K. & The Carnegie Council on Children, 1977: All our children. The American family under pressure. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Landecker, W.S., 1951: "Types of integration and their measurement." I American Journal of Sociology, 56: 332-340.
- Magnussen, F., 1983: Om å bli voksen. Universitetsforlaget Oslo.
- Rettnerstøl, N., 1992: "Selvmordsutviklingen i Norge og Norden." I Tidsskrift for den Norske Lægeforening, nr. 1, 112: 15.
- Schieffloe, P.M., 1985: Nærmiljø i bysamfunn. Om Nærmiljø i byer. Byggforskingsprogrammet, Universitetsforlaget, Oslo.
- Tönnies, F., 1887 (1957): Community and society. Translated from Gemeinschaft und Gesellschaft and edited by Loomis, C.P.) Harper Torchbook, New York.

Inge Bø
Høgskolesenteret i Rogaland
Postboks 2557
N-4004 Stavanger



Foto: Universitetsbiblioteket i Bergen

Olav Rutle
Sjøbergvn. 32

1341

2050 JESSHEIM

Innhold: UTPOSTEN nr. 4 1992

Barndom og bilder Gunn Aadland og Marit Hafting	side 146
Leder Gunn Aadland og Marit Hafting	side 147
Barn har rett til en barndom å være barn i - Intervju med Lisbeth Dahl i Barnas Kontakttelefon Marit Hafting	side 148
Bokmelding: Bruksbok om bronchial astma hos barn Leif Gunnar Vøllestad	side 151
De stille jentene - hvorfor skal vi prioritere dem? Grete Riise og Helga Arianson	side 152
Når ideologi blir fag John Nessa	side 154
Oppføring av ICPC-klassifikasjon i Norsk allmennmedisin - Fare for begrepsforvirring Verre Lundevall	side 158
Barndom i en landsby i Zambia Reidun Eide	side 160
Helse som ressurs Bente Wold	side 164
Klok bok om omsorgssvikt Frode Heian	side 167
Barn, helse og miljø Frode Heian	side 168
Lyle-prosjektet i Time kommune Asgeir Haugedal	side 171
Er det sant at mot bare diller? Et forsøk på tverrfaglig MBD-diagnostisering i 1. linjetjenesten Olav Lunde	side 172
Helse for alle barn i Sogndal? - Helsestasjonen ser fram mot år 2000 Per Stensland	side 176
Hverdagsklinik: Vanlige pediatriske problemer Ole Sverre Haga	side 182
NSAM har fått ny leder: Olav Thorsen Gunn Aadland	side 185
Hadde barn det bedre før da alt var verre? Inge Bø	side 186