

ISSN 0800-5680

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 3

1987

ARGANG 16



TEMA: SYKEHJEM

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Ola Lilleholt
Distriktslegekontoret
6657 Rindal
Tlf. kont. 073. 68 217
Tlf. priv. 073. 65 125

Magne Nylenia
Inst. for Almenmedisin
Fr Stangsgt. 11/13
0284 Oslo 2
Tlf. kont. 02. 55 92 10
Tlf. priv. 02. 57 11 93

Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Postgiro: 347 82 37

Bankgiro: Romedal Fellesbank A/S
9652.63.00111

Frode Heian
Tingvoll Helsecenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073. 31 100
Tlf. priv. 073. 31 437

Gystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 070. 56 036
Tlf. priv. 072. 51 086

Jon Halmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Eide
Tlf. kont. 072. 96 381
Tlf. priv. 072. 96 387

Abonnement: Kr. 110,- pr år. Enkeltnummer kr. 20,- Layout: Uiset form & profil. Trykk: Orkla Grafiske a.s, 7300 Orkanger.

Påminnelse om essaykonkurransen

Utpostens essaykonkurranse har vært en suksess og er nå utlyst for tredje gang. Her bare en liten påminnelse som forhåpentligvis vil rekke de fleste før sommerferien.

Tiden med Utposten har gitt støtet til visse refleksjoner omkring skrivelyst.

Skriftlig aktivitet holdes for nordmenn flest som en opphavet og fjern virksomhet. Det er påfallende at selv akademikere bare såvidt våger seg på julekortet, for å sette det på spissen.

Årsakene kan være mange, men det er fristende som Carl Hambro å utpeke som syndebukk "den tradisjon vi kalle norsk stil til artium". Det eneste vi forbinder med egen reflekterende skriftlig virksomhet er en tvangsmessig prestasjon som skal vurderes med kritiske øyne av andre med full oversikt over fagfeltet.

På skolen ble plan og disposisjon fremhevret mer enn den originale tanke, og resultatet er deretter. Prestasjonsangst og formelle krav er for mange skyhøye barriærer mot å gi sine tanker skriftlig form.

Tenk om mange av tankene som utveksles i sofaekrøkene på Ustasoset høyfjellshotell og andre steder kunne deles med resten av Utpostens leseres også. Per Fugelli har også om dette sagt noe tydelig: "Du skal skrive ditt fag".

Skrivningen gir ideen dimensjoner som tanken ikke har. Når den er plassert på papiret startes nye tankerekker som ikke bare går i sirkler slik det lett vil gå selv i kreative stunder foran peisen. For å bruke vår egen terminologi er skriften en "protese" for

tanken. Den er en hjelpemotor for hjernen og ikke bare et talerør.

Vær kreativ! -er gjennomgangstonen i det fremadstormende næringssliv, og vi ser for oss den unge, dynamiske mann og kvinne med stressaskoffert og PC på full fart mot personlig suksess. Hos oss hersker svært heilt andre motiver. Vi er i ferd med å forme vårt fag, og her kreves også kreativitet. Tenk om en tiendedel av kollegenes kreative tanker kom det almenmedisinske fagfelt til gode! Enn om bare en prosent av norges almenpraktikere tok til pennen for å delta i Essaykonkurransen! Ingen skal si at kilden er tom. Ingen skal si at det mangler inspirasjon. Det fagfeltet som både nasjonale og internasjonale fora går inn for å styrke er ennå bare i stepestasjonen. Kliniske og samfunnsmessige utfordringer står i vei for å bli utdefinert og utforsket. Den nylig effektuererte loven om kommunehelsestjenesten er bare en av mange nye og spennende dimensjoner ved vårt fag som skriker etter å bli belyst.

Tidspunktet for denne påminnelsen er ikke helt tilfeldig. Sommerferien er forestående, og med hverdagens trivialiteter et par fergereiser hjemmefra som vi vestlendinger sier, kommer erupsjonene fra sjelens indre. Vi opplever det i mange sammenhenger, noen forhåpentligvis med soirisk utsikt til det uendelige havet som inspirasjon. For de heldige som skal til almenpraktikerkongressen på Island vil kanskje møtet med de sydende utspring fra Jordens indre gi seg konkrete utslag.

Nr. 3, 1987 INNHOLD:

TEMA: SYKEHJEM

Hans Anstad:
Sykehjemreformen s. 100

Enquete:
Gleder eller gruer du deg til sykehjemmet blir kommunalt? s. 103

Ida Hydle:
Almenpraktikerne inn i sykehjemmene? s. 110

Gisle Smith:
Tilsynsleien i byen og på landet s. 111

Unni Anstad:
Sykehjem i storbyen s. 115

Knut Mamen:
Kortidsopphold i sykehjem s. 118

Knut Mamen og Magne Nylenia:
Sykestuebruk av sykehjem s. 125

Håvard Hegdal:
Hvordan ber den geriatriske annenlinjetjenesten samarbeide med kommunehelsestjenesten? s. 130

Egil Storås:
Den geriatriske annenlinjetjeneste s. 133

Einar Einarsen:
Aldersdemens. Diagnostiske overveieiser s. 134

Otto Chr. Re:
Elidre og medikamenter s. 138

Tove Eikrem Mork:
Sjukeheimsoverføringen og fysioterapi — Apner for nyttekning! s. 142

Øvrig stoff:
Veileddningsprogrammet i almenmedisin s. 145

Reidar Heifodi og Jan Eggsvik:
Folkehelseutdanningen i Tromsø: En samfunnsmedisinsk oase s. 147

Debatt:
Legevakt — rett og plikt s. 148

Bokanmeldelse s. 151

Helse for alle i Norge?

En gammel og god strategi for å løse store oppgaver er følgende:

Bryt hovedproblemet opp i flere mindre problemer. Definer overkommelige delmål og legg en plan for å løse disse ett for ett.

En slik strategi har Europaregionen av Verdens Helseorganisasjon (WHO) lagt for løsning av den viktigste helseoppgaven av alle:

En tilfredsstillende helsestatus for alle innen år 2000. I 1985 vedtok WHO 38 konkrete delmål som frem mot årstusenskiftet skal lede oss mot **Helse for alle**. Nå foreligger det en konkretisering og utdyping av disse delmålene på norsk og bearbeidet for norske formål. Helsedirektoratet står bak en 140 siders bok, utgitt på Kommunalforlaget, med tittelen: **Helse for alle i Norge?**

Boken peker på at vi i dag faktisk har et overskudd av kunnskap og viden om helserisikoer og helsefarer. Vi klarer ikke å nyttiggjøre oss den informasjon vi sitter inne med på en rimelig måte. Hensikten med delmålene er bl.a. å vise hvordan teori kan omsettes til praksis.

Strategien for Helse for alle år 2000 går langs flere akser. Dels dreier det seg om omprioriteringer, dels om nye innsatsområder. Noen av de viktigste stikkord for arbeidet er likhet, samarbeid, brukermedvirkning og profylakse. Priørhelsetjenesten er fundamentet i helsevesenet, og lett tilgjengelighet et hovedmål.

De første 12 delmålene er såkalte resultatløft som definerer konkrete målsettinger på utvalgte områder. Redusert spesialbarndødelighet, eliminert morddødelighet, 25 % reduksjon i hjerte-kardødeligheten er eksempler på dette. De siste 26 delmålene er handlingsrettete og beskriver hvilke oppgaver som må løses i de kommende 13 korte år. Organisasjonsendringer og omstillinger for helsepersonellet står sentralt. Delmål 29 lyder f.eks. slik:

"Innen 1990 skal primærhelsetjenesten være basert på samarbeid og en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom forskjellige kategorier helsepersonell, enkeltmennesket, familiene og andre grupper i samfunnet."

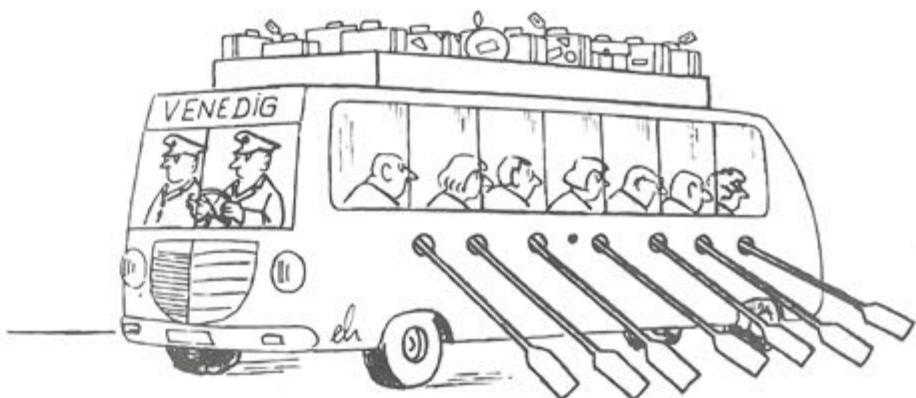
Boken er spennende og perspektivrik lesning. Helsedirektoratet skal ha mye å gjøre for det betydelige arbeidet som ligger bak. Som offentlig dokument presenteres det hele uten navngitt(e) forfatter(e). La oss håpe at noe av æren likevel lander på riktig pult. Advarselen Ettertrykk forbudt virker for en gang skyld litt malplassert og unødvendig. Etterlevelse er vel ihvertfall ønskelig.

Målet må være at boken fører til noe mer enn inspirasjon og perspektiver. Dersom arbeidet skal føre oss et skritt videre mot helse for alle, må konkretisering og iverksetting av delmålene skje i hver enkelt av landets 454 kommuner. Delmålene må ikke bare integreres i de kommunale helseplanene, men også omsettes til handling.

Alt helsearbeid burde nå ideelt sett organiseres og drives i tråd med denne strategien. Delmålene 35-38 beskriver da også hvordan lovgivning og helsepersonellutdanning må tilpasses den aktuelle strategien. Helsedirektoratet bør gå foran og vise vei ved å innrette sitt arbeid etter de forskjellige delmål det kommende tiåret. Dessverre tyder alt på at helsevesenets organisering er så rigid og tungrodd at dette ikke er mulig. Tenk om det virkelig kunne opprettes målrettede og hurtigarbeidende aksjonsgrupper med rimelige ressurser og fullmakter for hvert av delmålene.

Det er likevel viktig å ikke miste motet og forhindre at det beste igjen blir det godes fiende. Boka **Helse for alle i Norge?** bør bli en bruksbok og et grunnlag for helsepolitisk planlegging de kommende åra, ikke minst i kommunehelsetjenesten.

Så får vi heller trøste oss med at når vi nagerer etter stjernene, er det ikke først og fremst fordi vi tror vi skal nå dem.



SYKKE

TEMA

■ Det er sagt av vise menn og kvinner at et samfunns kulturelle standard kan måles på hvordan det tar seg av sine gamle. Det er ikke dumt sagt.

Vi får håpe at det ikke bare er gamle menn og kvinner som kan si det slik, men at det også kan sies av yngre menn og kvinner som i dag har ansvaret for samfunnets økonomiske prioriteter.

En kulturoppgave

Eldreomsorgen er et ansvar for hele folket. Det er verken geria-

triens eller pleie- og omsorgsapparatets oppgave alene. Ansvaret for eldres helse og deltagelse i livet hviler på alle, også på de eldre selv. Det kreves innsats på alle plan, både av de ulike samfunnsektorer, befolkningsgrupper, familier og enkeltindividene. Det er en kulturoppgave.

Helsetjenesten viktig

I denne kulturoppgaven har helsetjenesten en viktig plass. Legene har kanskje hatt en tendens til å overlate disse oppgavene helt til andre. Feltet føles så stort og vanskelig og krevende at det bare har vært deilig at andre har tatt ansvaret. Den kommunale eldreomsorg, selv helsedelen av den, har mange steder fått utvikle seg nesten uten legenes aktive deltagelse i prosessen.

Sykehjemmene helseinstitusjoner

Det var til og med fare for at sykehjemmene skulle bli en ren sosialinstitusjon under lov om sosial omsorg. Det er imidlertid nå slått fast i forbindelse med overføring av sykehjemmene til

sykehjem

kommunene at sykehjemmene skal være helseinstitusjoner under lov om helsetjenesten i kommunene.

I tråd med dette skal legetjenesten i sykehjemmene være en primærlegetjeneste, integrert i primærhelsetjenesten forøvrig. Geriatrisk spesialistservice blir en annenlinjetjeneste på linje med andre spesialiteter.

Nye muligheter

Det er tid for at legene igjen interesserer seg mer for helsetjenesten for eldre. Her kreves helhetstenkning og fleksible løsninger tilpasset lokale behov og ressurser.

Fra 1. januar 1988 blir omrent alle sykehjem i Norge kommunale, dvs at ca. 30.000 senger overføres fra fylkene til kommunene. Bare enkelte kombinerte somatiske og psykiatriske sykehjem forblir fylkeskommunale.

Da blir helse- og sosialtjenesten den største etaten i kommunene, både mht antall ansatte og størrelsen på budsjettet. Sykehjemmet blir i mange kommuner den største arbeidsplassen i kommu-

nen, og det blir i praksis en arbeidsplass for kvinner.

Reformen innebærer store muligheter for nye og integrerte løsninger. Vi har muligheter til å finne fram til en fleksibel bruk av sykehjem i en åpen eldremørsorg i et avstengt samarbeid med annenlinjetjenestens sykehushusavdelinger og områdegeriatere.

Økonomiske vridninger må bort

Staten bør se nærmere på dagens betalingsordninger som hindrer fleksibel og fornuftig bruk av sykehjemmet i forhold til andre alternative kommunale og fylkeskommunale tilbud.

Alternative former for medisinsk og sosial omsorg bør likestilles økonomisk for både kommunen, fylket og brukerne.

Forventninger

Temaet i dette nummeret er utviklet i forventning om økte muligheter for kommunehelsetjenesten når sykehjemmene blir kommunale.

Vi fokuserer på sykehjemsreformen, som gir muligheter for en fleksibel bruk av sykehjem i en åpen eldremørsorg, i samarbeid med annenlinjetjenesten. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er viktig. Oppgradering av legenes kunnskaper om medisinsk behandling av eldre er en nødvendig kontinuerlig prosess.

Tverrfaglig samarbeid

Evnens og lysten til tverrfaglig samarbeid er spesielt viktig i eldremørsingen. Det er spennende å se hvordan sykepleiere og fysioterapeuter arbeider med utvikling av eldremørsingen rundt omkring i landet vårt. Det er viktig at også legen deltar aktivt i dette arbeidet - og dette arbeidet må gjøres nå. ■

Magne / Jon Hilmarsen

Sykehjemss- reformen.

□ Hans Ånstad
Helseavdelingen, Sosialdepartementet

Mange av Utpostens lesere har de siste månedene vært engasjert i forberedelsene til den kommunale overtakelsen av sykehjemmene den 1. januar 1988. Jeg regner med at de fleste er enige i at denne reformen gjennomføres. Det kan kanskje likevel ha interesse at jeg i dette innlegget redegjør for tankene som ligger til grunn for denne store og nokså kompliserte snuperasjonen, slik vi ser det som har arbeidet med denne saken i departementet.

Reformen skal løse problemer

Hvilke problemer løses ved reformen? Det bør finnes et rimelig godt svar på det spørsmålet, når man har klart for seg at 15 - 20.000 mennesker må skifte arbeidsgiver, og at nær 6 milliarder må flyttes fra fylkeskommunenes rammer til de kommunale.

Jeg mener at det er et hovedproblem i dagens organisasjon av tilbud for utsatte grupper at vi i så stor grad har satset på å organisere tilbudene i form av institusjoner.

Bofunksjon og helseeservice

En institusjon består slik jeg ser det, av to hovedkomponenter:

For det første bofunksjonen, eller kanskje rettere, hotellfunksjonen. Et sykehjem er med andre ord et bobilbud som i tillegg også innbefatter regelmes-

sige måltider, og hjelp til bl. a. personlig hygiene.

For det andre er sykehjemmene også et tilbud om helseeservice, herunder sykepleietjeneste, lege-tjeneste, og i varierende grad fysioterapitjeneste og ergoterapitjeneste.

Dersom det virkelig var slik at 7 % av alle over 70 år er en ensartet gruppe med noenlunde samme behov, enten det nå gjelder bobilbud eller helseeservice, kunne det ha noe for seg å organisere et udifferensiert tilbud med tallfestede krav til standard og omfang av service. Men som Fredrik Mellbye har formulert det, finnes det neppe noen gruppe mennesker med så forskjellige behov som nettopp de eldre.

Det er derfor en nærliggende tanke å skille hotellfunksjonen fra servicefunksjonen som helse- og sosialtjenesten kan yte overfor eldre.

Organisering tilpasset lokalt behov

Når kommunene overtar de ressursene som sykehjemmene representerer, ligger mulighetene åpne for at kommunene heretter kan organisere bobilbud tilpasset behovene for eldre funksjonshemmede, samtidig som kommunehelseloven blir lovgrunnlaget for et samordnet servicetilbud som kan avpasses etter den enkeltes behov, både i omfang og i forhold til de del-

**Et nytt benzodiazepin med kort halveringstid
fra Upjohn til behandling av søvnloshet.**



Halcion® (triazolam)

**Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet:**



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon,
Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm,
tlf. (02) 53 98 06

PRODUCT OF
Upjohn
CNS
RESEARCH

tjenester vedkommende vil ha mest nytte av. Dette kan jo i høyeste grad variere fra pasient til pasient, og kanskje viktigst, behovene kan variere over tid. F. eks. kan det ha stor betydning at man kommer raskt til med rehabiliteringstilbud etter et slag. Det kan i perioder være nødvendig med hyppige legetilsyn, f. eks. i forbindelse med pneumoni. Ikke minst vil det selvsagt være behov for sykepleie i kortere og lengre perioder.

Det er også et viktig poeng i forbindelse med rehabilitering at dersom pasienten kommer seg såpass at hun kan greie daglige gjøremål, er det av vesentlig betydning at hun får anledning til å ta opp det hun makter av f. eks. matlaging og annet. I en institusjon vil det nettopp ikke være slike muligheter.

Slik det er nå, må pasientene som oftest flyttes fra sin egen bolig til et sykehjem om det skjer en endring i evnen til å greie seg selv. Flytting er en påkjenning for alle, og svikter heisa er det klart enda verre. Kommer man seg som sykehjemspasient, er leiligheten ofte overtatt av andre, og kontakter i hjemmemiljøet er blitt dårligere. En ny flytting blir da nærmest umulig, og det kan vel ikke være til å undres over at institusjonsoppholdet er lite vellykket som rehabiliteringstiltak.

Samordning i distrikter

Jeg nevnte såvidt ovenfor at sykehjemmene er en stor og viktig ressurs i form av sykepleietjeneste, legejene og fysioterapi, eventuelt også ergoterapi. Etter 1.1.88 vil disse ressursene kunne samordnes med de tilbud kommunen allerede har, først og fremst hjemmesykepleien og hjemmhjelpsordningene, men jeg vil spesielt understreke almenlegejene.

I proposisjonsteksten er det også understreket et annet viktig poeng i forbindelse med helse-service, nemlig at kommunens samlede ressurser med fordel kan organiseres som arbeidslag, med ansvar for definerte distrikter.

I små eller mellomstore kommuner faller dette nærmest av seg selv, kommunen er distriktet. Det er da også en lang rekke kommuner som allerede har satt igang planlegging med utgangspunkt i disse tankene, og oppfinnsomhet og initiativ som er mobilisert lover godt!

Arbeidslag

Vi kan i framtida se for oss at tjenestene er organisert som arbeidslag, som ofte med fordel kan ha sitt utgangspunkt i et sykehjem, eller for den saks skyld i et eksisterende helse- og sosial-senter. Disse arbeidslagene må arbeide innenfor definerte distrikter, noe som bl.a. vil ha den fordel at eldre og andre alltid vet hvor man skal henvende seg om noe kommer på.

Slik det er nå, ihvertfall i enkelte større kommuner, må man som pasient være særdeles åndsfri og dertil være begavet med organisasjonstalent om man får til et skreddersydd opplegg. Hjemmesykepleien som ofte er organisert i ett distrikt, skal samarbeide med sosialtjenesten som har en helt annen distriktsinndeling, og over det hele svever almenleger som ikke har noe definert virkefelt overhodet.

Fylkeskommunens ansvar

Sosialkomiteen har markert klart at fylkeskommunene fortsatt må ta sin del av ansvaret for eldremoren ved at det organiseres geriatriske avelinger, geriatriske seksjoner eller ihvertfall geriatriske team.

Denne geriatriske servicen vil få flere viktige oppgaver: Diagnostikk og behandling i enkelte krevende tilfelle, ansvar for rådgivning og faglig veiledning overfor arbeidslagene i kommunene og fungere som bindeledd mellom 1.- og 2.-linjetjenesten.

Tilbud for andre grupper

Vi må kunne regne med at når disse tankene allerede synes å ha fått gjennomslag i eldremoren, vil dette også få betydning for de tilbud vi etterhvert må bygge opp for andre, såkalte utsatte, grupper. Først og fremst kanskje i forbindelse med HVPU-klientell, hvor Lossius-utvalgets innstilling klart peker i denne retning. Men vi må også kunne vente at dette vil få betydning for yngre funksjonshemmde, trafikkskadede, og psykiatriske pasienter.

Disse pasientgruppene må forutsettes å få egne, spesielt tilpassede tilbud, men i den grad helse-service trengs, må arbeidslagene trå til også her. Ellers er det jo på sin plass å minne om at disse gruppene også i aller høyeste grad må få sine rettmessige krav oppfylt med hensyn til tilbud fra skolesektoren og arbeidssektoren.

Nye forskrifter

Til slutt vil jeg nevne enkelte problemer som må avklares i forbindelse med at forskriftene for sykehjem skal revideres. De nærværende forskriftene som er hjemlet i sykehusloven kan ikke uten videre brukes som utgangspunkt for nye, dersom det skal bli mulig å realisere de tankene jeg har prøvd å skissere ovenfor.

Arbeidet med forskriftene må i hovedsak avklare følgende spørsmål:

Ressursbruk

- Ressursbruk i forbindelse med fortsatt utbygging av tilbud for eldre.

Nye egenandeler i helse- og sosialtjenesten

- Begrepet sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie må defineres i forhold til pasientenes egenbetaling som også blir lagt om fra 1.1.88. Etter denne datoen blir det ensartede regler for egenbetaling aldershjem og sykehjem. Det vil bli slutt på ordningen med såkalt avkorting i pensjonen i forbindelse med institusjonsopphold, og istedenfor skal det betales egenandel med omrent tilsvarende beløp. Mange er med rette opptatt av at dette skaper problemer i forbindelse med korttidsopphold, men dette er ett av en lang rekke problemer som må tas opp av det såkalte Sandmannutvalget som Regjeringen har oppnevnt for å utrede egenbetningsordningene i helse- og sosialektoren.

Ikke sentrale normer

- Siden det heretter blir tale om å mobilisere arbeidslagene i forhold til pasientenes behov til enhver tid, må bestemmelser som fastlegger krav til kompetanse og bemanning relatert til sykehjem vurderes på nytt. Det er nærliggende å tenke seg at slike krav eventuelt må formuleres i forhold til deltjenestene i kommunehelse-tjenesten, jfr. de nærværende forskriftene vedrørende sykepleietjenesten. Men siden slike krav må formuleres i forhold til definerte pasientgruppers behov, kan det like gjerne være mest fornuftig å sløyfe slike bestemmelser som eventuelt må bli svært kompliserte og uhåndterlige, foruten at de ikke kan være til hjelp når arbeidslagene til enhver tid må vurdere de enkelte pasienters behov for hjelp fra helse-tjenesten.

Les Ot.prp. nr. 48 (1985-86)!

Helt til slutt, litt tekstreklame. Jeg vet det er en stor overvinnelse for mange, men hvorfor ikke prøve for en gangs skyld å lese en av Sosialdepartementets publikasjoner?

I så fall kan det tenktes at Ot.prp. nr. 48 (1985-86) om Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste vil vise seg å være på langt nær så tørr og byråkratisk som den ser ut, utenpå! ■

Enquête

□ Britt Valderhaug Tyrholm □
Seksjonsleder for hjemmetjenesteseksjonen, helse- og sosialetaten i Kristiansund kommune

32 år, Ålesund sykepleieskole, Norges sykepleierhøgskole, administrativ linje. Sykepleiesjef fra 1982. Helse- og sosialetaten ble omorganisert til en felles etat med 3 seksjoner fra 01.01.86. Har etter den tid vært seksjonsleder for hjemmetjenesteseksjonen. Seksjonen omfatter hjemmesykepleie, hjemmehjelpsvirksomhet og husmorvikarordning, samt disponering av plassene i byens aldersinstitusjoner.



Gleder du deg eller gruer du deg til sykehjemmet blir kommunalt?

Spørsmålet er både engasjerende og utfordrende. Jeg vil i det følgende meget kort belyse noen av de sider jeg er mest opptatt av når det gjelder sykehjemmet og eldretjenestene forøvrig her i Kristiansund.

Kristiansund er en kommune med knapt 18.000 innbyggere, hvorav 4% er over 80 år. Det vil si en forholdsvis høy andel gamle mennesker. Denne andelen er, i likhet med utviklingen ellers i landet, stigende.

Sykehjemssituasjonen i Kristiansund

Kristiansund kommune har fylkets største sykehjem med 127 senger.

Dette skal bygges ned til 91 senger. Det er planlagt bygging av nytt sykehjem med 71 senger, altså sammen 162 døgnplasser fordelt på 2 institusjoner

Sykehjemmet har den senere tid

jevnlig preget førstesidene i lokalavisene p.g.a. følgende 2 forhold:

- Kristiansund kommune vil ikke overta driftsansvaret for sykehjemmet fra 01.01.88 fordi sykehjemmet både bygningsmessig og bemanningsmessig er i dårlig forfatning. De økonomiske rammer som følger overføringskontrakten fra fylket til kommunen blir hevdet å være så lave at de ikke dekker dagens driftsnivå.

- Verneombudet ved sykehjemmet har krevd inntaksstopp på grunn av de dårlige arbeidsforholdene som følge av dårlig bygningsmessig standard.

Situasjonen ved Kristiansund sykehjem er med andre ord langt fra ideell ved overføringen fra fylket til kommunen.

Målgrupper og samarbeid

På tross av utilfredsstillende

driftsforhold, så representerer sykehjemmet en betydelig ressurs, som i hovedsak yter service overfor 2 målgrupper :

1. De som trenger et botilbud med døgn-service/pleie p.g.a funksjonsvansker og sykdom.

2. De som trenger avlastning, behandling og trening i en kortere periode, for så å vende tilbake til sitt hjem.

Samarbeidet mellom institusjonen og den åpne omsorg har fungert godt gjennom mange år, selv om det i enkelte saker har forekommet uenighet om hva som skal veie tyngst i vurderinger av behov for plass i sykehjem.

BY VED HAV-prosjektet

Utviklingen og debatten på eldreområdet har i løpet av de 2 siste årene fått en helt annen dimensjon. For knapt 2 år tilbake dreide eldrepolitikk i valgkampen seg kun om antall sykehjemssenger.

I flere kommuner satses det nå på ulike prosjekter og utradisjonelle tiltak. I Kristiansund har vi flere utviklingsprosjekter på gang - noen har allerede vist seg å gi resultater, f. eks. forsvant sykehjemskøen.

Alle delprosjekter er nå samlet i et overordnet prosjekt kalt BY VED HAV - som har til siktet mål å utvikle en ny eldrepolitikk i Kristiansund kommune, der alle som arbeider innenfor eldreområdet etter hvert arbeider innenfor samme ideologi og målsetting. Videre at ansatte identifiserer seg med og føler ansvar for hele eldreområdet, ikke bare "sin" del.

De viktigste stikkordene er:

- holdningsutvikling av alt personell
- bort med barrierer mellom yrkesgrupper
- bort med veger mellom ulike tjenester og omsorgsnivå
- oppgavene løses på laveste effektive omsorgsnivå
- økt samordning og samarbeid.

Helhetssyn og felles omsorgsfilosofi følger ikke automatisk med skifte av forvaltningsnivå, men jeg tror det er en nødvendig forutsetning for fortsatt offensiv utvikling av eldretjenesten i Kristiansund at alle virksomheter innenfor eldreområdet får samme forvaltningsnivå og rammebetegnelser.

Derfor gleder jeg meg til at sykehjemmet blir kommunalt ! ■

Om eg gler meg eller gruar meg til sjukeheimane blir kommunale?



□ Torleiv Robberstad
Helse- og sosialsjef, Sandnes

Født 1936. Medisinsk embetseksamen Oslo 1961. Distriktslege 1964-1984. Sidan 1984 helse- og sosialsjef i Sandnes (ca. 42.000 innb.) I styret i Offentlige legers landsforening 1973-1981. Medlem i APLF/OLL si plannemnd for Generalplan for almenmedisin 1979-1982. Medlem i Sandnes bystyre 1980-83. Rogaland psykiatriske sjukehus sidan 1980.

■ Stort sett gler eg meg til dei somatiske sjukeheimane blir kommunale. Men eg ser nokre omstillingssproblem og nokre problem med nye grenseoppgangar.

Me blir kvitt dei administrative hindringane for ei skikkeleg samordning av sjukeheimane og dei heimebaserte pleie- og omsorgstenestene, slik at kommunen kan prioritere fritt mellom alternative tenester, etter behovet.

Den økonomiske overgangsordninga frå 1988 er nødvendig for å sikre at kommunen kan drive sjukeheimane som i 1987. Men denne overgangsordninga frys fast status quo, slik at det ikkje blir plass til omprioriteringar.

St. meld. 68 (1984-85) om sjukeheimane er ei god handbok i korleis eldreomsorga bør bli vinkla i framtida. Men me kan ikkje følgje prioriteringsråda i denne før ressursane blir overført etter objektive kriterier i staden for etter eksisterande tiltak. Derfor er det viktig å avvikle den økonomiske overgangsordninga så snart som råd.

I Rogaland er sjukeheimane kommu-

nale, men det er fylkeskommunen som godkjenner budsjetten og betalar utgiftene. Så pr 1.1.1988 kunne det blitt så enkelt som at kommunen fekk pengane frå Staten i staden for frå fylkeskommunen. Men då skal kvar enkelt sjukeheimspasient betale ein eigendel, som kommunen skal administrere. Eg trur dette blir endå eit eksempl på at ei vriing frå finansiering gjennom skatt til finansiering gjennom stykkprisbetaling gir meir papirarbeid. Og dette blir forsterka av den nye eldreomsorgsprofilen med mange korttids- og treningsopphald som gir mange enkeltopphald pr år, - og som er fagleg fornuftig.

Sandnes er ein ung kommune: Bare 7,1 % av folket er 70 år eller eldre mot 10,8 % i Riket. Likevel brukar eldreomsorga vår 20 % av kommunebudsjetten eller 60 % av helse- og sosialbudsjetten. Det går meir til sjukeheimane enn til heile kommunehelsenesta vår i dag. Dette betyr utan vidare at eldreomsorga er nøkkelen til økonomistyring i helse- og sosialstaten. Det er her me har minst råd til å prioritere feil.

Pengar er stort sett det same som personell i desse tenestene. I

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg (TRIMETOPRIM)

1 TABLETT
OM KVELDEN
VED AKUTT UV



C Wellcoprim «Wellcome»

Antibiotikum

TABLETTER 300 mg: Hver tablet innen.: Trimetoprim 300 mg, constit. q.s. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Antibakterielt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av koncentrasjon og følsomhet. **Virkningsmekanisme:** Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. **Absorpsjon:** Hurtig og nesten fullstendig. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kamervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. **Halveringstid:** Ca. 11 timer. **Utskillelse:** Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. **Overgang i placenta:**

Passerer. **Overgang i morsmelk:** Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.

Kontraindikasjoner: Alvorlig lever- og nyresvikt. Folinsyremangel. Vitamin B₁₂-mangel.

Bivirkninger: *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).

Forsiktigheitsregler: Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. **Graviditet:** Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.

Dosering: **Akutt urinveisinfeksjon:** **Voksne:** 300 mg (1 tablet) om kvelden. **Barn 6-12 år:** En halv tablet om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.

Overdosering/Forgiftning: **Symptomer:** Kvalme, brekninger. **Behandling:** Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseses ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk pikratreagens nyttes. (Trimetoprim senker fenylalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjonsstester.)

Pakninger og priser: 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

The Wellcome Foundation Ltd
Gamle Drammensvei 107, 1322 Høvik, Tel. (02) 53 73 30



TAKTIK REKLAMEBYRÅ

driftsforhold, så representerer sykehjemmet en betydelig ressurs, som i hovedsak yter service overfor 2 målgrupper :

1. De som trenger et botilbud med døgn-service/pleie p.g.a funksjonsvansker og sykdom.

2. De som trenger avlastning, behandling og trening i en kortere periode, for så å vende tilbake til sitt hjem.

Samarbeidet mellom institusjonen og den åpne omsorg har fungert godt gjennom mange år, selv om det i enkelte saker har forekommet uenighet om hva som skal veie tyngst i vurderinger av behov for plass i sykehjem.

BY VED HAV-prosjektet

Utviklingen og debatten på eldreområdet har i løpet av de 2 siste årene fått en helt annen dimensjon. For knapt 2 år tilbake dreide eldrepolitikk i valgkampen seg kun om antall sykehjemssenger.

I flere kommuner satses det nå på ulike prosjekter og utradisjonelle tiltak. I Kristiansund har vi flere utviklingsprosjekter på gang - noen har allerede vist seg å gi resultater, f. eks. forsvant sykehjemskøen.

Alle delprosjekter er nå samlet i et overordnet prosjekt kalt BY VED HAV - som har til siktemål å utvikle en ny eldrepolitikk i Kristiansund kommune, der alle som arbeider innenfor eldreområdet etter hvert arbeider innenfor samme ideologi og målsetting. Videre at ansatte identifiserer seg med og føler ansvar for hele eldreområdet, ikke bare "sin" del.

De viktigste stikkordene er:

- holdningsutvikling av alt personell
- bort med barrierer mellom yrkesgrupper
- bort med vegger mellom ulike tjenester og omsorgsnivå
- oppgavene løses på laveste effektive omsorgsnivå
- økt samordning og samarbeid.

Helhetssyn og felles omsorgsfilosofi følger ikke automatisk med skifte av forvaltningsnivå, men jeg tror det er en nødvendig forutsetning for fortsatt offensiv utvikling av eldretjenesten i Kristiansund at alle virksomheter innenfor eldreområdet får samme forvaltningsnivå og rammebetegnelser.

Derfor gleder jeg meg til at sykehjemmet blir kommunalt ! ■

Om eg gler meg eller gruar meg til sjukeheimane blir kommunale?



□ Torleiv Robberstad
Helse- og sosialsjef, Sandnes

Født 1936. Medisinsk embetseksamen Oslo 1961. Distriktslege 1964-1984. Sidan 1984 helse- og sosialsjef i Sandnes (ca. 42.000 innb.) I styret i Offentlige legers landsforening 1973-1981. Medlem i APLF/OLL si plannemnd for Generalplan for almenmedisin 1979-1982. Medlem i Sandnes bystyre 1980-83. Rogaland psykiatriske sjukehus sidan 1980.

■ Stort sett gler eg meg til dei somatiske sjukeheimane blir kommunale. Men eg ser nokre omstillingssproblem og nokre problem med nye grenseoppgangar.

Me blir kvitt dei administrative hindringane for ei skikkeleg samordning av sjukeheimane og dei heimebaserte pleie- og omsorgstenestene, slik at kommunen kan prioritere fritt mellom alternative tenester, etter behovet.

Den økonomiske overgangsordninga frå 1988 er nødvendig for å sikre at kommunen kan drive sjukeheimane som i 1987. Men denne overgangsordninga frys fast status quo, slik at det ikkje blir plass til omprioriteringar.

St. meld. 68 (1984-85) om sjukeheimane er ei god handbok i korleis eldremorgia bør bli vinkla i framtida. Men me kan ikkje følgje prioriteringsråda i denne før ressursane blir overført etter objektive kriterier i staden for etter eksisterande tiltak. Derfor er det viktig å avvikle den økonomiske overgangsordninga så snart som råd.

I Rogaland er sjukeheimane kommu-

nale, men det er fylkeskommunen som godkjener budsjettet og betalar utgiftene. Så pr 1.1.1988 kunne det blitt så enkelt som at kommunen fekk pengane frå Staten i staden for frå fylkeskommunen. Men då skal kvar enkelt sjukeheimspasient betale ein eigendel, som kommunen skal administrere. Eg trur dette blir endå eit eksempel på at ei vriing frå finansiering gjennom skatt til finansiering gjennom stykkprisbetaling gir meir papirarbeid. Og dette blir forsterka av den nye eldreomsorgsprofilen med mange korttids- og treningsopphald som gir mange enkeltopphald pr år, - og som er fagleg fornuftig.

Sandnes er ein ung kommune: Bare 7,1 % av folket er 70 år eller eldre mot 10,8 % i Riket. Likevel brukar eldremorgia vår 20 % av kommunebudsjettet eller 60 % av helse- og sosialbudsjettet. Det går meir til sjukeheimane enn til heile kommunehelsetenesta vår i dag. Dette betyr utan vidare at eldremorgia er nøkkelen til økonomistyring i helse- og sosialstaten. Det er her me har minst råd til å prioritere feil.

Pengar er stort sett det same som personell i desse tenestene. I

NYHET

WELLCOPRIM® 300 mg (TRIMETOPRIM)

1 TABLETT
OM KVELDEN
VED AKUTT UV



C Wellcoprim «Wellcome»

Antibiotikum

TABLETTER 300 mg: Hver tabletten inneholder: Trimetoprim 300 mg, constit. q.s. **Egenskaper:** Klassifisering: Antibakterielt middel med effekt mot Gram-positive og Gram-negative bakterier, f.eks. streptokokker, E.coli, Enterobacter, Proteus, Klebsiella, Salmonella, Shigella, Haemophilus influenzae. Virkningen er overveiende bakteriostatisk. Baktericid effekt er sett for enkelte bakteriestammer, avhengig av konsentrasjon og følsomhet. **Virkningsmekanisme:** Selektiv blokkering av bakteriell folinsyresyntese. **Absorpsjon:** Hurtig og nesten fullstendig. **Proteinbinding:** Ca. 45%. **Fordeling:** Konsentrasjonen av trimetoprim i f.eks. prostatavæske, saliv, sputum og vaginalsekret er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma. Særlig høye konsentrasjoner i lungevev. I kamservann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. **Halveringstid:** Ca. 11 timer. **Utskillelse:** Ca. 50% i uforandret form via nyrene og ca. 5% i fæces. **Overgang i placenta:**

Passerer. **Overgang i morsmelk:** Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte urinveisinfeksjoner som skyldes trimetoprim-følsomme bakterier.

Kontraindikasjoner: Alvorlig lever- og nyresvikt. Folinsyremangel. Vitamin B₁₂-mangel.

Bivirkninger: *Sjeldne, alvorlige:* Megaloblastanemi, leukopeni, trombocytopeni, påvirkning av folinsyremetabolismen hos svekkede pasienter. *Hyppigste:* Gastrointestinale (kvalme, brekninger), hudreaksjoner (utslett). Disse er vanligst ved langvarig bruk av høye doser. (Gjelder ikke allergisk betingede bivirkninger).

Forsiktighetsregler: Seponeres ved hudutslett. Blodbildet og folinsyrestatus bør kontrolleres ved langtidsbehandling, spesielt hos eldre og svekkede pasienter med nedsatt nyrefunksjon. I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. **Graviditet:** Trimetoprim bør ikke gis i første trimester.

Dosering: *Akutt urinveisinfeksjon:* Voksen: 300 mg (1 tablet) om kvelden. *Barn 6-12 år:* En halv tablet om kvelden. Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon halveres dosen eller doseringsintervallet fordobles.

Overdosering/Forgiftning: *Symptomer:* Kvalme, brekninger. *Behandling:* Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker evt. påvirkninger av benmargen. Kan dialyseses ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimetoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisk pikratreatagens nyttes. (Trimetoprim senker fenyalaninmetabolismen og innvirker på thyroideafunksjoner.)

Pakninger og priser: 50 stk. kr. 210,75, 7 stk. kr. 41,40.

The Wellcome Foundation Ltd
Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tel. (02) 53 73 30



TAKTIK REKLAMEBYRÅ

Sandnes vil 1 årsverk tilgang bety

0,6 % vekst i sjukeheimane,
1 % vekst i heimehjelp,
2 % vekst i heimesjukepleie,
4 % vekst i allmennlegetenesta,
8 % vekst i fysioterapi,
10 % vekst i helseesøster, eller
100 % vekst i miljøretta helsevern.

Dette betyr at dersom me prioriterer rett i eldreomsorga, så blir det rom for utbygging også av dei andre deltenestene. Men dersom me prioriterer feil, blir det både nullvekst for resten av etaten og elendighet over heile linja (gaukungefenomenet). Det er ikkje så farleg med dei små tenestene - særleg då førebryggjande helsearbeid -, for dei blir ikkje så dyre sjølv om dei blir prioriterte i høgaste laget. Hovedproblemet her blir gammal va- netenkjing.

Ein sjukeheim er eigentleg ein institusjon for sjukepleie, med ein del fysio- og ergoterapi og allmennlegetenesta attåt. Det er heimesjukepleien som er største enkeltdelen av kommunehelsetenesta i dag, og sjukeheimsoverførin- ga vil bare forsterke sjukepleien si stilling i den.

Dette syns eg er spennande, fordi sjukepleiarane dei siste åra har vist større evne til praktisk nytenkjing enn legestanden, på landsbasis. Det er i kommunehelsetenesta at sjukepleiefaget har sin store sjanse til å utvikle seg, mykje meir enn på sjukehus der sjukepleiarar for ein stor del fungerer på legepremisser. Måtte bare ikkje den faglege utviklinga koke bort i fagforeningsinteresser, - for slikt har hendlt før.

Grensegangane handlar om kven som skal gjere kva? Dei siste åra er dette blitt eit viktig problem, fordi
- før 1984 var det ingen som hadde reelt ansvar for helsetenestene utanom institusjon, men det er det no (kommune og fylkeskommune),
- når krybba er tom, bitest hestane.

Rogaland fylkeskommune har eit så stort driftsunderskot at den for lengst ville ha innleidd akkordforhandlingar dersom den var ei privat bedrift. Og andre fylkeskommunar har det visst ikkje så mykje feitare. Då blir det svært interessant for fylket å overføre oppgåver til kommunen utan å overføre pengar med dei: "Nyere faglig utvikling tilsier at disse oppgavene best kan løses i lokal- miljøet" (og dersom kommunen er

heldig vil dei statlege overføringane før eller seinare bli justert etter dette). Dette handlar både om HVPU, psykiatri og eldremomsorg. Eg trur det vil bli endå vanskelegare å få lagt eldre pasientar inn på sjukehus: "No er det kommunen som har ansvaret for eldremomsorga". Problemet kan bli såpass stort at sjukeheimane også må bli eit slags almenpraktikarsjukehus for eldre med spesialisttilsyn frå sjukehus no og då. Er dette ei ønskjeleg utvikling?

I motsetnad til HVPU-klientar og psykiatriske langtidspasientar blir dei eldre ei stadig meir ressurssterk gruppe. Dei vil ikkje finne seg i å få därlegare helseteneste fordi dei er over 67 år. Derfor trur eg at sjukeheimsoverføringsa i løpet av få år vil presse fram ein prinsippdebatt om grensegangssproblema mellom kommune og fylkeskommune - dei som hittil har vore feia under golteppet.

Me har to hovudmodellar å velje mellom:

1. Klar ansvarsfordeling mellom fylkeskommune og kommune. Kvar av dei to har sine eigne inntekter fra skatt og Staten.
2. Uråd å få klar ansvarsfordeling, derfor har kommunen ansvaret for alt som fylket ikkje kan ta ansvar for. Kommunen får alle pengane, og kjøper andrelinjetenestene sine av fylket.

I dag har me ein blandingsmodell: Inntektsfordelinga er klar, men fylkeskommunen gjer sitt beste for å omdefinere arbeidsoppgåvene over på kommunen. Dette kan fagleg sett langt på veg vere rett. Men då må pengane følgje med, for elles går det ut over dei oppgåvane som kommunehelsetenesta er pålagt å løyse idag. Hugs på at her betyr pengar stort sett årsverk. Etter som fylkeshelsetenesta er ca 2/3 av fylkesbudsjettet, så vil dette langt på veg bli ein debatt om fylkeskommunen sin eksistensrett (den er 10 år i år).

Altialt trur eg altså at sjukeheimsoverføringsa blir til nytte, delvis fordi den etter ein overgangsperiode legg til rette for utbygging av kommunehelsetenesta etter faglege totalvurderingar, delvis fordi den vil provosere fram ein debatt om oppgavefordelinga mellom fylkeskommune og kommune som me likevel er nøydde til å få før eller seinare. Det er betre å hoppe i det enn å krype i det, og altialt trur eg det hadde vore betre om sjukeheimane var blitt overført 4 år tidlegare ■

Gleder du deg eller gruer du deg til sykehjemmet blir kommunalt?

■ Per Steinar Steinsvoll
Tilsynslege ved Sel sjukeheim,
2670 Otta. Spesialist i almenmedisin 1985.



Spørsmålet er utfordrende, men alt for kategorisk i sin form. Det gis intet entydig svar fra min side, og jeg vil framføre en del betraktninger omkring sykehjem og omsorg for eldre og uføre mennesker.

I utgangspunktet gruer jeg meg for at driften av Sel sjukeheim, hvor jeg er tilsynslege, skal bli et rent kommunalt ansvar. Det hadde flere grunner, de rent prinsipielle og de mer private og lokale. De siste har mindre interesse for almenheten og skal ikke åpenbares.

Under fylkeskommunal drift har de statlige midler vært fordelt som rammebevilgning. Kommunen har imidlertid stått for behovsanalyser og utbygging. Fylkeshelsesjefen har ført en tallmessig registrering av den kommunale sykehjemdrift med tilbakemelding for sammenligning med andre kommuner.

I systemet er det innebygget mulighet for å påvise skjevheter mellom kommunene og rette opp disse. Nå opphører det overordnede fylkeskommunale driftsansvar og lokalpolitikerne overtar.

Det er imidlertid fare for at et rent kommunalt driftsansvar kan føre til forsiktig utbygging og i enkelte kommuner nedbygging. Det har den seinere tid vært på moten å avvikle sykehjemdriften i sin næværende form. Det er snakk om at omsorg på for høyt og omkostningskrevende nivå skal erstattes

med enklere boformer for eldre kombinert med utbygging av andre former for behandling, hjelp og omsorg i hjem og nærmiljø.

Vi som arbeider i primærhelse-tjenesten, vet at det ikke er snakk om et enten-eller, men et både-og. Dette skynder ikke endelig politikere, med den følge at enkelte kommuner vil få et langt dårligere tilbud til sine eldre og uføre.

Hvorfor denne påstand? Undersøkelser har vist at kommuner med lav sykehjemsdekning også har dårlig utbygde hjelpefunksjoner til hjemmeboende, - et paradoks som har forskrakket mange. Slike forhold må skyldes dårlig innsikt og manglende vilje til å bruke øremerkede midler til eldreforsorg.

Det mangler således et ris bak speilet for å sikre den rette styring også blant politikerne i lokalsamfunnet.

Virkeligheten innfrir ikke den ideale målsetting p.g.a. for liten kapasitet i sykehjemmet og for dårlig omsorgskjede totalt. I et lokalsamfunn bør en ansvarlig faggruppe koordinere og utnytte den totale omsorgskjede, og denne bør være utbygd med alternative boformer og hjelpebid tilpasset hver enkelt klients funksjonsnivå.

Klientens egne ressurser må bevares lengst mulig, og den hjelp som finnes i familie, hjemmekrets og nærmiljø må gis vekstmuligheter for næromsorg. Gamle verdi-

normer som kommer alle til gode, må få ny hevd i et moderne samfunn.

Innleggelsespresset på våre sykehjem er stort, og sirkulasjonen er desverre alt for liten. Interessen for den enkelte inneboende pasient kolliderer derfor med samfunnets krav om "økt produktivitet". Dette er meningsløst, men sant

I stedet for trygghet med omsorg i en hjemlig atmosfære, skaper slike forhold angst og usikkerhet hos mange. Sykeliggjøring og manglende motivering for rehabilitering er det synlige resultat. Vi må alltid ha noe positivt å tilby klienten, som trygghet og mulighet for hjelp.

Sykehjemmene fylles opp av senil demente, i enkelte undersøkelser inntil 70 % av klientellet. Befolkningsprognosene viser en drastisk økning av de eldste aldersgrupper fram mot år 2000 og dermed også gruppen senil demente. Dette er mennesker som på grunn av sin intellektuelle funksjonsforstyrrelse må forpleies i sykehjem uten utsikt til rehabilitering til åpen omsorg. Spesialomsorgen for psykisk utviklingshemmede kanaliseres til hjemstedskommunen med den følge at sykehjemmene må gi botilbud til de mest omsorgskrevende. Det samme gjelder yngre mennesker med kronisk sykdom og større funksjons-hemminger.

Som en vil forstå er det oftest behov for både en utbygging av sykehjem og en differensiering av de oppgaver som forventes ivaretatt av disse.

Jeg har nevnt hvor viktig det er med en effektiv samordnet omsorgskjede for eldre og uføre mennesker. Ingen kjede er sterke enn det svakeste ledd, som kjent.

Forståelsen av dette enkle prinsippet er avgjørende for at økonomiske og menneskelige ressurser skal forvaltes på en måte som kommer flest mulig til gode.

Den enkelte kommune skulle være den nærmeste til å løse sine egne vitale problemer også på dette område. Det er evnen og viljen det kommer an på. Vi får håpe det beste.

Mine erfaringer og refleksjoner gir ingen sikker konklusjon på om overføringen til kommunal drift er en fordel.

Jeg sier derfor som brura: "Jeg både gleder og gruer meg" ■

annonse

Gleder du deg eller gruer du deg til syke- hjemmet blir kommunalt?

Berit Olsen
Fylkeslege i Finnmark



Jeg skulle ønske jeg kunne si at jeg uforbeholdent gledet meg til sykehjemmene ble kommunale. - Og selvfølgelig er jeg glad for reformen. Jeg tror at den er en helt nødvendig forutsetning for utviklingen av en differensiert eldreomsorg.

Nå gleden er litt forbeholden, har det derfor ikke sammenheng med selve reformen, men med andre forhold som vil gjøre det vanskelig å gjennomføre den.

For det første er det naturligvis alltid slik at en overgangsperiode vil være preget av frustrasjon og kaos. I dette tilfelle er det grunn til å tro at omstillingen vil bli særlig vanskelig og ta lang tid fordi den kommunale overtakelsen faller sammen med en stadig økende andel eldre i befolkningen og en svak kommuneøkonomi.

For det andre vil vi naturligvis fortsatt ha problemer med at pleiepasienter "stuker" seg opp på akuttsykehusene. Og jeg vil nok tro vi kan forvente oss en skjerping av tonen med hensyn til ansvarsfordelingen for gråsonepasienter.

Vi kan kanskje vente oss endringer i den tradisjonelle aksept for sykehusoverlegens avgjørelser med hensyn til definisjonen av hvilke pasienter som er fylkeskommunalt/kommunalt ansvar. I alle fall vil jeg tro at legenes habilitet i forhold til ansettelsesforhold vil bli utfordret.

I Finnmark er svært mange sykehjemsplasser knyttet til våre tradisjonelle sykestuer, og disse sykestuesengene, som er akutt-senger som kommunehelsetjenesten benytter, skal fortsatt fungere og være fylkeskommunale. Her må vi nok regne med å få atskillige utfordringer i form av at vi får presset mot pleiesengene og behovet for å ha åpne akuttsenger direkte inn på samme lille avdelingen i små lokalsamfunn. Det kommer til å bli en spennende oppgave å følge den utviklingen. ■

Norsk idrettsmedisinsk kongress
1987:
NKP's idrettsmedisinske
pris 1987

Norsk Idrettsmedisinsk Kongress arrangeres i Bergen 19.-22.nov.87. Ansvarlig for Kongressen er Norsk Idrettsmedisinsk Forening i samarbeid med Interessegruppen for Idrettsfysioterapi og Norges Idrettsforbund.

Takket være stor velvilje fra Norsk Kollektiv Pensjonskasse A/S kan arrangøren også i år utlyse to prisoppgaver som er på kr. 5.000,-, hvorav den ene tilfaller lege(r), den andre fysioterapeut(er). "NKP's idrettsmedisinske pris" er ment som en stimulans til forsknings- og utviklingsarbeid innenfor det idrettsmedisinske fagfeltet i Norge. Prisene skal utdeles årlig på Norsk Idrettsmedisinsk Kongress som holdes om høsten.

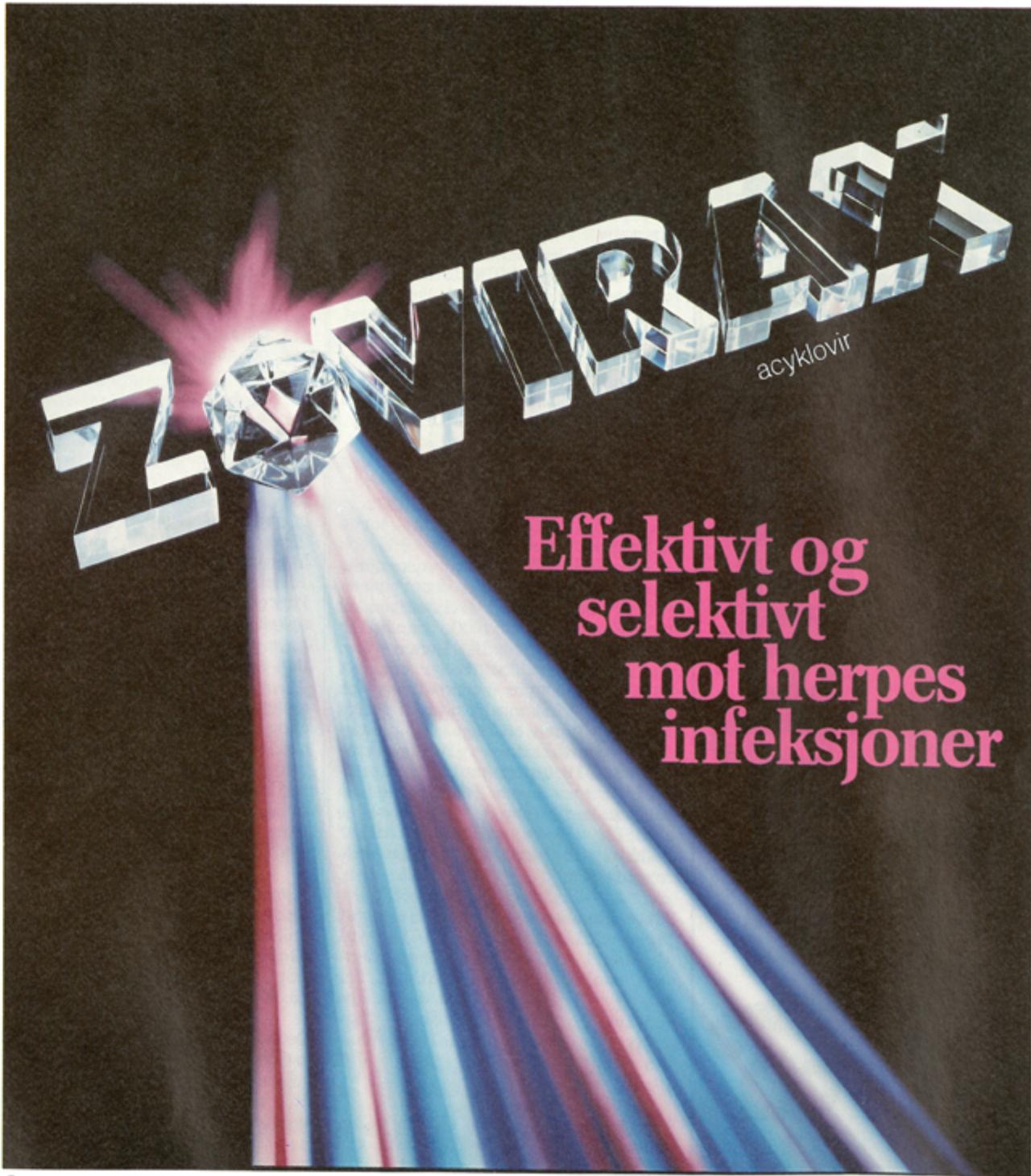
Også i år vil besvarelser basert på litteraturstudier bli vurdert, selv om besvarelser basert på egne arbeider vil bli å foretrekke.

"NKP's idrettsmedisinske pris" har vi også i år kalt "Idrett og Helse". Prisene tilfaller beste besvarelser fra lege(r), fysioterapeut(er). Besvarelsen utformes som et 30 minutters langt foredrag. Vinnerne forventes å presentere sine besvarelser på Norsk Idrettsmedisinsk Kongress.

Leger og fysioterapeuter inviteres til å sende inn svar på prisoppgaven innen 1.11.87. Prisoppgaven vil bli bedømt av en utvidet programkomite med både leger og fysioterapeuter. To eksempler av besvarelsen med sammendrag sendes anonymt, men må merkes med en selvvalgt kode, og det må gå klart frem om besvarelsen er sendt av lege(r) eller fysioterapeut(er). Navn og adresse på forfatter(ne) legges i en lukket konvolutt. Fremsiden av denne konvolullen merkes med samme kode som besvarelsen. Hensikten med denne fremgangsmåten er at bedømmelsen skal kunne foregå anonymt.

Besvarelsen sendes:

Norsk Idrettsmedisinsk Kongress 1987, c/o overlege Thorbjørn Strand, Kysthospitalet i Hagevik, 5220 HAGEVIK.



Rand Grafisk Design

For ytterligere opplysninger og Felleskatalog-tekst, kontakt:



The Wellcome Foundation Ltd

Gamle Drammensv. 107, 1322 Høvik. Tlf.: 02 - 53 73 30.

Almenpraktikertene inn i sykehjemmet?

■ Ida Hydle
Geriatrisk avdeling, Ullevål
sykehus

■ Ot.prp. nr. 48 (1985-86) om sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten er obligatorisk lesning for landets almenpraktikere dette året. Her trekkes retningslinjene opp for det medisinske og organisatoriske ansvaret kommunene får fra 1988. Og det ser ikke ut til at det er et ansvar kommunene tar imot med glede, tvert imot. Naturlig nok, all den stund det er en kriserammet sektor i helsevesenet det dreier seg om.

Helsedirektoratet offentliggjorde en rapport i slutten av 1986 om tilstanden på norske sykehjem. Den er skremmende! Underbemanningen er prekær. Halvparten av pasientene, ca 15.000, må daglig holde sengen fordi ingen kan hjelpe dem opp. Det betyr også at mange tusen pårørende lider på vegne av sine gamle og at mange ansatte innen omsorgs- og pleieyrkene er utslitte. Daglig må de foreta helt umenneskelige prioriteringer av typen "skal jeg nå dele ut medisiner, sitte hos den alvorlig syke pasienten eller snakke med noen fortvilte pårørende?"

Dette er kanskje ikke så meget legenes dilemmaer. De deltar vel sjeldent i slike situasjoner. Kanskje skulle de ha vært utsatt for det? Kanskje ville de da ha medvirket til en medisinsk fagutvikling innen eldrehelsetjenesten som hadde forebygget det uføret kommunene nå kommer i?

For almenpraktiker betyr ikke overgangen fra fylkeskommunal til kommunal drift så mye. Det medisinsk-faglige innholdet i lege-tjenesten i sykehjemmet blir stort sett det samme. Men her ligger det en ideologisk og faglig utfordring til almenmedisinens - hvordan kan faget bidra til en opprustning av det medisinske behandlingstilbud i sykehjemmene? Det foreligger få retningslinjer - det overlater Sosialdepartementet og politikerne til lege-ne selv.

Hva er innholdet i sykehjemmet?

1. En bolig, en pleie-, omsorgs- og behandlingsinstitusjon for

gamle mennesker med et funksjons-tap som hindrer dem i å bo hjemme. Funksjonstapet er for ca 50-80 % dominert av hukommelsessvikt - kombinert med psykiatriske og somatiske lidelser.

2. En kvinnearbeidsplass, av og til kommunens største, med fysiske arbeidsbelastninger som vel trygt sammenliknes med tungindustrien, i tillegg til de psykiske. Samvær med mennesker med hukommelsessvikt, med mennesker som utsettes for alvorlig sykdom og død, er en psykisk belastning.

3. En rehabiliteringsinstitusjon - korttidsplassen, som de fleste små og store sykehjem har og skal få.

4. Et tverrfaglig møtested mellom mange profesjoner i helse- og sosialtjeneste.

5. En overgangsinstitusjon mellom hjemmet og døden.

Hvordan kan almenmedisinens KOPF-ideal (Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende) dra sykehjemstjenesten opp på det høye faglige nivå den fortjener? Det ligger ingen motsetning i at Ot.prp. nr. 48 sier at sykehjemmene må ha sin faglige forankring i de geriatrisk team, for almenmedisin har sin faglige forankring i møtet mellom mange ulike medisinske spesialiteter. Geriatriken er i likhet med almenmedisin en "ung" disiplin (fra 1975) med følgende definisjon:

"Geratri er læren om etiologi, patofisiologi, diagnose, profylakse og terapi av sykdomer hos eldre, vanligvis avgrenset nedad mot en kronologisk aldersgrense på 70 eller 75 år."

Denne definisjonen ligner på almenmedisinernes definisjon med unntak av aldersbegrensningen. For øvrig kunne kanskje geriatri-en heller vært en grensespesialitet av almenmedisin enn av indremedisin, slik den er i dag.

KOPF-ideallet i sykehjemmene

KONTINUERLIG arbeider den lege som ser sykehjemmet som en forlenget arm av hjemmet, med de sosiale og kulturelle rammer for menneskers atferd og sykdomssyndet innebærer. Den legen som er vant til å gå i sykebesøk i hjemmet og snakke med pasienten i sitt eget miljø og med pårørende, vet da hvordan sykebesøk i sykehjemmet skal foregå. KONTINUITET bør det være i lege/pasientforholdet, såvel i som utenfor institusjon. KONTINUERLIG er også samarbeidet med

pleie- omsorgs- og rehabiliteringspersonalet (ergo- og fysioterapeut) både i og utenfor sykehjemmet. Og overordnet er det at almenpraktikeren ser sykehjemmet som en KONTINUERLIG del av behandlingskjeden i kommunehelse-tjenesten.

OMFATTENDE arbeider den sykehemslegen som er avhengig av det tverrfaglige geriatriske teamet - sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, hjelpemiddelsentral, hjemmesykepleier og annenlinjetjenesten i form av geriatric konsulentbistand fra nærmeste regions- eller fylkes-sykehus. OMFATTENDE er også det faglige innholdet i den medisinske sykehjemstjeneste, der funsjonsdiagnostikk er vel så viktig som organidiagnostikk og der attføring gjøres til et medisinsk begrep på linje med behandling. En grunnleggende forutsetning for dette er at legen forholder seg til en hel pasient, ikke til en gruppe organer. Dette har geriatriken også til felles med almenmedisinen.

PERSONLIG arbeider den sykehemslegen som tar vare på kommunikasjonen med pasienten, familien og samarbeidspartnere og nyttiggjør seg dette i sykehjemmet og i forhold til hjemmesykepleien. Det er en nødvendig del av den sosiale og den faglige innsatsen som påligger legen. Her er det PERSONLIGE engasjement en vesentlig del av det å gjøre arbeidet meningsfylt - også faglig.

FORPLIKTENDE arbeider den syke-

hemslegen som omsetter kunnskaper fra videre- og etterutdanningen i geriatri til egen praksis. Faglige FORPLIKTELSENE i sykehjemmet består i god differensialdiagnostikk basert på brede kunnskaper om gammes sykdomsbilder, medisinsk veiledning i rehabiliteringsarbeidet og i arbeidet med å opprettholde pasientens funksjonsnivå - psykisk og fysisk. FORPLIKTELSENE ligger også på et forebyggende plan: Forebyggelse av sykehjemmennlegelse ved god almenmedisinsk tjeneste på et tidligere alderstrinn der risikogruppene oppspores. Sosial isolasjon, inkontinens, hukommelsessvikt og nedsatt gangfunksjon er viktige tegn på nedsatt funksjonsevne som legen skal registrere og søke å forebygge.

Medisinsk attføring og geriatri - en del av kommunehelseloven

"En generell styrking av eldreomsorgen, særlig den åpne del av den, vil imidlertid kreve at kapasiteten i almenlegetjenesten i større grad brukes i eldreomsorgen, og videre- og etterutdanningen bør orienteres i retning av geriatri", sier Ot.prp. nr. 48. I tillegg forpliktes kommunene til å drive medisinsk attføring iflg. kommunehelseloven. Den største gruppen som skal medisinsk attføres - rehabiliteres - er de gamle med funksjonssvikt. Her ligger det et nytt innhold i attføringsbegrepet - det som går på opptrening og vedlikehold av dagliglivets funksjoner, ikke yrkesmessig att-

føring.

APLF's fagutvalg og almenmedisinsk forskningsutvalg har oppgavene med å tilpasse videre- og etterutdanningen og forskningen i almenmedisin til den befolkningsgruppe som krever størst innsats nå og i fremtiden: De gamle! Hver kurskomite bør tilby en årlig kurspakke i geriatri, og Spesialitettskomiteen i geriatri har startet med en forespørsel om samarbeid. Forskning i sykehjemmet blir et like viktig almenmedisinsk som geriatrick anliggende. Her ligger store oppgaver innen såvel helsetjenesteforskning som klinisk og samfunnsvitenskapelig forskning. Hvordan organiseres de ulike sykehjemstjenestene på best mulig måte - hva slags organisasjonsmodeller bør utprøves - hvordan settes grensene best mellom hjem, sykehjem og sykehus - grenseoppganger mellom forebyggende, kurative og rehabiliterende tjenester i og i tilknytning til sykehjemmet - grenser mellom opptrening og vedlikehold av dagliglivets funksjoner - medisinsk-etiske spørsmåsstillinger i sykehjemmet: Når behandle og når ikke behandle osv. ?

Sykehjemmene er kanskje den største både kvalitative og kvantitative utfordringen almenmedisinen får -

Ta den! ■

Tilsynslegen i byen og på landet

Gisle Smith

Bydelslege I, Furuset helse og sosialsenter i Oslo, sykehemslege Furuset sykehjem. Spesialist i samfunnsmedisin og Almenpraktiker Dnlf.

- nærmere bestemt i Målselv, landkommune i indre Troms, og på Furuset, drabantby i Oslo. Forholdene høres temmelig forskjellige ut, også for tilsynslegen.

Målselv

Vidstrakt, naturskjønn utkantkom-

mune med knapt 8000 innbyggere og 3 helsecentra. Syke- og aldershjemmet ligger like ved et av disse, og har 53 sykehjemssenger og 19 aldershjemssenger. Det er alminnelig bra utbygd hjemmesykepleie med kveldsvaktordning alle dager. Sykehjemmet har reservert 7 senger til avlastnings og korttidsopphold.



Marvelon® med desogestrel

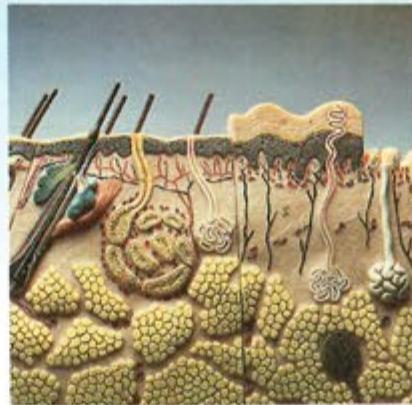
DE SOGESTREL OG ETINYLODISTRADOL

- det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro.

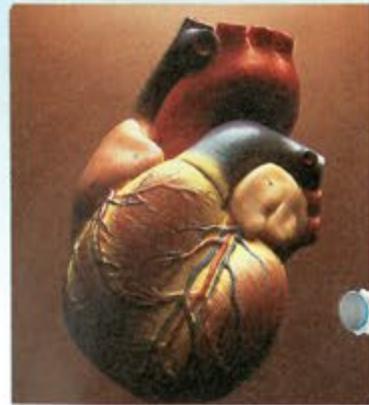


**Monofasisk, enkel for pasienten
og utmerket sikkerhet.**

(Pearl index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2).
Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4).¹³)



**Ingen androgen effekt
forventes^{19, 20, 21, 22} og
bedring av eksisterende
androgene symptomer
er rapportert^{21, 21a, 21b}**



**Gunstig lipidprofil
med positiv virkning
på HDL.^{39, 40, 41}**

Marvelon «Organon»

Ankomsepsjonsmidde

TABLETTER: Hver tablet innholdt: Desogestrel 0,150 mg., etinyloestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk estrogen/gestagen kombinasjon med god cykluskontroll. God ankomsepsjonsell sikkerhet. Pearl Index: Metodefeil 0,0 (0,0–0,2). Pasientfeil 0,1 (0,0–0,4). Ingen androgen effekt forventes, og bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert. Nettetid: Innhold: ingen vennligstendring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.

Virkningsmekanisme: 1. Understøttes av invasjonsfaktorer. 2. Favringsfaktorer. Makrosirkulatoren til materniteten passerer værsikkeres. Desogestrel 0,8–1,2 timer. Etinyloestradiol ca. 26 timer. Metabolisme: Både etinyloestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. (U)aktivitet: Via urin og fæces. Overgang i morsmilk. Man har påvist både estrogen- og gestagener i morsmilk.

KONTRAINDIKASJONER: Ankomsepsjonsmidde

KONTRAINDIKASJONER: Absolute: Tromboflebitet eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsstyrke, icterus, Dubin-Johnson-syndrom,Rotor-syndrom, gravitetsstillerus i anamnesen (gjennomgått hepatit med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindiktant). Varilicet eller misterisk cancer morsmilk, varilicet eller misterisk estrogenhungrige tumorer, udagtagne gentitalbehandling, gravide, arteriel hypertension, Sickle-cell anemia, Herpes genitalis, relativt: ikke-establit menstruasjon.

DIVIRKNINGER: Avløps-tilstande, som transverses, (dette: høyre, venstre, dype venner) forstørrelser. Andre bivirkninger er blod-angst, hodepine, hodepine, masseljt, kvalme, hodepine, mangel og mangel overhovedet, mangel overhovedet. Endokrin: ved- lodd, samt klinisk-kjemisk normalisering av oppslag. Oppslag legg på atkines, ikke-hedværsymptomer rettet til preparatet, skal medikasjonen straks avlyses. Titeller av leverforandringer (adenosin, fokal nodular hyperplasia) er beskrivet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringerne kan arte seg som akutte buksinter eller legn på intra-abdominal blødning.

FØRSIKTIGHETSREGLER: For behandling institueres grundig gynækologisk undersøkelse inkludert mammæundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelsene bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cykluskjede, kroppsvekt, blodtrykk, bryll og bremekorganger, bén og hud. Cytologiske prøver skal tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller. Kvinner med høyt risiko for hjerte- og karsykdom, særlig hos kvinner over 35 år, og hos kvinner over 35 år. Det advarer mot samtidig reising av blodtrykket, særlig hos kvinner over 35 år. Opprinnelig regn avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å føre til økt risiko for hjerte- og karsykdom. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjon- eller myresykdom, epilepsi eller migræne. Unge bør ha stabilt blodkjølesykecyklus før preventivtablettene tonfiskres. Preventivtablettene skal ikke brukes for hjerte-blokksykdom, osmosehjemmet, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres og utsattes for en kort periode. Det er viktig å kontrollere hvor mange tablettene kvinnene har gjort. Andre ikke-monogene antikomsepsjoner bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig innak av andre legemidler som clomipramin, barbiturater og hydantoinenderivater minsker preparatets påvirking.

DOSERING: 1 tablet daglig/21 dager fra ankomsepsjonsførste dag. Etter 7 tabletter dager påleggynes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablet av en annen ankomsepsjose ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablet tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gjällt siden siste tabletten ble tatt, bør annen preventasjon anvendes i tillegg den første uke.

PÅKNINGER OG PRISER:
3x21 Kr. 68,- 6x21 Kr. 129,-
1.10.1985

genet gesteron



Normalt liten
eller ingen
vektforandring¹³

God cykluskontroll

88,1% i tredje og 90,9%
i sjette cyklus hadde ingen
uregelmessige blødninger.¹³

REFERANSER

13. Weijers M. J. Clinical Therapeutics 1982, 4 No 5, 359-366.
19. Culberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1982, 111, 47-54.
20. Hammond, G. L. et al. Fertility and Sterility 1984, 42, 44-51.
21. Palatsi, R. et al. Acta Derm Venereol (Stockh) 1984, 64, 517-523.
21. a) Dewis, P. et al. Clin Endocrinol 1985, 22, 29-36.
21. b) Culberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195-202.
22. Culberg, G. et al. Contraception 1982, 26, 229-243.
39. Bergink, E. W. et al. Contraception 1982, 25, 477-485.
40. Bergink, E. W. et al. Contraception 1984, 30, 61-72.
41. Samsøe, G. Contraception, 1982, 25, 487-504.



Furuset

Ny drabantby i Groruddalen, med 8000 innbyggere, ett helse og sosialsenter og ett sykehjem med ca. 190 senger og 14 dagsenterplasser. Sykehjemmet er dessuten nabo til og deler visse fellesfunksjoner med ca. 100 trygdeboliger. Hjemmesykepleien i området har kveldsvaktordning alle dager og disponerer 2 korttids-senger i sykehjemmet.

Ulik beliggenhet

Sykehjemmet i Målselv ligger idyllisk til på et høydedrag over elva, stille og fredelig i naturskjønne omgivelser.

Sykehjemmet på Furuset er omgitt av motorvei, T-banestasjon, butikksenter, boligblokker, betong og asfalt.

Så langt er det lettere å se ulikheter enn likheter og rent umiddelbart fristes man vel lett til å foretrekke det ene framfor det andre.

En statisk rolle

Men de fleste ulikheter forsvinner fort når man stiger inn i institusjonene: lange korridorer, vaktrom, skyllerom, klokker, uniformerte pleiere og passive beboere møter en begge steder. Et massivt preg av sykehus - og slik måtte det vel gjerne bli, skaret som begge er (sykehus og sykehjem) over den samme forskrifts- og normlest.

Den medisinske pleie fungerer godt i slike forhold og dette illustreres tydelig ved at pasientene er både rene og velstelte.

Men bo-kvalitet og trivsel er omrent som ventet i en slik setting som vanskelig kan bli hjemmekoselig og trivelig, spesielt ikke om man tvinges til å dele to-sengsrom med folk som man kun har alder til felles med.

Begge institusjonene har en alt-for statisk rolle i det totale eldreomsorgsarbeidet i den forstand at bidraget til en effektiv øpen omsorg blir for lite.

Tilsynslegen, plassert som han er, med et ben i og et utenfor institusjonen burde vel være i en utmerket posisjon for å få gjort noe med dette!?

Tilsynslegefunksjonen

I Målselv disponerer tilsynslegen 10 timer pr. uke på sykehjemmet.

Han kommer fra helsecenteret like ved , og han bruker resten av arbeidstida si til andre typiske kommunelegegjøremål, bl.a. kurtativt arbeide til hjemmeboende eldre og samarbeid med hjemmesykepleien. Han sitter også i inntaksnemnda sammen med hjemmesykepleiesjef og bestyrer ved sykehjemmet.

Tilsynslegen på Furuset disponerer 38 timer pr. uke på sykehjemmet og jobben deles av 3 bydelleger fra helse og sosialsenteret hvor det totalt sitter 5 leger. Pasientene til sykehjemmet kommer fra kommunens totale venteliste og prioriteres av det sentrale inntakskontor uten annen lokal innflytelse enn hjemmesykepleiens 2 avlastningssenger.

Samordning av ressurser

Tilsynslegens sentrale posisjon i omsorgskjeden i Målselv kombinert med lokal bra samordnet råderett over plassene i sykehjemmet bidrar nok til en noe mer effektiv utnyttelse av ressursene på landet enn i byen - og i alle fall en riktigere prioritering ved inntak.

Fordelen ved lokal oversikt og råderett over ressursene mangler vi på Furuset, og dette er formodentlig en av grunnene til at vår virksomhet nok er mindre effektiv enn i Målselv. Med hele byen som opptaksområde, fungerer vi som permanent bolig for et mer eller mindre tilfeldig utvalg av kommunens pleietrengende gamle. Tilsynslegens oppgave blir da først og fremst å være almenpraktiker for beboerne.

Men Oslo har skjønt at den nåværende organisering av blant annet eldrefomsorg og kommunehelsetjeneste forøvrig, er uhensiktsmessig, og som beskrevet i Unni Ånstads artikkel i dette nummer av Utposten, gjennomfører kommunen neste år en storstilt desentralisering av denne virksomheten, slik at forutsetningene vil komme til å ligne adskillig på dem man har i Målselv og i store deler av landet forøvrig. Vi ser absolutt fram til å komme i en slik posisjon i forhold til oppgavene våre.

Men det er helt klart at dette i seg selv ikke er tilstrekkelig til at alle problemer skal løses. Det kreves helhjertet satsing på alle hold både når det gjelder ressurstilgang og når det gjelder kompetanseutvikling og engasjement blandt aktørene i felten.

På organisasjonssiden har det vært altfor dårlig samordning av

ressursene i og utenfor institusjon, også i Målselv. Overføringen av sykehjemmene fra fylker til kommuner baner veien for forbedringer her. Man bør nok i større grad enn nå anvende ressursene i pasientenes hjem og ikke operere med så bastante skiller mellom åpen og lukket omsorg.

utvilsomt være mer positiv rekryttering ■

Felles ressurspool

På Furuset arbeider vi nå for å knytte hjemmesykepleien og pleiepersonalet på sykehjemmet adskillig tettere sammen i noe som etterhvert kanskje kan komme til å bli en felles ressurspool. Vi mener at dette burde føre til mer effektiv og smidig utnyttelse av ressursene samt bidra til å gjøre arbeidet enda mer utfordrende og spennende. Tilsynslegen befinner seg jo allerede i en slik felles ressurspool og har et utmerket utgangspunkt for å være pådriver i denne prosessen.

Engasjere oss sterkere

I det hele tatt så er det svært viktig at legesiden prioritærer dette arbeidet og at vi engasjerer oss langt sterkere enn hittil for å forme en mer menneskevennlig og anstendig eldrefomsorg. Dette gjelder i like stor grad på organisasjons- og ledelsessiden som på den mer kliniske siden. Vi må i alle fall ikke virke bremsende på prosessen f.eks. ved å bidra til at sykehjemmet blir for opptatt med indremedisinske spissfindigheter som lite eller ingenting verken øker funksjonsnivå eller trivsel for beboerne.

Almenpraktikeren bør helt klart kunne plasseres sentralt i eldrefomsorgen både i by og på land, slik han er det i Målselv og på Furuset. Han må nå vite å utnytte den posisjon han er i samt de nye muligheter han får både i Oslo og i landet forøvrig til å dra med seg medarbeidere både i og utenfor sykehjemmene til en mer samordnet og smidig innsats for at pleietrengende gamle i større grad enn nå skal kunne tilbys en trygg tilværelse i eget hjem.

Bør meritere

Til slutt en oppfordring til Legeforeningen om å sørge for at tilsynslegevirksomhet ved sykehjemmene gjøres meriterende til spesialistutdannelsen i relevante spesialiteter som almenmedisin, samfunnsmedisin og geriatri. De faglige argumenter for dette synes for meg temmelig åpenbare, og et viktig resultat av å gjøre virksomheten meriterende ville

Sykehjem i storbyen

□ Unni Ånstad



Tidligere avdelingsoverlege ved kontoret for eldreomsorg i Oslo. Nå ansatt i prosjektlederstaben for desentralisering av helse- og sosialsektoren i Oslo kommune.

Tradisjonelt har sykehjemmene vært hjørnestenen i eldreomsorgen i Oslo. Etterspørselen etter sykehjemsplasser har vært stor og liggetiden har vært lang.

Start behov

Dette henger selvsagt sammen med at behovet for offentlig pleie og omsorg i Oslo er stort som følge av høy andel eldre, høy andel enehusholdninger, uhensiktsmessige boliger osv.

Bygging av nye sykehjemsplasser har ikke holdt tritt med økningen i antall endre over 80 år. Det har heller ikke vært tilstrekkelig med alternative tiltak, f.eks. mer differensierte bo- og servicetilbud, alarmsystemer, hjemmehjelp, hjemmesykepleie, døgnvaktoveringer osv.

Sviktende rekruttering av personale til sykehus, sykehjem og åpen omsorg har i den senere tid kommet til som en kompliserende faktor. Manglende ressurser til å møte et økende behov i den eldre befolkning er derfor en vesentlig årsak til ventelister og "korridorsengproblematikk".

Men det er kanskje ikke den eneste forklaring på at eldreomsorgen i hovedstaden så ofte blir fremstilt som krisepreget.

Oppsplittet organisering

I de senere år har det i økende grad vært fokusert på selve organiseringen av tjenestetilbudene til eldre. Oslo er en stor kommune, og tiltaksapparatet har

vært preget av oppsplittede og uoversiktlige ansvarsforhold. De ulike tjenestene har vært administrert under forkjellige etater, også tjenester som forutsetningsvis skal dekke samme behov. Det har vært blandede sentraliserte og desentraliserte organisasjonsmodeller, og tjenester som har vært desentralisert har hatt forskjellig distriktsinndeling (sosialdistrikt, hjemmehjelpsdistrikt og hjemmesykepleiedistrikt).

Sykehjemdriften har vært lagt til en sentral instans med unntak for to institusjoner som er administrert av sykehus. Bruk av sykehjemsplassene har vært gjengstand for stadige diskusjoner. Pr. i dag brukes hovedtyngden av plassene til varig pleietrengende pasienter som til tross for adekvate behandlings- og rehabiliteringstiltak ikke lenger kan fungere i eget hjem. Det har vært en arbeidsdeling slik at det aktive rehabiliteringstilbud for eldre har vært knyttet til sykehusenes geriatriske avdelinger eller seksjoner.

Differensierte tilbud

Tidens trend er imidlertid at sykehjemmene rehabiliteringsfunksjon skal styrkes. Som følge av dette er det etablert øremerkede rehabiliteringsposter ved 4 av byens sykehjem. I tillegg til dette har et økende antall plasser vært øremerket for korttidsopphold for pleiepasienter hvor pårørende eller andre hjelpercere trenger avlastning. Sammen med utbygging av dagplasser og spesielle enheter for pasienter med aldersdemens innebærer dette at

Nyhet ved angina pektoris

**Nytt, effektivt
nitropreparat
med langtids-
virkning
og dosering
2 ganger
daglig**

- 1. Enkel dosering:**
Normalt 20 mg 2 ganger daglig.
12 timers virketid
– en fordel også ved nattangina^{6, 12}
 - 2. Eneste perorale
langtidsvirkende nitrat
med 100% biotilgjengelighet.**
Dette betyr enkel
innstilling av pasienter.³
 - 3. Ingen toleranseutvikling**
påvist ved anbefalt dosering.^{8, 12}
 - 4. Dosering uavhengig
av lever-/nyrefunksjonen.**^{9, 10, 11}
 - 5. Lav bivirkningsfrekvens⁴**
- ISMO kombinerer god effekt
med enkel dosering
– en forutsetning for
god “patient compliance.”**



ORGANON A.S.
Boks 325, 1371 Asker,
Tlf. (02) 78 43 65

ISMO «Boehringer Mannheim»

T Nitropreparat Indeks: C01DA14
TABLETTER 20 mg: Hver tablet
inneh.: Isosorbid-5-mononitrat 20 mg
const.q.s.

EGENSKAPER: Langtidsvirkende
(ca. 12 timer) nitropreparat med
virkning på brystsmerter forårsaket av
koronar hjertesykdom. Antatt virke-
mekanisme: Tonusnedsettende
effekt hovedsakelig i venøse kap-
sitsanskar. Dette fører til redusert venøs
tilbakestrømning og derved nedsett
fylningstrykk (preload) i hjertet.

Hjertets arbeid minskes, dermed
bedres eksisterende misforhold
mellom hjertets oksygenbehov og -til-
førsel, og anginæse smørter reduseres
eller forsvinner. **Absorpsjon:** Tilsært
fullstendig, maks. plasmakon-
sentrasjon etter ca. 1 time.
Biotilgjengelighet: 100%. Halverings-
tid: 4–5 timer. **Metabolisme:** I lever ved
denitriering og glukuronidering.
Utskillelse: Hovedsakelig i urin som
metabolitter.

INDIKASJONER: Profylaktisk mot
angina pectoris.

KONTRAINDIKASJONER:
Nitratintoleranse. Alvorlig hypoten-
sjon, sjokk, økt intrakranielt trykk.

BIVIRKNINGER: Forbigående hode-
pine, "flushing," hypotensjon, svim-
melhet, takykardi og brekninger.

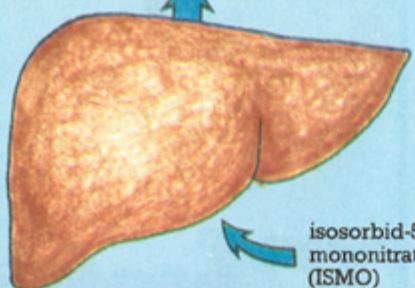
FORSIKTIGHETSREGLER: Ved
akutt hjerteinfarkt bør ISMO kun
brukes under streng medisinsk
kontroll. Forsiktighet utvises hos
pasienter med aorta klappefeil,
hypotensjon, akutt koronar okklusjon
eller akutt koronar insuffisians med
blodtrykksfall. En mulig effekt på
intraokulært trykk tilsier forsiktighet

ved trangvinklet glaukom. Kan
potensiere effekten av antihyper-
tensiva og gi utilsiktet hypotensjon ved
kombinasjon med alkohol. Sepone-
ring av høye doser bør skje langsomt.
Mulighet for toleranseutvikling.

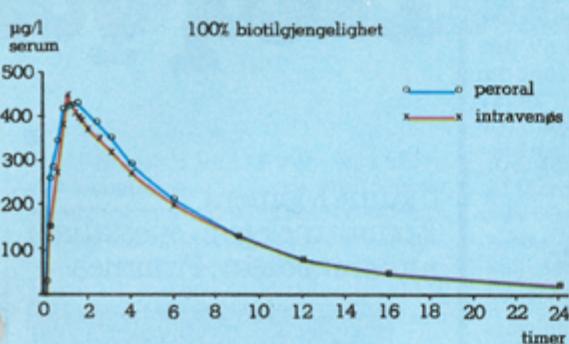
INTERAKSJONER: Alkohols effekt
på reaksjonstiden kan potensieres.
Se Interaksjonstabellen i Felleskata-
log 1986. (I: 65e)

OVERDOSENG/FORGIFTNING:
Ved overproduksjon av methemoglo-
bin som følge av overdosering: Intrave-
nes tilførsel av ascorbinsyre eller
metylenblåtoppløsning. Oksygentil-

isosorbid-5-mononitrat (ISMO)



Ingen "first pass"-effekt og lang halveringstid gir enkel dosering³



Eneste langtidsvirkende nitrat med 100% biotilgjengelighet. Dette betyr enkel innstilling av pasienter³.

ISMO - Normaldosing også ved nyresvikt^{9,10} og nedsatt leverfunksjon¹¹.

Enkel dosering - Normalt 20 mg (1 tablet) 2 ganger daglig^{6,12}.



morgen

kveld

først. Forevig vanlig generell behandling. Se kapitlet om Behandling av akutte giftningene i Felleskatalog 1986. (F: 73)

DOSERING: Individuell. Vanligvis 1–2 tabletter 2 ganger daglig. Ved oppstart av behandling anbefales at dosen trappes gradvis opp for å redusere forekomst av hodepine: Initialt ½ tablet 2 ganger daglig. Tablettene kan deles, men ikke knuses. Ved akutte anfall kan et sublinguale preparat benyttes.

PAKNINGER OG PRISER: Tablett 100 stk. empak kr. 223,40 T:12

Referanser:

3. Abshagen U et al. Eur J Clin Pharmacol 1981; 20: 269–75
4. Überbacher HJ et al. Pharmacotherapeutica 1983; 3: 331–41
6. Akhras F et al. Z Kardiol 1985; 74, Suppl. 4: 16–20
8. Jansen W et al. Med Welt 1982; 33: 1756–62
9. Kösters W et al. Med Welt 1981; 32: 521–23
10. Rauw F et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 78–85. Springer-Verlag, Berlin
11. Akpan W et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 86–91. Springer-Verlag, Berlin
12. Rennhak U et al. In Cohn JN, Rittinghausen R (eds). Mononitrates 1985: 147–53. Springer-Verlag, Berlin

01.10.86

sykehjemmene etterhvert har fått et differensiert tilbud for eldre.

Ulike nedslagsfelt

Problemet er bare at sykehjemmets forskjellige tilbud har ulike nedslagsfelt og inntaksordning. Det sentrale innleggelseskontor disponerer de permanente plassene med hele byen som nedslagsfelt. Rehabiliteringsplassene belegges fra sykehus og benyttes innen sykehussektoren. Avlastningsplassen disponeres av hjemmesykepleien innenfor hvert hjemmesykepleiedistrikt.

Det er innlysende at en koordinert bruk av sykehjemsplassene blir vanskelig innenfor dette systemet, og det å etablere en "sammanhengende tiltakskjede" hvor alle tilbud vurderes under ett, blir umulig.

Gjennom samarbeid -

Helse- og sosialarbeidere har med energi og entusiasme drevet et kontinuerlig arbeide for å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen innen dette systemet og etablere hensiktsmessige samarbeidsrutiner. Dette arbeidet har utvilsomt gitt positive resultater. Men det har også etterhvert gjort det ganske klart at et samordnet og tilgjengelig tilbud til eldre bare kan gis i en desentralisert modell hvor de ulike tiltak og tjenester organiseres innenfor samme distrikt, hvor man kan tilpasse tilbuddet til lokale behov og hvor samme instans rår over flest mulig av tilbudene.

-til ønske om desentralisering

Desentraliseringstanken er ikke ny i kommunen. Allerede i 1973 ble det opprettet lokale politiske bydelsutvalg, men deres makt og myndighet har vært beskjeden.

Desentralisering av generelle helse- og sosialtjenester til lokale helse- og sosialsentra har pågått i flere år, men under sentral ledelse. Ved behandlingen av kommuneplanen i 1982 ble prinsippet om full samordning av primærhelsetjenesten og sosialtjenesten på lokalt nivå slått fast.

Innenfor sykehustjenesten er det foretatt en firedeeling av byen, dessverre med forskjellige sektorgrenser for psykiatrien og de somatiske sykehussektorer.

Innen eldremomsorgen har bare de-

ler av tiltaksapparatet vårt desentralisert og til forskjellige distrikter. Felles for alle tjenester er at de har vært sentralt styrt og ikke underlagt lokal politisk innflytelse. Mulighetene for lokal samordning og tilpassing har derfor vært små.

Forsøksprosjekt

01.01.1985 startet et forsøksprosjekt med desentralisert helse- og sosialtjeneste i 4 prøvebydeler, løsrevet fra "moder-estate" og underlagt det lokale bydelsutvalgets politiske styring. Bydelene har ikke hatt hånd om driften av alders- og sykehjem, trygdeboliger og dagsentre. Mulighetene for utvikling av mer differensierte bo- og servicetilbud og samordning av personalressurser har derfor vært begrenset.

Evaluering av prøveprosjektet er foretatt av Norsk institutt for by- og regionforskning, og erfaringene er positive. Dette sammen med tidligere prinsippvedtak gjorde at man allerede før prøveperioden på 2 år var omme, forberedte videreføring av desentraliseringss prosessen.

Desentralisering til bydelene

21. januar 1987 vedtok bystyret en omfattende desentralisering også av tjenester som ikke hadde vært desentralisert i prøveperioden, herunder drift av alders- og sykehjem og trygdeboliger. Dette betyr et langt bedre utgangspunkt for organisering av eldremosseren i bydelen.

Målet for reformen er i henhold til bystyrevedtakene pkt.1 : "bedret service for publikum, bedre kvalitet på kommunens tjenester, mer effektiv ressursbruk og mer meningsfylt og innholdsrik arbeidssituasjon for de ansatte."

25 bydelsforvaltninger

Antallet bydeler er fastsatt til 25. I hver bydel etableres bydelsforvaltninger. Bydelsforvaltningen består av folkevalgte organer: bydelsutvalget med tilhørende underutvalg og nemndssystem, og en bydelsadministrasjon ledet av en administrasjonssjef.

Bydelsutvalgene skal som den øverste politiske myndighet se samlet på tjenestetilbuddet i bydelen og bidra til at det blir best mulig tilpasset det lokale behov. Bydelsutvalgene tildeles selvstendig budsjetts- og regnskapsansvar innenfor rammer fastsatt av bystyret.

Desentraliseringen vil medføre hel eller delvis nedleggelse av en rekke sentrale etater: sosialkontor, rehabiliteringskontor, barnevernskontor, ungdomskontor, eldremossgkontor, barnehagekontor og Oslo helseråd.

En prosjektorganisasjon

De nye bydelsgrenser og de nye bydelsutvalg skal etter planen tre i funksjon fra 01.01.1988 og de desentraliserte tjenester forutsettes å være operative fra 01.01.1988. Gjennomføringen av det historiske vedtaket er tillagt en prosjektorganisasjon som bl.a. skal utarbeide standardplan for bydelsforvaltningenes organisasjon og bemanning.

Desentralisering av sykehjemmene

Prosjektet skal også være ansvarlig for reorganisering av eldremosseren. Det er nærliggende å peke på at denne reformen i Oslo's helse- og sosialvesen faller sammen med en annen viktig reform, nemlig overføring av sykehjemmene fra fylkeskommunen til kommunen. Bakgrunnen for reformen og prinsippene departementet mener bør legges til grunn ved organisering av eldremosseren i kommunen er beskrevet i sykehemsproposisjonen (Ot.prp. nr. 48 (1985 - 1986)).

Bystyrets vedtak har gjort det mulig å sidestille Oslo med andre kommuner. For prosjektet er det derfor naturlig å ta utgangspunkt i sykehemsproposisjonens prinsipper når helse- og sosialtjenesten for eldre skal reorganiseres.

En stor utfordring

Omorganiseringen vil utvilsomt stille store krav til helse- og sosialarbeidernes evne til omstilling og nyttekning. Ikke bare fordi man må forholde seg til en annen organisasjon og andre samarbeidspartnere, men også fordi det innebærer en ny måte å møte de eldres behov på. Signaler fra prøvebydelene tyder på at man er beredt til å ta denne utfordringen■

Prosjektets adresse:

Oslo kommune, Finansdirektøren, Bydelsforvaltningene, Klingenberggaten. 7, 9. etg. Postboks 1562 Vika, 0117 OSLO 1. Tlf 02-36 37 40.

Korttid

Knut Marnen
Kommunelege II, spesialist i almenmedisin, Finnsnes



Korttidsopphold i sykehjem

Vi står som kjent foran en reform som innebærer en overføring av sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. Med utgangspunkt i sykehjemsreformen ønsker jeg å diskutere korttidsopphold i sykehjem fra en almenmedisinsk synsvinkel.

Det er viktig å merke seg at reformen får stor betydning for landets sykestuer. Fra 1.1.88 blir sykestuenes (trolig med noen unntak) integrert i sykehjemmene og opphører dermed som selvstendige enheter. Dette ser ut til å skje uten økonomisk og bemanningsmessig kompensasjon. Sykestuenes hovedoppgaver ifølge sykehusloven (heretter kalt "sykestuefunksjoner") er innleggelse for a) observasjon for å avklare behov for sykehuisinnleggelse og b) enklere behandling som ikke krever sykehuisinnleggelse, men som heller ikke hensiktsmessig kan gjennomføres i hjemmet. Sykestueinnleggelse medfører vanligvis kortvarige opphold.

Sykestuefunksjonen er derfor sentral i diskusjonen av korttidsopphold i de kommunale sykehjem.

HVA ER KORTTIDSOPPHOLD ?

Sykehjemsopphold kan - avhengig av målsettingen med oppholdet - inndeles i korttids- og langtidsopphold. Skillet kan arbitrært settes til omrent 1 måned.

Korttidsopphold kan igjen inndeles i flere grupper:

1. Innleggelse på medisinsk indikasjon (=sykestuefunksjoner)
 - a. Akuttinnleggelser
 - b. Innleggelser etter venteliste
2. Innleggelser på pleiemessig indikasjon
 - a. Avlastningsopphold
 - b. Prøveopphold
 - c. Alterneringsopphold

Overgangen mellom gruppene er glidende. I den første gruppen kan pleiemessig indikasjon forekomme sekundært, og tilsvarende kan medisinsk indikasjon forekomme sekundært i den siste gruppen. Som en tredje gruppe kan tilføyes innlosjering av husløse på rent sosialt grunnlag, f.eks. ved brann, forlis, naturkatastrofer eller familiekonflikter. Denne gruppe blir ikke nærmere berørt i dette innlegget.

INDIKASJONER

1. Medisinske indikasjoner

a. Akuttinnleggelser

En oversikt fra egen sykestue beregnet på nye leger, vikarer og turnuskandidater i kommunen (Tabel 1) kan tjene som et eksempel på indikasjoner for akuttinnleggelser. Dette er en oversikt over tilstander der sykestueinnleggelse kan overveies, men ikke nødvendigvis skal foretrekkes. Oversikten vil være en annen ved andre sykestuer avhengig av lokale forhold.

b. Innleggelser etter venteliste

Rehabilitering vil fortsatt være en sentral sykehjemsoppgave. I dag er korttidsopphold i sykehjem og sykestuer ofte det eneste reelle alternativ for pleietrengende eldre med rehabiliteringsbehov. Andre aktuelle indikasjoner er terminal kreftomsorg, konsernativ behandling av kronisk leggsår, cytostaticabehandling og justering eller oppstart av insulinterapi.

2. Pleiemessige indikasjoner

- a. Avlastningsopphold (for avlastning av pleietrengende pårøren-

de) blir etter sykehjemsreformen en lovfestet kommunal oppgave.

b. Prøveopphold (for å prøve ut fordelar og ulemper ved sykehjemsinnleggelse) er en mykere overgang til institusjonsliv med vekt på pasientens selvbestemmelserett.

c. Alterneringsopphold (pasienter som alternerer mellom hjem og sykehjem) er aktuelt der impliserte parter er innstilt på vekslende perioder hjemme og på sykehjem.

Ved disse korttidsopphold er den medisinske indikasjon for innleggelsen sekunder eller ikke til stede. Oppholdene er imidlertid aktuelle for en pasientgruppe som er underforbrukere av lege- og fysioterapitjenester og som kan profitere på den medisinske utredning og behandling som korttidsoppholdet muliggjør. Slike tiltak bør skje i forståelse med pasientens faste lege, som også bør ha skriftlig tilbakemelding (epikrise).

FORDELER

Det optimale omsorgsnivå ?

LEON-prinsippet innebærer at behandling skal finne sted på Laveste Effektive Omsorgsnivå, og indikerer at effektiviteten øker jo høyere man kommer i behandlingssystemet. Dette er ikke uten videre tilfelle, og kritikere har foreslått alternative prinsipper. Bentsen (1) foreslår prinsippet om Nærmeste Optimale Omsorgsnivå (NOON), mens Lønnum (2) lanserer uttrykket Nærmeste Effektive Omsorgsledd (NEO). De alternative prinsippene støtter sykestue/sykehjem som et aktuelt omsorgsnivå mellom hjem og sykehuis i den grad dette nivå ivaretar diagnostikk og behandling på et faglig forsvarlig nivå og på mest effektive måte. Spørsmålet er om sykestuer/sykehjem virkelig er det optimale

TRINORDIOL®

ethinyløstradiol + levonorgestrel

Enkel bruksveiledning
på tablettskiltet.
Alltid tilgjengelig.

START

M
Ti
O
To
F
L
S

Så används Trinordiol:
1. Starta om vid första blödningstäget med att ta tablett i närmast startgården. Skrapa bort den gröna tabellmarkeringen – vid siden av den vacktig du startar. Denne dag blir också startdag för varje ny tabellkarta.
2. Ta en tablett varje dag. Följ sätterna i pillarnas riktning.
3. När tabellkartan är full gör du ett uppskatt på 7 dagar innan du startar med nästa karta.

Kontroll: Startdagen (dag 1) och dag 11 och 15 kommer alltid att inläggas på samma veckodag. Dessa dagar är markeringar med rött tryck och ger dig ytterligare möjlighet att kontrollera att du tar tabletterna på rätt dag.

För vidare information se användningsläkeskrift. Förvaras okokkert för barn.

Hvordan brukes Trinordiol:
1. Start attid på 1. blodningstäget ved å ta tablett i nærmest startgården. Så siden av den skridges du starter på. Brønne vil også bli startdagen.
2. ta en tablett hver dag. Følg tallene i pilenes retning.
3. Etter avsluttet, brent igjen du et oppskrift på 7 dager før du starter igjen med rødt trykk og gir deg ekstra mulighet til å kontrollere.

Kontroll: Startdagen (dag 1) og dagene 11 og 15 vil alltid falle på samme veckodag.
Les pakningsveilegget nøyde. Oppbevares utkjøring for barn.

Foldepakning:
beskytter pillene.
Diskret pakning.

START



Merking av pillene er
lett synlig fra den siden
pillene trykkes ut.

Enkel bruksveiledning på brettet sikrer riktig bruk av p-pillen

KabiVitrum



TRINORDIOL®

gir en meget god cycluskontroll^(1,2)

gir minimal vektendring^(2,3)

gir liten påvirkning på metabolismen^(4,5)

TRINORDIOL «KabiVitrum»
Antikonsepsjonsmiddel.

ATC nr. G 03 A B 03

Tabletter: Hver brun tablet inneh.: Levonorgestrel 50 ug, ethinylestradiol 30 ug, const. q.s. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver liten hvit tablet** inneh.: Levonorgestrel 75 ug, ethinylestradiol 40 ug, const. q.s. Hver gul tablet inneh.: Levonorgestrel 125 ug, ethinylestradiol 30 ug. Fargestoff: Jernoksyd. **Hver stor hvit tablet** inneh.: Const. q.s. (placebo).

Egenskaper: Klassifisering: Trefasisk østrogen/gestagen kombinasjons p-pille. Redusert total hormondose gjennom cyklustilpasset hormontilførsel. **Bedring av allerede eksisterende androgene symptomer er rapportert.** God cycluskontroll. God antikonsepsjonell sikkerhet. Pearl indeks 0,03, inklusive pasientfeil 0,21.

Virkningsmekanisme: Undertrykkelse av ovulasjon. Dessuten påvirkes cervixsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. Endometriet påvirkes med redusert mulighet for nidasjon. Absorbjon: Hurtig absorbjon med maksimal serumkonsentrasjon, levonorgestrel: 1 til 2 timer, ethinylestradiol: Ca. 1 time etter innlegg.

Halveringstid: Levonorgestrel: Ca. 24 timer, ethinylestradiol: Ca. 26 timer.

Metabolisme: Både ethinylestradiol og levonorgestrel metaboliseres i leveren.

Utskillelse: Via urin og fæces.

Overgang i morsmelk: Man har påvist både østogener og gestagener i morsmelken.

Kasjoner: Antikonsepsjon.

Kontraindikasjoner: Trombolebbitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Organisk hjerte feil. Alvorlige leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnson-syndrom, Rotorsyndrom, graviditetsikterus i anamnesen. Verifisert eller mistenkt cancer mammae eller østrogenavhengige tumorer. Udiagnosert genital blødning. Graviditet, hypertensjon, sigdcellaneemi, porfyri. Herpes gestationes i anamnesen. Forverring av otosklerose under tidligere p-pillebruk eller graviditet. Hyperlipoproteinemi.

Bivirkninger: Tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vene) forekommer. Blødningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migréne, depresjon og synsforstyrrelser. Endring av vekt og libido. Hypertensjon kan oppstå. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi). Forandringerne kan ytre seg som akutte buksmerter eller tegn på intraabdominell blødning.

Forsiktighetsregler: Før behandling institueres foretas grundig generell og gynekologisk undersøkelse inklusive mammaeundersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kontrolen gjentas regelmessig. Cytologiske prøver tas regelmessig, særlig hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år.

Bruk av perorale antikonsepsjonsmidler øker risikoen for hjerte/karsykdom. Denne risikoen er ytterligere økt hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på treomboemboologi skal preparatet umiddelbart seponeres, og pasienten undersøkes nøyde. Likeledes ved tegn på ikterus.

Hvis mulig seponeres 14 dager før kirurgiske innrep som kan tenkes å medføre økt tromboserisiko. Kan nedsette glukosetoleransen og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulations- eller nyresykdom, epilepsi eller migréne. Unge kvinner med ikke stabilisert cyclus, samt kvinner med oligomenore eller sekundær amenore bør helst anvende annen for prevensjon. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning to på hverandre følgende cykler skal graviditetstest utføres. Hvis 36 timer eller mer gått siden siste tablet ble tatt, bør annen prevensjon brukes i tillegg resten av cyklen. Effekten kan reduseres ved oppkast og diare. I slike tilfeller bør ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler anvendes i tillegg. Bør ikke brukes under amming.

Interaksjoner: (I:6 e, I:68 e antikonsepsjonsmidler).

Dosering: 21 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag og fortsetter med 1 tabletter hver dag i 21 dager. Etter 7 tablettfrie dager startes så en ny serie på 21 tabletter. I løpet av den tablettfrie pausen på 7 dager intrer en menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding). Med dette doseringsregimet oppnås full beskyttelse fra første tablet.

28 tabletters brett: Medikasjonen begynner på menstruasjonsblødningens 1. dag. Den første tabletten tas fra rødt felt utfor den aktuelle ukedag. De følgende tabletter tas i pilenes retning på samme tidspunkt hver dag intil alle tablette er oppbrukt.

De første 14 dagene av 1. behandlingscyclus skal man supplere med annet, ikke-hormonelt antikonsepsjonsmiddel. Fortsatt behandling: Man går direkte over på neste brett og begynner på nytt i det røde feltet (på samme ukedag som man startet opp med det første brettet). Behandlingen fortsetter således kontinuerlig også under den menstruasjonslignende blødning (withdrawal bleeding) som vanligvis vil inntre mens man tar tabletene i rødt felt. Da den siste tabletten med hormoner alltid vil komme på en fredag vil den påfølgende helg som regel være blødningsfri.

Pakninger og priser: 3 x 21 tabl. 67,65. 3 x 28 tabl. 67,65.
6 x 21 tabl. 129,10. 6 x 28 tabl. 129,10.
13 x 21 tabl. 257,35. 13 x 28 tabl. 257,35.

1. Upton G.V.: Int. J. Fertil 28: 121-140 (1983).

2. Ulstein M. et al.: Acta Obstet. Gynecol. Scand. 63: 233-236 (1984).

3. Culberson G. et al.: Contraception 26 (3): 229-243 (1982).

4. Fotherby K.: Contraception 31 (4): 367-394 (1985).

5. Skouby S. O. et al.: Am. J. Obstet. Gynecol. 153 (6): 495-500 (1985).

Bruksanvisning følger hver pakning.

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingsstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01.

medisinske omsorgsnivå ved enkelte kliniske tilstander - og i så fall hvilke.

Egen erfaring tilsier at sykestueinnleggelse er langt mer enn en nødlosning for områder med lang avstand til sykehus. Særlig nyttig er det for pasienter med kompliserende sosiale eller psykiske problemer og de gamle. Eller andre pasienter som i en kritisituasjon bør eller må innlegges i en helseinstitusjon for observasjon, behandling og/eller pleie, men som ikke trenger annenlinjetjenestens diagnostiske og terapeutiske armamentarium eller kompetanse. Generalisten med en holistisk tilnærningsmåte, nærekontakt med det åpne omsorgsapparat, god kjennskap til pasientens ressurser og begrensninger samt anledning til personlig oppfølging, har andre forutsetninger for problemløsing enn annenlinjetjenesten. Fordi tilbuddet om sykestue- og sykehjemmeng oftest mangler, blir sykehusinnleggelse ikke sjeldent en både dyr og dårlig nødlosning.

Tabell 1 eksemplifiserer akutte tilstander der sykestuer og sykehjem kan være det optimale omsorgsnivå. Erfaringer fra Oslo Kommunale Legevakts observasjonspost tyder på at også folketette deler av landet i sykehusets umiddelbare nærhet kan ha utbytte av akuttsenger innenfor førstelinjetjenesten. Slike senger er trolig til nytte både for pasient, primærlege, sykehus - og samfunnsøkonomien.

Faglig stimulering

Arbeid i sykehjem har lav status blant leger og sykepleiere, og et stort antall sykepleierstillingar i sykehjem er ubesatt. Utbrenhet blandt pleiepersonalet representerer et reelt problem. Tilsynslegene på sin side arbeider i faglig ensomhet, med liten stimulering fra almenmedisinske miljøer og med et eksternt kontrollsysten som mangler klinisk tyngde. Utbygging av korttidsfunksjon i sykehjemmene vil gi større variasjon i rutineoppgavene og nye faglige utfordringer som kan virke stimulerende på det faglige miljøet og gi positive ringvirkninger også for langtidsinnslagte.

BEGRENSNINGER

Manglende lovhemmel

Sykehjemsreformen vil ikke pålegge sykehjemmene å utføre sykestuefunksjoner til tross for at flere av forarbeidene til loveandringerne understreker nytten av

sykestuefunksjoner i sykehjemmene. Vil kommunene utføre en tjeneste som fylkene får betalingen for å gjøre?

Manglende sengekapasitet

Totalt sett er sykehjemmene kapasitet for liten i forhold til etterspørrselen. Ca. 15.000 personer står på venteliste til de ca. 30.000 sykehjemsplassene landet har. Men sykehjemskapasiteten varierer, og ikke alle sykehjem har venteliste.

Manglende fleksibilitet

Behovet for akuttinnleggelse varierer over tid, og dekning av dette behov forutsetter fleksibilitet på mottakersiden. Sykehjemmene har - i motsetning til sykehuse - ingen lovhemplet plikt til å motta pasienter i kvalifiserte situasjoner når plassene er belagt. Tvert imot uttrykker gjeldende forskrifter at overbellegg ikke er tillatt.

Normering

Det finnes ikke analyse av behovet for sengevolumet til sykestuefunksjoner. Det lokale selvstyre vil sannsynligvis medføre store forskjeller kommunene imellom så lenge det verken eksisterer pålegg eller anbefalinger. I en situasjon der sykestuene skal integreres i sykehjemmene er dette bekymringsfullt.

Kunnskap

De fleste tilsynsleger ved sykehjem er almenmedisinere med en rekke andre arbeidsoppgaver. Få korttidssenger pr. sykehjem resulterer i begrenset sikkerhet i håndteringen av forskjellige kliniske problemer, og medisinsk kunnskap om sykestuefunksjoner er ikke lett tilgjengelig.

Feilinnleggelse

Akuttinnleggelse i sykestuer og sykehjem representerer en potensiell risiko for feilinnleggelse, med forsinkelse eller berøvelse av nødvendig sykehusbehandling som mulig følge. Problemstillingen er kjent for alle ledd i helsetjenesten.

Underbemanning

Sykehjem mangler i varierende grad nøkkelpersonell som sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter. Dette må få konsekvenser for

SYKDOMMER	BEHANDLINGSTILBUD/KOMMENTARER:
INDREMEDISIN:	
A. Obstruktive lungesykdommer	Kont. infusjon av steroider, teofyllinderivater, adrenergica. 02. I.v. væsketerapi. Fysioterapi. Pariapparat.
B. Infeksjoner	Antibiotika, evt. parenteralt. I.v. væsketerapi.
C. Hjerteinfarkt/truende -infarkt	Pas <70 år skal som regel innlegges sykehus. 02. Morfin i.v. Antiemetica. Enklere svikt- og arytmibeh.
D. Akutt hjertesvikt/ lungeødem	Pas <70 år skal som regel innlegges sykehus. 02. Morfin/diureтика i.v.
E. Cardiale rytme- forstyrrelser	Enklere tilfeller kan innlegges til observasjon eller behandling. Kontinuerlig EKG-monitorering ikke mulig.
F. Tromboembolier	Subcutan heparinbeh. kan være tilstrekkelig til eldre, svekkede personer. Peroral antikoagulasjonsbeh. kan startes.
G. Diabetes mellitus	Enklere tilfeller av hypo/hyperglycemi kan innlegges. Blodsukker kan bestemmes hele døgnet. Elektrolytt- og syre/base-bestemmelser kan ikke utføres lokalt.
H. Intoksikasjoner	Enklere tilfeller kan innlegges til observasjon/beh. Hvis suicidalrisiko skal pas. innlegges sykehus.
I. Observasjon	Uklare observasjonstilstander der vitale funksjoner ikke synes truet kan innlegges.
KIRURGI:	
A. Frakturer/luksasjoner/distorsjoner	Pleiemessige forhold kan nødvendiggjøre innleggelse.
B. Abdominalsmarter	Skal vanligvis innlegges sykehus. Unntak kan gjøres for obstopasjonskolikk, urinveis-konkrementer, galleveiskonkrement uten betennelse. Akutt cholecystitt skal innlegges sykehus.
C. Commotio cerebri	Lette tilfeller med kortvarig bevissthetstap, uten nevrologiske funn eller tegn til craniefractur kan innlegges.
NEVROLOGI:	
A. Apoplexia cerebri	Pas <65 år bør vanligvis innlegges sykehus. Ved TIA bør pas. utredes på sykehus uavhengig av alder.
B. Epilepsi	Innl. kan være aktuell når utredning ikke er påkrevet.
C. Ischias	Sosiale forhold kan nødvendiggjøre innl. for kons. beh.
ONKOLOGI:	
Terminal omsorg	Tilfeller med brå forverring som vanskelig gjør videre hjemmebehandling kan mottas til enhver tid.

PSYKIATRI:

A. Akutte sosialpsykiatriske tilfeller

Det er ikke hjemmel for tvangstiltak.

B. Avrusing/truende delir

Pasienter med liten psykomotorisk uro kan innlegges.

En slik oversikt kan vanskelig gjøres fullstendig og må leses med forsiktighet. Alder, bosted, værforhold, generell helsetilstand, sosiale forhold og pasientens/påværendes egne ønsker vil ofte spille en dominerende rolle ved vurdering av innleggser.

Tabell 1. Behandlingsmuligheter ved akuttinnleggelse på sykestua, Lenvik Helsesenter.

petanse og interesse hos personalet - tilsynslegen inkludert.

Mange mindre enheter med sykestuefunksjoner gjør kunnskapsformidling om håndtering av aktuelle kliniske oppgaver spesielt viktig. Sykehuskollegene har mye relevant kunnskap på dette området, selv om kunnskap basert på en sykehushopitasjon ikke uten videre bør anvendes i almenmedisin. Ved sykestuestene har man på sin side hatt anledning til å samle erfaring innenfor almenmedisinske rammer, men erfaringene er i liten grad systematisert og formidlet. Behovet for forskning, utvikling og kunnskapsformidling er stort.

Tar vi imot denne utfordringen, eller skal sykehemsreformen bli begynnelsen til slutten på sykestuefunksjonene? ■

REFERANSER:

1. Bentsen BG. NOON- eller LEON-prinsippet. Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 30, 1979, 99, 1550.

2. Lønnum A. Gammel i Velferd-Norge. Grøndahl. Oslo 1985. 148-51.

oppgavene de kan påta seg.

FREMTIDEN

Korttidsopphold i de kommunale sykehjem vil i stor grad være knyttet til en videreføring av sykestuefunksjonene. Men sykehemsreformen nedprioriterer sykestuenes arbeidsoppgaver i sykehjemmene, og den vil gi en sterkt reduksjon i antall sykestuer. Skal vi uten videre akseptere at sykestuestene forsvinner samtidig med at korttidsopphold i sykehjemmene begrenses til avlastnings- og rehabiliteringsopphold, eller skal vi arbeide for å beholde sykestuefunksjonene?

Under gjennomføringen av en sykestueundersøkelse var det åpenbart at både sykestuelegene og et flertall av primærlegene i landet ønsket og hadde behov for sykestuefunksjonene. Denne oppfatningen er ikke primærleger alene om. Hjemmesykepleien, sykestuepersonalet, pasienter og lokalpolitikere i egen kommune støtter sykestuefunksjonen. Jeg tror derfor at aktiv innsats for å videreføre sykestuefunksjonene i de kommunale sykehjem både er nødvendig og mulig.

I dette arbeidet bør vi se både på organiseringen og det faglige innhold.

Organisering

Uten pålegg er det vanskelig å se at kommunene vil prioritere sykestuefunksjoner i sykehjemmene. Et siktet mål kan være at kommunene pålegges denne oppgaven i syke-

hem på lik linje med f.eks. avlastning. Kan forsøk overbevise helsemyndigheter og politikere om at dette er faglig og økonomisk riktig?

Hvis det gis et bekrefteende svar på denne problemstillingen, bør likeverdig tilgang på sykestuefunksjoner i landets kommuner være en overordnet helsepolitiske målsetting. Dersom landet følger et forslag fra sykehussjefen i Møre og Romsdal og reserverer 5 % av sykehemsengene til sykestuefunksjoner, vil primærhelsetjenesten disponere ca. 1.500 medisinsk aktive korttidssenger, som tilsvarer omtrent 5 middels store fylkessykehus.

I konkurransen om sykehemsengene er det ønskelig at lokale instanser reserverer korttidssenger til sykestuefunksjoner og avlastning.

Sykestue/sykehjem er det eneste ledd i den kurative kjeden som ikke har plikt til å dekke det foreliggende behov. En lempelig tolkning av maksimalt pasienttall øker fleksibiliteten, noe som er nødvendig ved håndtering av akuttproblemer. Til gjengjeld vil det være ledige senger i roligere perioder.

Faglig

Korttidstilbudet i sykehjem bør tilpasses lokale behov, muligheter og begrensninger. En rekke faktorer vil variere, f.eks. sykehjemskapasitet, avstand til lokalsykehus, kommunikasjoner, sykepleierbemanning, tilgang på fysioterapeut, ergoterapeut og logoped, laboratorieservice, legevaktordning, og ikke minst kom-

Gastrobitan® 800mg

cimetidin

En tablet til natten ved **ulcus duodeni**



H₂-blokker med pris som antacida.

Preparat:	Pakning:	Styrke:	Dosering:	Kostnad pr. døgn
Gastrobitan	30 stk.	800 mg	1 tabl. x 1	8,65
Antacid tabl.	100 stk.	400 mg	4–6 tabl. x 8	8,50–12,75
Balancid mikst.	1000 ml		10–15 ml x 8	5,35– 8,05
Link mikst.	1000 ml	300 mg	5–10 ml x 4	2,10– 4,15
Link tabl.	10 x 60 stk.	1100 mg	2–3 tabl. x 4	5,60– 8,40
Link plastpute	96 x 10 ml	300 mg	1 plastp. x 4	6,85
Novaluzid mikst.	500 ml		5–10 ml x 4	2,40– 4,80
Novaluzid plastpute	50 x 10 ml		1 plastp. x 4	7,10

**Gastrobitan refunderes etter § 9.37 ved
bl.a. **ulcus ventriculi og ulcus duodeni****



Sykestuebruk av sykehjem

Omfang og behov for sykestuefunksjoner i sykehjem i fire norske fylker

Knut Mamen
Magne Nylenraa

Institutt for almenmedisin,
Universitetet i Oslo, Fredrik
Stangs gate 11-13, 0264 Oslo 2.

Knut Mamens nåværende
adresse: Lenvik Helsecenter,
9300 Finnsnes.

■ En spørreskjemaundersøkelse i fire norske fylker (Troms, Sør-Trøndelag, Aust-Agder og Østfold) viser at kun ett av ti sykehjem tar imot pasienter til korttidsopphold for observasjon eller enklere medisinsk behandling. Et fåttall av primærlegene har mulighet til å innlege pasienter til slike opphold uten å benytte sykehus. Seks av ti primærleger angår behov for et slikt tilbud. Samsvaret mellom behov og tilbud er størst helt perifert og helt sentralt i forhold til sykehuset, mens det udekantede behov for sykestuefunksjoner er størst i avstanden 60 - 90 kilometer. Denne forskjellen mellom tilbud og behov taler for en økt satsing på sykestuebruk av sykehemsenger.

bemanning, liggetid og kurpris (3), er de aller fleste av landets sykehjem preget av langtidspasienter. Nyhusutvalget gikk i sin tid inn for at sykehjemmene i større utstrekning burde ha mulighet for å ta imot korttidspasienter ved at det enkelte sykehjem reserverte et lite antall senger til dette formål (4).

Korttidsoppold i sykehjem kan ha forskjellig innhold (5,6). Innaket til slike opphold kan skje akutt eller elektivt og indikasjonene kan være medisinske eller pleiemessige, begge deler i varierende grad forsterket av sosiale forhold.

En av korttidsfunksjonene er innleggelse på medisinsk indikasjon til observasjon for å avklare behovet for sykehusinnleggelse eller for enklere behandling som ikke krever sykehusinnleggelse, men som heller ikke hensiktsmessig kan gjennomføres i hjemmet. Denne funksjonen svarer til den såkalte sykestuefunksjonen i sykehusloven (7). Omfanget av slik bruk av sykehjemmene er lite kjent.

I forbindelse med en sykestueundersøkelse ønsket vi å kartlegge omfanget av sykestuefunksjoner i sykehjemmene og primærlegenes tilgang på og behov for slike tjenester for sine pasienter.

Materialer og metoder

I første halvdel av 1986 gjennom-

Gastrobitan®

Engangadosering ved ulcer duodenal og ulcer ventriculi
en tablet 800 mg om kvelden.

GASTROBITAN®-GEA - cimetidine.

Hittilnorg H₂-receptorantagonist.

INNSKJENGS-ØRSKE/INFILIAKSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml, 1 ml inneh. Cimetidin, 100 mg.

ulceros-hypotonic, 33 mg/ml ad inject ad 1 ml.

TABLETTER: 200 mg, 400 mg og 800 mg. Inverlabbet inneh. Cimetidin, 200 mg/esp. 400 mg, resp. 800 mg, const. et color q.s. Farvestoff: Titandeksyd.

EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basalt sekretion av hydroklorid, og minskar peptoproduksjonen. Hemmer kompetitivt histamins virking på histamin H₂-receptoren. Førstes tidsstundens stillehelse. Histamin H₂-receptorer finnes i de fleste organer og ver. Den funksjonelle betydning av histamin H₂-receptorer i ulike vevr er ukjent med unntak for magseksemens stimulering.

Absorpsjon: Absorberes godt etter oralt administrasjon som tabletter.

Proteinbinding: Ca. 20%.

Hverdagsdelen fortenges hos pasienter med nedlastt nyrefunksjon. Hverdagsdelen er korrelert til kreatininclearance.

Utklæring: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjennomgås i urinen etter en oral dose, og 85 % etter en parenteral dose. Hovedsakelig utslipp. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, denne er også et potentt H₂-receptorantagonist.

Pasjener: Plasminogenaktivitet, aktivitet, og minskar peptoproduksjonen. Hemmer kompetitivt histamins virking på histamin H₂-receptoren. Førstes tidsstundens stillehelse.

INDIKASJONER: Duodenal- og benign ventrikulær Zollinger-Ellison syndrom. Langtidsbehandling av pasienter med stedlig rezidiviserende eller kroniske duodenaler hvor operativ behandling ikke er ønskelig. Fornasikringsvis med reflux esofagit. Prophylaktisk av bledninger på grunn av høy risiko hos kronisk syklig pasient.

EFTERSYMPTOMER: Diurese, næringstap, tørhet, feber og induktivitet, vanligvis lett og reversibel. Reversibel gynekologisk seks hos mindre enn 1% av pasientene, hovedsakelig ved høy dosering.

Tilfeller av reversibele forvirringstilstandene er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisians. Initialt forbigående stigning av plasmakreatininsom-nedgangen innen normalverdiene, senere minsk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasesstigning og sjeldne tilfeller av plasminogenaktivitet, aktivitet, og minskar peptoproduksjonen. Reversibel høytidslengdeforandringer. Leukocyper spredt. Aggracocytose og trombocytopati, også spredt.

FORSIKTIGHEITSLAGGER: Ulcus-diagnosen skal førstes gang verifiseres ved røntgen eller endoskop, reflux esofagit ved endoskop eller annen egenhet. Indstilling av lengtidsbehandling bør ikke avspørres først ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tørrt lever og nyreproblem. Det kan utgjøre en fare for at cimetidin kan gi symptomatiske bledinger når pasient med medisinsk komplisjon. Det er viktig at medisinsk komplisjon ikke overvurderes. Det er ikke viktig at prosfylaktisk behandling nedsettser risikoen av duodenaler etter screenering. Det følgende foreløpig begrenses til den effekten av lengtidsbehandling med ved reflux esofagit.

KJØDSEFFER: Cimetidin kan reagere med flere legemidler. Nedenfor er et klinisk informasjonsblad fra Sykehuset i Stavanger.

GODHOLD: Vokse. Pensoff. Normalisering ved duodenal- eller ventrikulær er 800-mg om kvelden, ev. 400-mg morgon og kveld. Behandlingen bør være mindst 4 uker ved duodenal- og 8 uker ved ventrikulær. Ved behov kan doses ektes til 400 mg x 3-4. Ved reflux esofagitt anbefales 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved langtidsbehandling av duodenal- og 400 mg 2-4 ganger daglig i 4-12 uker. Ved reflux esofagitt 800 mg om kvelden. Ved Zollinger-Ellison syndrom kan doses ektes til 2 g pr. døgn fordelt på 2-4 ganger. Til pasienter med nedlastt nyrefunksjon skal dosesen tilpasses pasientens kreatininclearance. Dersom man ikke har verdien for kreatininclearance, kan dosesen beregnes etter serumkreatininvrediene. Det er viktig at evt. serumkreatininvrediene bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning i serumkreatininvredien.

Kreatininclearance Serumkreatinin Dosering (ml/min.) (μmol/l)

< 15	400-900	200 mg x 2
15-30	200-400	200 mg x 3
30-50	100-200	200 mg x 4

Intravenøs infeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml steril vann- eller fysiolatisk salvin. Ferdiglaget lösning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsam infeksjon (3-5 min.) med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn. 14 pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon eller intramuskulær infeksjon. Intramuskulær infeksjon (200 mg cimetidin) myokapsulert gis med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.

Intravenøs infusjon: Kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengden cimetidin tilsettes en passende infusionsopplosning. Doseringen bør fastsettes prøvt over døgnet, maksimalt gis 2 g/døgn.

Barn: Empf. ikke. Det er begrenset når det gjelder bruk av Gastrobitan hos barn. For dosering. Se legeavisen.

OVERDOSENG: FORGIKTNING: Meg et lav skufft kan føre til akutt toksitet. Beskrivelsen av akutt toksitet ved dyreforsøk viser til høy LD₅₀ til man antar det vil være vansklig å fremstille akutt toksitet hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser har påvist at kunstig respirasjon kan henvend. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER OG PRISER:
Injectable: 10 amp. à 2 ml kr. 58,25
Tabletter 200 mg 50 stk. kr. 122,65
Tabletter 200 mg 200 stk. kr. 456,85
Tabletter 400 mg 28 stk. kr. 137,00
Tabletter 400 mg 56 stk. kr. 270,50
Tabletter 400 mg 84 stk. kr. 384,60
Tabletter 400 mg 102 stk. kr. 424,75
Tabletter 800 mg 30 stk. kr. 250,25
Tabletter 800 mg 60 stk. kr. 511,50
Tabletter 800 mg 100 stk. kr. 800,15

KabiVitrum

Postboks 22 Hestbruvann 33, Oslo 1060 Sentralpost Oslo 102 98 00 01

Gjennom den forestående sykehjemssreform får primærkommunene ansvaret for landets vel 30.000 sykehjemmenger (1). Sykehjemmene blir en lovfestet del av kommunehelsetjenesten på lik linje med almenlegetjeneste, fysioterapi-tjeneste og sykepleie. Hensikten med reformen er blant annet å øke integreringen av sykehjemmene i den øvrige primærhelsetjenesten for derigjennom å bedre samarbeidet med pårørende, nærmiljø og øvrige ansatte i den kommunale helse- og sosialtjenesten (2).

Sykehjemmene er en hjørnesten i eldremiljøet. Selv om det er store variasjoner med hensyn til

førte vi en todelt spørreskjemaundersøkelse i fylkene Troms, Sør-Trøndelag, Aust-Agder og Østfold: Den første del til tilsynslegene ved alle sykehjem, den andre del til en randomisert tredjedel av primærlegene. De fire fylkene utgjør ca. 17 % av landets befolkning, dekker hver sin landsdel og omfatter en av landets tre største byer (Trondheim). Oppgave over sykehjem og primærleger ble innhentet hos fylkeslegene.

Tilsynslegene ble spurta om avstand til sykehus, transportmiddelet ved akuttinnleggelse i sykehus, sengetall og omfanget av sykestuefunksjoner. Skjemaet kunne besvares anonymt. Primærlegene ble spurta om praksistype, avstand til sykehus og om de hadde tilgang på og behov for sykestuefunksjoner.

Det ble sendt tre purrebrev til tilsynslegene og to til primærlegerne.

I det endelige materialet valgte vi å utelukke tilsynsleger ved kombinerte sykehjem og sykestuer. Dette berørte fire av 113 sykehjem, alle beliggende i Troms fylke. Tilsvarende valgte vi å utelukke primærleger med tilgang på sykestuefunksjoner i sykestuer. En lege hadde alltid og fire leger hadde vanligvis slik tilgang, alle fra Troms fylke. Disse fem primærleger er imidlertid medregnet i spørsmålet om ønske om og behov for sykestuefunksjoner.

Resultater

Sykehjem. Av 109 tilsynsleger besvarte 104 (95,4 %) spørreskjemaet.

Antall sykehjemsenger varierte fra 8 til 228 (median 36). Sykehjemmene hadde tilsammen 4.648 senger.

Totalt hadde 43 (41,3 %) av sykehjemmene sykestuefunksjoner, men de fleste av disse kun unntaksvise. 61 sykehjem hadde aldri sykestuefunksjoner, 33 unntaksvise, åtte vanligvis, og to sykehjem hadde alltid sykestuefunksjoner (fig 1).

Sykehjem med mer enn 90 kilometers sykehusavstand hadde oftest tilbud på sykestuefunksjoner (tab 1).

Primærleger. Av 152 primærleger besvarte 140 (92,1 %) spørreskjemaet.

Et fåtall av primærlegene hadde tilgang på sykestuefunksjoner i

sykehjem. 93 av 135 primærleger hadde aldri slik tilgang, 35 hadde unntaksvise, seks vanligvis og en alltid tilgang på sykestuefunksjoner i sykehjem (fig 1).

Primærleger med mer enn 90 kilometers avstand til sykehus hadde størt tilgang på sykestuefunksjoner (tab 1).

57,9 % av primærlegene anga behov for sykestuefunksjoner for sine pasienter, mens 35,7 % ikke hadde slike behov. 6,4 % svarte "vet ikke".

Primærlegenes behov for sykestuefunksjoner korrelerte med deres avstand til sykehuset. 44,3 % av primærlegene nær sykehuset (<30 kilometer) anga behov for sykestuefunksjoner. Med økende sykehusavstand økte dette behovet til (med ett unntak) å omfatte alle legerne (tab 2). Antall leger med sykehusavstand på mer enn 60 kilometer var imidlertid lavt.

Diskrepansen mellom primærlegenes behov for og tilgang på sykestuefunksjoner varierer også med sykehusavstanden. For å kunne gi sammenliknbare data er primærlegene med tilgang på egentlige sykestuer her medregnet. Opp til 60 - 89 kilometers avstand økte diskrepansen for deretter å avta. Samtlige åtte leger med avstanden 60 - 89 kilometer til sykehus anga behov for sykestuefunksjoner uten å ha slik tilgang (tab 2).

Diskusjon

Som vist i figur 1 og tabell 1 er det samsvar mellom spørreskjemaundersøkelsens to deler, noe som indikerer pålitelighet i svarene. Bare ett av ti sykehjem tilbyr vanligvis sykestuetjenester og tilbuddet er størst der avstanden til sykehus er lengst.

Halvparten av primærlegerne (49,3 %) anga behov for sykestuefunksjoner uten å ha slik tilgang (tab 2). Denne diskrepansen er påfallende og tyder på en mangel i spekteret av helsetjenester.

Tabell 2 viser to viktige forhold. For det første at primærlegebehovet for sykestuefunksjoner øker med økende sykehusavstand og når 100 % ved 60 kilometer. Ettersom et fåtall av primærlegerne med sykehusavstand under 90 kilometer har tilgang på sykestuefunksjoner øker diskrepansen mellom behov og tilgang omtrent tilsvarende. Det andre viktige forhold er at denne diskrepansen avtar ved økende sykehusavstand utover 90 kilometer, noe som skyldes økende tilgang på sykestuefunksjoner. Samsvaret

Tabell 1. Omfanget av sykestuefunksjoner i sykehjemmene og primærlegenes tilgang på sykestuefunksjoner i sykehjem korrelert med avstanden til det somatiske sykehus som vanligvis benyttes ved akuttinnleggelse (prosent).

Avstand til sykehus (km)	Antall (N)		Sykehjemmene tilbud og primærlegenes tilgang på sykestuefunksjoner					
			Aldri		Unntaksvis		Vanligvis/alltid	
	Sykehjem	Primærleger	SHT	PLT	SHT	PLT	SHT	PLT
0-89	85	118	62.4	72.0	29.4	24.6	8.2	3.4
90+	19	17	42.1	47.1	42.1	35.3	15.8	17.6
Totalt	104	135	58.7	68.9	31.7	25.9	9.6	5.1

SHT står for Sykehjemstilbud

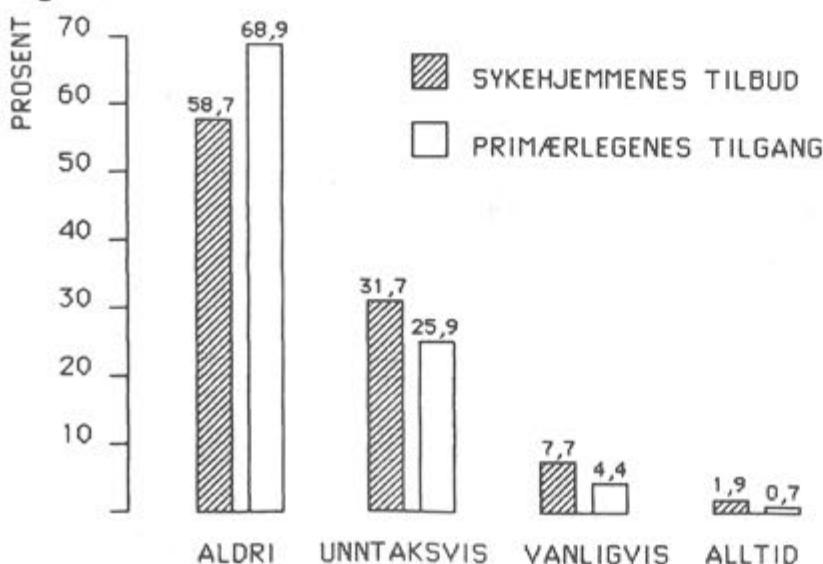
PLT står for Primærlegetilgang

Tabell 2. Primærlegenes behov for sykestuefunksjoner sammenholdt med avstanden til det somatiske sykehus som vanligvis benyttes ved akuttinnleggelse. Diskrepans mellom primærlegenes behov for og tilgang på sykestuefunksjoner (prosent)

Avstand til sykehus (km)	Antall (N)	Primærlegenes behov			Tilgang*	Diskrepans mellom behov og tilgang
		Behov	Ikke behov	Vet ikke		
0 - 29	97	44.3	49.5	6.2	4.1	40.2
30 - 59	13	69.2	15.4	15.4	-	69.2
60 - 89	8	100	-	-	-	100
90 - 199	17	94.1	-	5.9	23.5	70.6
200+	5	100	-	-	80	20
Totalt	140	57.9	35.7	6.4	8.6	49.3

* Alltid eller vanligvis tilgang på sykestuefunksjoner i sykehjem eller sykestue.

Figur 1.



Omfanget av sykestuefunksjoner i sykehjemmene (n=104) sammenholdt med primærlegenes tilgang på sykestuefunksjoner i sykehjem (n=135)

mellan behov og tilbud er med andre ord størst helt perifert og helt sentralt i forhold til sykehustet, mens det udekantede behov er størst i avstanden 60 - 90 kilometer.

I nærheten av sykehustet svarte omtrent like mange primærleger "ja" som "nei" på spørsmålet om behov for sykestuefunksjoner (tab 2). Vi tolker dette slik at halvparten av legene mener at primærhelsetjeneste med tilgang på egne senger kan dekke reelle pasientbehov på områder der hverken det hjemmebaserte tilbud eller sykehustilbudet - uansett sykehavstand - er tilfredsstillende. Denne oppfatning deles av Bratlie og medarbeidere som på bakgrunn av erfaringer fra egne lege-distrirkter og ut fra medisinske, distriktspolitiske og økonomiske argumenter understreker at det er behov for korttidssenger og sykestuefunksjoner uansett avstand til sykehus (8).

Det er rimelig å anta at pasientgruppen dette gjelder for i store trekk er identisk med sykestuenes pasienter. Sykestuepasientene innlegges hovedsaklig til kortvarige opphold på vide medisinske indikasjoner, ofte med pleiesmessige eller sosiale tilleggsindikasjoner. For mer enn halvparten av sykestuepasientene er hovedalternativet sykehussinnleggelse (egne, ikke publiserte data).

Et udekket behov for sykestuefunksjoner i det omfang som vår undersøkelse viser, taler for en nærmere vurdering av slik korttidss bruk av sykehjem. En viktig hindring ligger i pågangen av pleiepasienter og farene for blokkering av akuttsengene (9). Videre vil den forestående sykehjemssreform gjøre det økonomisk fordelaktig for kommunene å benytte sykehuse fremfor å utvikle egne sykestueavdelinger i sykehjemmene. På den annen side vil full integrering av sykehjemmene i kommunehelsetjenesten øke mulighetene for en mer fleksibel bruk av institusjonene og dermed bedre forutsetningene for en økt satsing på sykestuefunksjonen ■

Undersøkelsen er finansiert av Den norske lægeforenings almenpraktikerstipend med støtte fra Landsforeningen mot Kreft.

Se litteraturliste side 129 ►

Trimetoprim-Sulfa®

trimethoprim. sulfamethoxazol.

Indikasjon:

**Ukomplisert akutt urinveisinfeksjon
hos kvinner**

Produktutvikling

NY PAKNING

12 tabletter

**Ultrakort behandling –
kun 3 dager!**

2 tabletter morgen og kveld



Lavere pris

KabiVitrum



Trimetoprim-Sulfa «KabiVitrum»

TRIMETHOPRIM OG SULFONAMID

Mikstur: 100 ml inneh.: Trimethoprim 0,8 g, sulfamethoxazol 4 g, sorbitol 41 g, const. et aqua purif q.s.

Tabletter: Hver tablet inneh.: Trimethoprim 80 mg, sulfamethoxazol 400 mg.

Egenskaper: Klassifisering: Antibakterielt middel med baktericid effekt.

Det antibakterielle spektrum er bredt og omfatter både Gram-positive og Gram-negative bakterier. Ingen effekt overfor Mycobacterium tuberculosis, Mycoplasma og Treponema pallidum. Pseudomonas aeruginosa er oftest resistent. Virkningsmekanisme: Inneholder to aktive substanser trimethoprim og sulfamethoxazol som blokkerer to påfølgende enzymatiske trinn i bakteriene folysyntese. Gir baktericid virkning i koncentrasjoner der enkeltkomponentene hver for seg kun har bakteriostatisk effekt. Denne virkningsmekanisme reduserer faren for resistensutvikling, og en oppnår ofte god effekt på mikrober som ellers er resistente overfor enkeltkomponentene. Absorpsjon: Begge komponenter absorberes raskt og nesten fullstendig. Proteinbinding: Plasmaproteinbinding for trimethoprim er ca. 45 % og for sulfamethoxazol ca. 65 %. Halveringstid: Trimethoprim ca. 11 timer, sulfamethoxazol ca. 11 timer. Fordeling: Vektskonsentrasjonen av Trimethoprim er vanligvis høyere enn konsentrasjonen i plasma, f.eks. prostataveske, saliv, sputum og vaginalsekret. Særlig høye konsentraserjoner i lungevev. I kamervann og cerebrospinalvæske er konsentrasjonen tilstrekkelig for antibakteriell effekt. Maksimale serumkonsentraserjoner: Oppnås etter ca. 1 – 3 timer etter innslag av to tabletter, og er for trimethoprim 4,5 – 6,5 µmol/l og for sulfamethoxazol 130 – 200 µmol/l. Utskillelse: Begge komponenter utskilles hovedsakelig via nyrene. 50 % av Trimethoprim og 25 % av Sulfamethoxazol utskilles i urinen i aktiv form. Overgang i placenta: Passerer placentabarriieren. Overgang i morsmelk: Kan passere over i morsmelken, men i så små mengder at det ved terapeutiske doser er liten risiko for innvirkning på barnet.

Indikasjoner: Akutte purulente bronkitter. Akutte eksacerbasjoner av kronisk bronkitt. Pneumocystis carinii pneumoni. Urinveisinfeksjoner. Tyfoid og paratyfoid feber. Akutte salmonellosjer, dersom antibakteriell terapi er indisert. Infeksjoner i øvre luftveier. Gonorrøe, når medisinske/mikrobiologiske forhold tilslutter dette (penicillinallergi, resistens).

Kontraindikasjoner: Alvorlige leverskader, bloddyskrasier og alvorlig nyresvikt hvis regelmessige kontroller av plasmakonsentrasjonen ikke kan gjennomføres. Kjent sulfonamid- og/eller trimethoprim-overempfindlighet. Graviditet er en relativ kontraindikasjon. Må ikke brukes i barnets første leveuker.

Bivirkninger: Allergiske hudreaksjoner, feber, kvalme, oppkast, anoreksi og dyspepsi.

Hematologiske forandringer er observert, spesielt hos eldre. Det dreier seg om trombopeni, leukopeni, neutropeni og sjeldent agranulocytose. Aplastisk anemi er rapportert.

Iktus er rapportert i sjeldne tilfelle.

Forsiktigheitsregler: I tilfelle hvor det foreligger sterkt nedsatt nyrefunksjon skal dosene reduseres eller intervallene forlenges for derved å unngå en kumulativ effekt. Det anbefales å bestemme plasmakonsentrasjonen av sulfamethoxazol i slike tilfelle. Følgende doseringsskema anbefales:

Kreatinin-clearance Normalverdi: 70 – 130 ml/min.	Serumkreatinin Normalverdi: 45 – 115 µmol/l	Dosering (normaldosering for voksne) er 2 tabl. hver 12. time.
> 25 ml/min.	< 320 µmol/l	Normaldosering
25 – 15 min.	320 – 405 µmol/l	Normaldosering i 3 døgn, deretter 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.
< 15 ml/min.	> 405 µmol/l	Før ytterligere undersøkelser er utført, skal prep. kun gis til pasienter som får regelmessig dialysebehandling. Standarddosen er 2 tabl. hver 24. time så lenge kontrollanalysen tillater.

Kontrollanalyse: Totalkonsentrasjonen av sulfamethoxazol i plasma bestemmes 12 timer etter tabletteinntaket hver 3. behandlingsdag. Plasmakonsentrasjonen bør ikke overstige 600 µmol/l. Ved langtidsbehandling bør blodbildet kontrolleres regelmessig. Behandlingen separeres straks hvis det opptrer eksantem eller blodforandringer.

Interaksjoner: (I: 64e, sulfonamider).

Dosering:

Mikstur: barn:

6 uker – 5 mndr.	½ måleskje (2,5 ml)	2 × daglig
6 mndr. – 5 år	1 måleskje (5 ml)	2 × daglig
6 – 12 år	2 måleskje (10 ml)	2 × daglig

Tabletter: voksne og barn over 12 år:

Standarddosering	2 tabletter	2 × daglig
Langtidsbehandling (utover 14 dager)	1 tablet	2 × daglig
Høyeste dosering (i særlig alvorlige tilfelle)	3 tabletter	2 × daglig
Barn 6 – 12 år	1 tablet	2 × daglig

Gonoré:

Standarddosering	4 tabletter	2 × daglig i 2 dager
Alternativt	5 tabletter	2 × daglig i 1 dag

Pneumocystis carinii Pneumoni: ¼ tablet pr. kg legemsvekt fordelt på 4 døgndoser.

Korttidsbehandling av ukomplisert cystitt hos ikke-gravide kvinner: 2 tabl. 2 × daglig i 3 dager.

Ved akutte infeksjoner bør det doseres i minst 5 dager eller inntil pasienten har vært fri for symptomer i to dager.

Overdosering/forgiftninger: Symptomer: Kvalme, brekninger, svimmelhet, forvirringstilstand. Behandling: Symptomatisk. Kalsiumfolinat motvirker eventuelle påvirkninger av benmargen. Både Trimethoprim og Sulfamethoxazol kan dialyseses ved hemodialyse.

Andre opplysninger: Trimethoprim kan innvirke på serum/plasmakreatininbestemmelser hvis alkalisisk plikratreagens nyttes. Kombinasjonen benevnes i internasjonal litteratur ofte Co-trimoxazol.

KabiVitrum



Adresse: Postboks 22

Nesbruveien 33, 1362 Billingstad

Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Pakninger og priser:

Tabletter 12 stk.	kr. 28,90
Tabletter 20 stk.	kr. 41,00
Tabletter 28 stk.	kr. 53,80
Tabletter 100 stk.	kr. 152,30
Tabletter 10 x 100 stk.	kr. 1123,95
Mikstur 100 ml	kr. 29,75

Litteratur:

- Odelsningsproposisjon nr. 48 (1985-86). Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten.
- Stortingsmelding nr. 68 (1984-85). Sykehjemmene i en desentralisert helse- og sosialtjeneste.
- Nygård L. Sjukeheimenes plass i den heimebaserte omsorgen. I:Hjort L red. Sykehjemmene og helsetjenesten. Oslo: Aschehoug, 1984: 137-52.
- NOU 1982:10. Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.
- Halvorsrud J. Om riktig bruk av korttidsplasser ved sykehjem. Norsk Tidsskrift for Geriatri 1987;3:10-1.
- Mamen K. Korttidsopp hold i sykehjem. Utposten 1987;16:nr.3.
- Lov om sykehuse m.v. av 19. juni 1969.
- Brattlie O, Schulstad B, Steinum K, Tjemsland L. Bruk av sykehjemmet i distrikthelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1977;97:507-10.
- Hjort PF. Sykehjemmet – en del av kommunens helsetjeneste. I:Hjort L red. Sykehjemmene og helsetjenesten i Oslo: Aschehoug, 1984:153-65.

Hvordan bør den geriatriske samarbeide med kommunene?

Erfaringer med en organisasjonsmodell

■ Håvard Heggedal
Sjukeheimsoverlege, Molde



Møre og Romsdal har hatt regionale sjukeheimsoverleger med ansvarsområde omtrent svarende til det enkelte lokalsjukehusområde.

Sjukehusoverlegene er heltidsansatte, fullt og helt opptatt av geriatriske problemstillinger og ideologisk og praktisk utforming av medisinsk eldreomsorg slik denne kan utvikles i et samarbeid mellom sjukehus, sjukeheimer og den heimebaserte omsorg.

Gjennom snart 15 år har det vært interessant å følge den utvikling som har skjedd i de enkelte kommuner. Det har skjedd en betydelig bedring av det tverrfaglige lokale samarbeid, sannsynligvis påskytet av formelle krav til samarbeid i forbindelse med bruk og utnyttelse av den fylkeskommunale sjukeheim i kommunehelsestjenesten. I de fleste kommuner har dette utviklet seg videre til et kommunalt samarbeidsorgan som tar ansvaret for prioritering og utnyttelse av alle tilbud i den medisinske og sosiale eldreomsorg. I dette bildet har sjukeheimsoverlegen som fagansvarlig for sjukeheimene, også fungert som fagkonsulent i kommunehelsestjenesten. Dette har naturlig nok hatt sine sterke praktiske begrensninger.

Den såkalte sentrale sjukeheim, sjukeheimsoverlegens base, hadde på et tidligere tidspunkt en viss rehabiliteringsfunksjon som også kunne tilbys pasienter fra andre kommuner som ikke hadde slike muligheter. Mangel på kapasitet i

de sentralt beliggende sjukeheimer og utbygging av sjukeheimer i hver kommune, har gjort slutt på dette. Kommunene har fått økt sine muligheter til å drive behandling og rehabilitering, men fortsatt har mange en følbar mangel på fagpersonale for fysioterapi og ergoterapi.

Sjukeheimsoverlegen har kunnet koordinere samarbeid mellom kommuner og sjukehus og mellom kommunene, spesielt ved utnyttelse av spesialinstitusjoner for flere kommuner, slik som avdelinger for senil demente.

Det har i mange år vært snakket om å bygge ut sjukeheimsoverlegefunksjonen ved å danne geriatriske team som kunne være til større faglig og praktisk hjelp for kommunehelsestjenesten og den lokale sjukeheim. Det har ikke vært mulig å skaffe ressurser til dette, og utviklinga har også gjort videreutvikling av denne modellen uaktuell.

Bakgrunn og behov for nyorganisering

I forbindelse med at sjukeheimene overføres til kommunalt forvaltningsansvar, har fylkeskommunen vedtatt å etablere en geriatrisk annenlinjetjeneste på fylkeskommunalt nivå ved å overføre sjukeheimsoverlegene til sjukehuset i vedkommende region. Det er bestemt at stillinga administrativt og faglig blir knyttet til medisinsk avdeling som geriatrisk spesialiststilling.

Samtidig har de respektive sjukehus fått i oppdrag å utarbeide en plan for hvordan geriatrifunksjo-

riske annenlinjetjeneste unehelsetjenesten?

nen kan innarbeides i sjukehuset, organisatorisk, faglig og rent planmessig.

På denne måten har Møre og Romsdal fylkeskommune tatt vare på den geriatriske erfaring som er opparbeidd gjennom mange år, og lagt grunnlaget for en geriatrisk virksomhet i sjukehus som er blitt stadig mer aktualisert i senere tid gjennom utredninger og Stortingsmeldinger.

Den fylkeskommunale helsetjenesten har hatt ansvar for medisinske institusjoner som funksjonsmessig er en del av kommunehelsetjenesten. Når sjukeheimene overlates til kommunalt forvaltningsansvar, er det naturlig at fylkeskommunen i stedet bygger opp en geriatrisk spesialistjeneste på sjukehusnivå i likhet med virksomheten på andre fagområder.

Dette er nødvendig for å styrke samarbeidet mellom sjukehus og kommunehelsetjeneste over den grenselinje som nå vil gå mellom to nivå i helsetjenesten. Det er vel helt klart de geriatriske problempasienter som byr på den største samarbeidsmessige utfordring. Det ventes at kommunehelsetjenesten skal bygge opp en medisinsk og sosial eldreomsorg som løser problemene på dette nivå, og bedrer samarbeidet med sjukehuset.

Det må være like naturlig å vente at den fylkeskommunale helsetjeneste blir utbygd slik at den mer aktivt er med å hindre opphopning av såkalte ferdigbehandlende pasienter i sjukehuset, og på denne måte bidrar til å utvikle samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

Utfordringa til den fylkeskommunale helsetjeneste er å organisere en geriatrisk annenlinjetjeneste som er tilpasset geografi, helsetjenestestruktur og behov i lokalsjukehusområdet.

Hvordan skal en så organisere den geriatriske virksomheten i sjukehuset?

I Stort.meld. nr. 68 antar Sosial-departementet at egne geriatriske avdelinger vil være å foretrekke.

Odelstingsproposisjon nr. 48 sier at det er ønskelig at det finnes geriatrisk spesialkompetanse ved alle våre sjukehus, og at det ved en del sentralsjukehus og lokalsjukehus kan være naturlig at det er etablert egne geriatriske avdelinger.

Statens Eldreråd foreslår i uttalelse til Stort.meld. nr. 68 at det blir utbygd geriatriske avdelinger ved alle regionsjukehus og sentralsjukehus og geriatriske seksjoner ved de mindre sjukehus.

Norsk geriatrisk forening har tidligere pekt på behovet for å opprette egne plasser for geriatri på sjukehusnivå, lett tilgjengelig og så nært brukerne som mulig.

Disse utsagn er et rimelig grunnlag å bygge på når en skal bygge opp en geriatrisk sjukehustjeneste der utforming og ressursbruk vil få avgjørende betydning for det samarbeid som kan utvikles med kommunehelsetjenesten.

Egne geriatriske avdelinger vil utvilsomt være det mest effektive

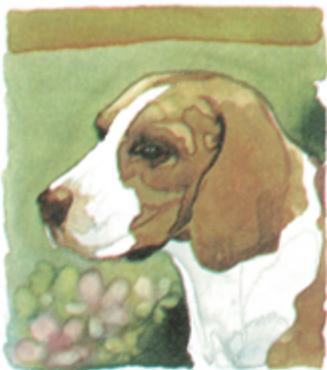
og hensiktsmessige med hensyn til interne og utadrettede samarbeidsmuligheter. Opprettelse av egne avdelinger er imidlertid plasskrevende og ressurskrevende og neppe realistisk å tenke seg i nær framtid andre steder enn i større sjukehus.

En geriatrisk seksjon er mer realistisk å få til på litt sikt. Med bakgrunn i det store antall eldre pasienter med rehabiliteringsbehov som til enhver tid ligger i sjukehuset, er det ikke urimelig at dette skjerde ved en omstrukturering av eksisterende sengekapasitet. Det er nødvendig for å få til en enhetlig rehabiliteringsvirksomhet og skape miljø for optimale resultater. Det er behov for et sted for kvalifisert observasjon og vurdering av geriatriske problempasienter.

En seksjon tilknyttet medisinsk avdeling er vel det mest naturlige, og en geriatrisk seksjon bør være minstekrav til sjukehusgeriatri. I næværende situasjon må en imidlertid regne med en startfase der geriateren er alene og må forsøke å danne et geriatrisk team ved støtte av ergoterapeut, fysioterapeut og spesielle sjukepleiere.

En slik struktur vil i første omgang neppe kunne føre til særlig effektivisering av sjukehusets arbeid med enkeltpasienter som ligger rundt på avdelingene. Virksomheten vil gå på kliniske geriatriske problemstillinger og rådgiving til det personale som omgir den enkelte pasient, men med bedre mulighet enn før til å opprette samarbeid utad til kommunehelsetjenesten.

PROBLEMET



LØSNINGEN



TAVEGYL®



Tavegyl® - ved allergiske lidelser og klo.
Pakninger:

Tabletter, Empack 20 stk., 100 stk.

Mikstur 100 ml.

Injeksjonsvæske 5 ampuller á 2 ml.

Se felleskatalogen.

Tavegyl® - et naturlig valg av antihistamin.

Framtidige arbeidsmåter og samarbeidsmuligheter

Sjukehusgeriatriens effektivitet i sjukehuset og nytte for kommunehelsetjenesten vil naturligvis være avhengig av den struktur virksomheten får, og personalkapasitet til å løse samarbeidsproblemer.

I prinsippet vil virksomheten omfatte to arbeidsområder eller arbeidsmåter:

- Oppgaver og arbeid knyttet til sjukehuset og

- virksomhet rettet utover mot og til dels utført i kommunehelsetjenesten.

En viktig del av virksomheten i sjukehuset vil være klinisk geriatric arbeid i forbindelse med innlagte pasienter. Tverrfaglig samarbeid om rehabiliteringsopplegg, og i denne forbindelse utadrettet virksomhet mot kommunehelsetjenesten for å tilrettelegge videre behandling og omsorg etter utskriving. Tidlig opprettelse av samarbeidskontakt og god kommunikasjon vil være viktig for å oppnå en videreføring av pasienten så snart som mulig.

En annen arbeidsmåte blir poli-

klinikk for eldre med mer sammen-satte problemer. Somatisk og psykisk betinget funksjonssvikt med behandlings- og omsorgsproblemer kan gi behov for en tverrfaglig vurdering. Ofte vil det være aktuelt å vurdere behovet for innleggelse, alternativt legge opp behandlings- og omsorgstiltak i samråd med den lokale helse-tjeneste.

Eldre med mer klare medisinske problemstillinger bør som før henvises til de respektive poliklinikker.

I forbindelse med geriatric poliklinikk bør det opprettes dag-hospitalsplasser. På den måten kan en utføre mer inngående observasjon og utredning av pasienten uten at pasienten opptar vanlig sengeplass. Sannsynligvis vil dette være særlig verdifullt til eksempel i forbindelse med psykogeriatricke pasienter.

Det vil bli nødvendig og hensiktsmessig å ha sengeplasser for psykogeriatrick observasjon og diagnostikk, enten i forbindelse med en geriatric seksjon, eller som eget avsnitt. Dette bør være i samarbeid med spesialister i gerontopsiatri, og det er mulig at egne avsnitt for psykogeriatrick bør legges til psykisk helsevern.

Sjukehusgeriatriens utadrettede virksomhet må være konsulentbi-stand etter ønske, både overfor institusjoner i kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten for øvrig. Tilbuddet bør ikke bare omfatte bistand ved geriater, men også andre personalkategorier, til eks. ergoterapeut. Tilbud om å delta i undervisning må være en viktig del av denne virksomheten.

Sjukehusgeriatrien må også kunne flyttes ut til kommunehelsetjenesten hvis dette er ønskelig. En tenker da på at geriater, eller et tverrfaglig team, på anmodning kan besøke institusjoner. Eller i samråd med den lokale helsetjeneste vurdere pasienten i egen heim. Omfanget av dette vil naturligvis ha sine geografiske og praktiske begrensninger, men muligheten må være der.

Den geriatricke annenlinjetjeneste som opprettes, må kunne skape bedre behandlingsmuligheter for eldre i sjukehus og bedre kommunikasjon til kommunehelsetjenesten. Den må også ha vilje og evne til å gå ut i kommunehelsetjenesten når dette er ønskelig, og bidra til å løse problemer dør pasienten er.

Utposten lot tidligere kommunellege I i Eide kommune, Egil Storås, nå ass. fylkeslege i Møre og Romsdal, få lese og kommentere sykehjemsoverlege Håvard Heggdals artikkel om det planlagte opplegget for områdegeriatric med base på sykehusene i fylket, og her er hans kommentar :

Egil Storås

Overføring av ansvaret for sjukheimene til kommunene medfører at kommunehelsetjenesten vil få ansvaret for den geriatricke pasient gjennom nærmest alle stadier. Det innebærer en desentralisering av ansvaret for behandling og pleie av de mest omsorgstengende pasientene våre. Dette har forde-ler ved at ressursene i kommunene kan benyttes fleksibelt og dermed mer effektivt enn før, men det har sine klare ulemper ved at det faglige nivå vil kunne variere meget fra institusjon til insti-

tusjon alt etter personnellets sammensetning og motivasjon og kommunens økonomiske politikk.

Det er spesielt en kategori geriatricke pasienter som vil kunne bli skadelidende i en svak eldreomsorg : De som profiterer på aktiv rehabilitering. Disse tren-ger ressurser av tverrfaglig art både ved vurdering, behandling og evaluering. Hvert sykehjem må ha kapasitet og kompetanse til behandling av geriatricke pasienter, men det vil fortsatt være behov for et fylkeskommunalt tilbudd av tverrfaglig karakter til vurdering av enkelte pasienter og

evaluering av behandlingsopplegg.

Jeg er derfor enig i at det opprettes en annenlinjetjeneste i form av en geriatrick seksjon ved hvert sykehjem. Ansvaret kan med-fordel tillegges et geriatrick team ledet av en geriater med støtte av ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleiere. Jeg me-ner det er av vesentlig betydning for teamets arbeid at det utvides med enda et fagområde, psykolog. Etter min erfaring er den viktigste enkeltfaktor vi sliter med i rehabiliteringsarbeidet pasientens egen motivasjon. Etter min

mening representerer psykologi det fagområdet som best vil kunne kartlegge den enkeltes motivasjon for tiltak og hva som kan påvirke dette.

Den geriatriske faggruppen bør få ansvar for innlagte pasienter. Dette vil gi muligheter for utprøving av behandlingsopplegg som ikke er mulig å utføre desentralisert og det vil forhindre at teamet bare blir en gruppe konsulenter som gradvis mister innsikten i problemstillingene ved sykehjemmene og derved troverdigheten.

Utdrettet virksomhet er helt vesentlig for gruppens funksjon. Spesielt tilbud om å delta i undervisning vil være nyttig. Og det må arbeides mye med å holde en åpen kommunikasjon med kommunehelsetjenesten, slik at tilbuddet kommer de eldre i kommunene til del.

Jeg er redd at uten en slik utdrettet målsetting, vil teamet lett bli fanget opp av sykehusets eget behov og få en funksjon som utskrivningskontor for eldre.

Jeg har stor tro på en slik fylkeskommunal tverrfaglig gruppe som en ressursgruppe innen geriatric omsorg. Geriatric annelinjetjeneste er kommet for å bli og behovet for det vil bli særlig markert når kommunene får ansvaret for sykehjemmene ■

Aldersdement

DIAGNOSTISKE OVERVEIELSER

Einar Einarsen
Kommunelege I, Sømna

"Man reknar med att det på olika institutioner för eldare finns åtskilliga eldare som felaktigt stemplats som åldersdementa. De har i stället en falsk demens - en pseudodemens och skal knappast vårdas på insititution. Vad de behöver är mänsklig kontakt, stimulans och delaktighet i livet." Sitatet är hentet fra SOU - 1985:31 Dagens eldare. Fakta kring levnadsförhållanden. s. 133.

Tilsynslegen ved sykehjemmene har ansvaret for at det ikke skjer feillasseringer. Kunnskaper og systematisk arbeide ansees som nytige hjelpeidler for å unngå feillasseringer. Aktuelle artikkel er basert på 17 års arbeide som distriktslege og tilsynslege i samme kommune samt teoretiske studier ved Nordiska Helsevårds-høgskolan i Göteborg.

Klassifikasjon av aldersdemens

På 19. hundretallet ble enhver mental sykdom som påvirket intelligensen definert som "Dementia". I motsetning til dette ble "Senilitet" brukt om mental reduksjon knyttet til fysiologisk aldring.

Professor Gottfries (1986) foreslår en inndeling av ulike typer av demens i høy alder etter alder for første symptom som vist i figur 1.

Denne klassifikasjon bygger på patologisk-anatomiske undersøkser.

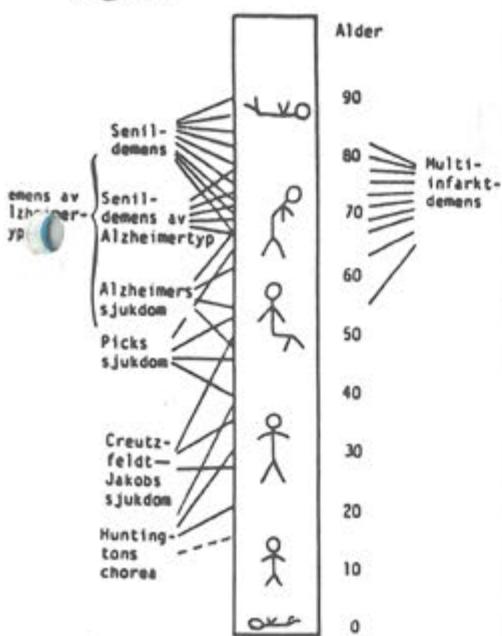
I klinisk praksis fremtrer pasienten med sin adferd. Bak en dement adferd kan det være en reversibel årsak. I flere tilfeller er det mulig å helbrede pasienten om den primære årsaken påvises og pasienten får riktig

mens

behandling i tide. Slike demenser kan derfor betegnes sekundære til en primær årsak og kan være potensielt reversibel.

I et materiale på 417 pasienter med tentativ diagnose aldersdemens, fant Wells (1979) i 50 % ukjent underliggende årsak til demensprosessen. I 10 - 15 % av tilfellene var det potensielt reversibel årsak til demens.

Figur 1.



Gottfries (1986) inndeling i ulike typer av demens i høy alder etter alder for første symptom.

Gershon og Herman (1982) hevder at ca 20 % av alle demensene er sekundære til årsaker som kan behandles.

Det er nærliggende å sammenligne med klassifikasjon av hypertensjon i primær og sekundær årsaker. Dette gir et incitament til å søke etter de mulige primære årsaker til sekundær hypertensjon og behandle disse med helbredelse til følge. Dette skal gjøres før det velges en kanskje mangeårig medikamentell behandling.

På tilsvarende måte er det nødvendig med tidlig undersøkelse og behandling av pasienter med dement adferd før det kanskje er aktuelt med mangeårig omsorg for pasienter feilplassert på en institusjon.

Ut fra klinisk bruk synes betegnelsen primær og sekundær aldersdemens adekvat.

Symptomer ved aldersdemens

Demens er et av flere organiske hjernesyndrom. The Royal College of Physicians of London (1980) har gitt følgende definisjon av demens:

"Dementia is the global impairment of higher cortical functions including memory, the capacity to solve the problems of day-to-day living, the performance of learned perceptuo-motor skills, the correct use of social skills and control of emotional reactions, in the absence of gross clouding of consciousness. The condition is often irreversible and progressive."

Demens kommer fra latin *de mens* som betyr tap av ånd. Det tydeligste funnet ved demens er svekkelse av intellektet så mye at det påvirker individets sosiale liv. Svekkelsen ytrer seg på flere måter som sviktende hukommelse, vurderingsevne, tankevirksomhet og reduksjon av en rekke høyere corticale hjernefunksjoner.

I begynnelsen er det først og fremst det nylig opplevde som glemmes. Mange pasienter har i begynnelsen innsikt i sykdommen. De føler det som er i ferd med å skje med dem som truende og skremmende og mange får angst eller blir deprimert. Symptomene kan enten gjøre dem flau og de kan prøve å skjule dem eller de trekker seg tilbake.

Sviktende hukommelse og orienteringsevne er de mest typiske ved aldersdemens, i tillegg kommer personlighetsforandringene og

forandret adferd. De aldersdemente preges av tiltaksløshet og passivitet. Viljesfunksjon forfaller og virkningen kan være lammende for pasienten. Evnen til å utføre sammensatte handlinger som det å kle på seg blir sveket.

Definisjon fra The Royal College of Physicians omfatter også sveket sosial adferd og tilstanden er nødvendigvis ikke irreversibel som forutsatt i tidligere definisjoner.

Arsaker til aldersdemens

Det er forholdsvis få tilstander som medfører primær irreversibel demens.

Senil demens av Alzheimers type og multi-infarkt-demens utgjør ca 80 % av alle demensene hos personer 67 år og eldre.

Tabell 1 hentet fra en utredning sponset av National Institute on Ageing (Senility reconsidered 1980), viser primære årsaker til potensielt reversibel aldersdemens. Tabell 1 vil kunne hjelpe tilsynslegen til en systematisk gjennomgang av de mulige årsaker som kan ligge bak en dement adferd. Den skal være et hjelpemiddel for tilsynslegen, ikke noe enhver pasient skal igjennom.

Legemiddelbivirkninger, depresjon, metabolske forstyrrelser og infeksjoner er de vanligste årsakene til reversibel dement adferd.

Det er meget viktig å forsøke å skille demens fra delir. Tabell 1 lister også opp tilstander som kan gi delir og både demens og delir. Begynnelsen av deliret er vanligvis akutt og tydelig, men ved snikende begynnelse er det lett å overse et delir. Om deliret opptrer hos demente, kan deliret lett overses og ikke bli behandlet.

Utviklingen av demens kan gå over lang tid, men demensene kan demaskeres av ytre påkjenninger som f.eks. flytting og andre miljøfaktorer, infeksjoner, medikamentelle bivirkninger. Å forhindre "demaskeringen" kan utsette omsorgsbehovet.

Tabell

SORBANGIL®

ISOSORBIDINITRAT

Ny indikasjon

HJERTESEVIKT



Dosering:

20–40 mg × 3–4

Høyere dose kan være nødvendig
for å oppnå ønsket effekt.

For ytterligere opplysninger
se felleskatalogen

KabiVitrum



Tabell 1. Reversible Causes of Mental Impairment

	Dementia	Delirium	Either or Both
Therapeutic drug intoxication			Yes
Depression			Yes
Metabolic			
a. Azotemia or renal failure (dehydration, diuretics, obstruction, hypokalemia)			Yes
b. Hyponatremia (diuretics, excess antidiuretic hormone, salt wasting, intravenous fluids)			Yes
c. Hypernatremia (dehydration, intravenous saline)			Yes
d. Volume depletion (diuretics, bleeding, inadequate fluids)			Yes
e. Acid base disturbance			Yes
f. Hypoglycemia (insulin, oral hypoglycemics, starvation)			Yes
g. Hyperglycemia (diabetic ketoacidosis, or hyperosmolar coma)			Yes
h. Hepatic failure			Yes
i. Hypothyroidism			Yes
j. Hyperthyroidism (especially apathetic)			Yes
k. Hypercalcemia			Yes
l. Cushing's syndrome			Yes
m. Hypopituitarism			Yes
Alcohol toxic reactions (cont)			
d. Acute hallucinosis			Yes
e. Delirium tremens			Yes
Anemias			Yes
Tumor—systemic effects of nonmetastatic malignant neoplasm			Yes
Chronic lung disease with hypoxia or hypercapnia			Yes
Deficiencies of nutrients such as vitamin B ₁₂ , folic acid, or niacin			Yes
Accidental hypothermia			Yes
Chemical intoxications			
a. Heavy metals such as arsenic, lead, or mercury			Yes
b. Consciousness-altering agents			Yes
c. Carbon monoxide			Yes
Infection, fever, or both			
a. Viral			Yes
b. Bacterial			
Pneumonia			Yes
Pyelonephritis			Yes
Cholecystitis			Yes
Diverticulitis			Yes
Tuberculosis			Yes
Endocarditis			Yes
Cardiovascular			
a. Acute myocardial infarct			Yes
b. Congestive heart failure			Yes
c. Arrhythmias			Yes
d. Vascular occlusion			Yes
e. Pulmonary embolus			Yes
Brain disorders			
a. Vascular insufficiency			
Transient ischemia			Yes
Stroke			Yes
b. Trauma			
Subdural hematoma			Yes
Concussion/confusion			Yes
Intracerebral hemorrhage			Yes
Epidural hematoma			Yes
c. Infection			
Acute meningitis (pyogenic, viral)			Yes
Chronic meningitis (tuberculous, fungal)			Yes
Neurosyphilis			Yes
Subdural empyema			Yes
Brain abscess			Yes
d. Tumors			
Metastatic to brain			Yes
Primary in brain			Yes
e. Normal pressure hydrocephalus			Yes
Pain			
a. Fecal impaction			Yes
b. Urinary retention			Yes
c. Fracture			Yes
d. Surgical abdomen			Yes
Sensory deprivation states such as blindness or deafness			Yes
Hospitalization			
a. Anesthesia or surgery			Yes
b. Environmental change and isolation			Yes
Alcohol toxic reactions			
a. Lifelong alcoholism			Yes
b. Alcoholism new in old age			Yes
c. Decreased tolerance with age producing increasing intoxication			Yes

DIAGNOSTISK PROSESS

Anamnese

En detaljert anamnese fra pasienten (om mulig), fra best informerte pårørende og fra tidligere sykehistorier er spesielt viktig.

Kjennskap til pasienten over tid, er til uvurderlig nytte og et viktig argument for at institusjonene har nær tilknytning til primærhelsetjenesten i det området pasientene på institusjonene kommer fra.

Klinisk undersøkelse.

Denne må være spesielt grundig ettersom sykdom i nesten ethvert organsystem kan gi dement adferd. Den kliniske undersøkelsen inkluderer nevrologisk og mental status.

Til hjelp ved vurderingen av mental status er det i litteraturen beskrevet flere tester. "Mini Mental State" er hyppig benyttet. Denne testens innhold fremgår av tabell 2 (Eskerud 1986). 20 poeng eller lavere kan tyde på aldersdemens. Jo lavere poengsum, desto større sannsynlighet for aldersdemens.

Supplerende undersøkelser

1. Hematologiske undersøkelser
2. Urinundersøkelser
3. Undersøkelser av avføringen
4. Serumkreatinin, blodsukker, serumelektrolytter, bilirubin, B-12, folsyre
5. Thyreocideafunksjonstester
6. Syfilisreaksjon
7. Rtg. thorax
8. EKG
9. Cerebral CT

Tilsynslegen vet hva som er mulig å utrede av ham selv, hva som kan utredes poliklinisk av spesialister og hva som trenger innleggelse.

Dersom det ikke kan finnes noen årsak til pasientens aldersdemens ved de ambulante undersøkelsene som er tilgjengelige, ansees det rimelig med innleggelse for videre undersøkelser med henblikk på mulig reversibel årsaker.

Tabell

Eldre

Tabell 2. Mini Mental State (i modifisert oversettelse)

	Max poeng	Pasientens poeng
Orienteringsevne		
Spør pasienten hvilken dag det er	1	
Spør pasienten hvilken dato det er	1	
Spør pasienten hvilken måned det er	1	
Spør pasienten hvilken årstid det er	1	
Spør pasienten hvilket år det er	1	
Spør pasienten hvilket land vi er i	1	
Spør pasienten hvilken landsdel vi er i	1	
Spør pasienten hvilket fylke vi er i	1	
Spør pasienten hvilken kommune vi er i	1	
Spør pasienten hva stedet vi er på heter	1	
Innlæringsevne		
Gjenta 3 enkle ord: «ost, sykkel, bok» (bruk 1 sekund på hvert ord.)		
1 poeng for hvert riktig ord, noter eventuelle antall forsøk	3	
Oppmerksomhet/regneferdighet		
Be pasienten trekke tallet 7 fra 100, deretter ytterligere 7 osv. inntil 5 subtraksjoner (1 poeng for hvert riktige tall)	5	
Eller: Be pasienten stave «sverd» baklengs (1 poeng for hver riktige bokstav i riktig rekkefølge)	5	
Hukommelse		
Be pasienten gjenta de 3 ordene fra punkt 2	3	
Språk		
Vis frem en blyant og be pasienten si hva det er	1	
Vis frem en klokke og be pasienten si hva det er	1	
Be pasienten gjenta setningen: «Dette er absolutt ikke noe å diskutere»	1	
Be pasienten adlyde 3-delt beskjed: «Ta et papir i hoyre hånd, brett det på midten og legg det på gulvet»	1	
Be pasienten følge en skriftlig beskjed (vises på en lapp til pasienten): «Lukk øynene»	1	
Be pasienten skrive en (hvilken som helst) setning	1	
Be pasienten kopiere en ferdig figur (som vises pasienten)	1	
Sum:	30	
Bedom pasientens bevissthetsnivå		
Våken	Søvnig	Komatös

□ Otto Christian Rø



Men en potensielt reversibel tillstand vil kunne gi varig skade og bli irreversibel, om den ikke oppdages i tide. Derfor er tidlig utredning, diagnose og behandling nødvendigheter også hos pasienter som viser dement adferd.

Først etter en slik systematisk utredning synes det aktuelt å konkludere med aldersdemens av ukjent årsak. Tilbake er da pasienter hvor årsaken til demensen er en irreversibel skade av hjernen, men hvor forløpet av demensutviklingen kan påvirkes ved riktig behandling i ca 20 % av tilfellene. I tillegg behøver de "menskelig kontakt, stimulans og delaktighet i livet."

Det foreligger altså en mulighet for at personer med dement adferd i ca 40 % av tilfellene kan gis en behandling som resulterer enten i bedring av tilstanden eller helbredelse.

Litteratur:

Eskerud JR. Primærlegen og den senil demente pasient. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106:1294-7.

Gershon S, Herman SP. The differential diagnosis of dementia. J Am Geriatr Soc 1982; 30: 58-66.

Gottfries CG. Sjukvården av eldre krever nya grepp. Demenssjukdomarna måste angripas aktivt. Lekartidningen 1986; 83: 1978-82.

Senility Reconsidered Treatment possibilities for mental impairment in the Elderly. JAMA 1980; 244:259-263.

The Royal College of Physicians of London. Committee on Geriatrics. Organic mental impairment in the elderly. Implications for research education and the provision of services. J R Coll Phys Lon 1980; 15:141-167.

Wells CE. Diagnosis of dementia. Psychosomatics 1979; 20:517-22.

Førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, geriatrisk avdeling, Ullevål Sykehus. Medisinsk doktorgrad på et geriatrisk aksjonsforskningsprosjekt 1984: Aksjon over 80 år i Oslo (SIFF's gruppe for helsetjenesteforskning). Medisinsk avdeling, Regionsykehuset i Tromsø 1982-85.

e og medikamenter

WHO har dokumentert at gruppen over 60 år står for ca. halvparten av medikamentforbruket i land med minst 20 % av befolkningen i aldersgruppen 60 år og over. Det er mange forhold som gjør at et høyt medikamentforbruk blant gamle kan være et problem.

1. Seertrekk ved den geriatriske pasient

Vanskene med å skille mellom normal og patologisk aldring åpner for muligheten til å definere normal aldring som uttrykk for sykdom. I Göteborgundersøkelsen H70 fant de at bare halvparten av dem som brukte digitalis oppfylte indikasjonskriteriene for slik behandling. Det skyldes blant annet tendensen til å overdiagnosistere ødem, dyspne og forstørret cor røntgenologisk som uttrykk for hjertepatologi.

Motsatt er det en fare for å definere som aldring det som egentlig er uttrykk for sykdom. Mange gamle tror det er normalt å miste kontroll over vannlatingen, men flere studier har vist at kynig hjelp, blant annet av urolog, kan fjerne eller lindre slike problemer.

Multiorgansvikt er en av kjennetegnene ved den gamle pasient. Det gjør en spesifikk diagnostikk ofte vanskelig, og den medikamentelle behandlingen blir mer innfløkt.

Akutt sykdom hos gamle maskeres eller modifiseres ofte av normale aldersforandringer eller underliggende kronisk sykdom. Det kan føre til at akutt sykdom ikke erkjennes før et stykke ut i forløpet. Da er diagnostikken ofte vanskeligere og tilstanden

kanskje mindre tilgjengelig for behandling. Derfor har man ikke, slik man ofte tenker, god tid når den gamle blir syk. Da er det behov for øyeblikkelig hjelp til det motsatte er bevist.

Sykdom manifesterer seg ofte annerledes blant gamle enn blant yngre voksne. Akutt sykdom debuterer ofte med uspesifikk funksjonssvikt, f.eks. slapphet som fører til sengeleie og manglende vasske- og fødeinntak med dehydrering og elektrolyttforstyrrelser til følge. Symptomene er ikke bare vague, men ofte villedende fordi de kan peke mot andre organer enn de som er rammet av sykdom, som f. eks. konfusjon som første tegn på pneumoni eller hjerteinfarkt.

2. Hjelpeapparatet

Legen som forskriver medikamente står sentralt. Et medikament kan bli en lettint løsning i stedet for en undersøkelse som ofte krever mye tid. Legen må være ansvarlig for en løpende vurdering om pasienten trenger medikamentene. Her må legen tenke gjennom om medikamentvalget er riktig og om det er fare for interaksjon eller bivirkninger. Det er ofte hjemmesykepleien eller pårørende som får ansvar for å påse at medikamentene blir tatt riktig når den gamle selv ikke kan. Dette krever omtanke, vilje og evne til samarbeide, også fra legens side.

Det viser seg ofte fornuftig å innarbeide som rutine at gamle pasienter tar med seg medikamentene når de kommer på legekontoret. Når legen drar hjem i sykebesøk er det ofte viktig å gå gjennom medikamentene, og da dukker de fram på de merkelige

steder, i nattbordskuffen, i kommoden, på badet, i kjøkkenskapet.

Skal man bedre medikamentell "compliance", krever det at legen er omhyggelig i valg av medikamenter. Viktige hensyn blant gamle pasienter er:

- * færrest mulig medikamenter
- * enkel ordinasjon, helst ikke oftere enn to ganger daglig
- * tydelig tekst på medikamentglassene for angivelse av medikamentvirkning og ordinasjonsform
- * Skriftlig oversikt over alle aktuelle medikamenter, deres virkning og mulige bivirkninger og når og hvordan de skal tas
- * forskrivning av medikamenter i en form som gjør legemidlene tilgjengelige og enkle å ordine, dvs. at det blant annet må tas hensyn til forpakningsform og legemidlenes størrelse og form.

3. Medikamentene

a. Farmakokinetikk

Høy alder virker inn på absorpsjon, distribusjon, medikamentomsetning og utskillelse.

Absorpsjonen av medikamenter påvirkes lite av alderen selv om pH i ventrikelen stiger, blodflow synker og tømningstiden øker.

Distribusjonen endres ved at antall kropsceller og totalt vanninnhold synker med økende alder, selv om vannmengden muligens øker igjen som følge av hjerte- og nyresvikt blant de aller eldste. Fettinnholdet i kroppen øker derimot med økende alder. Disse forandringene fører til at di-

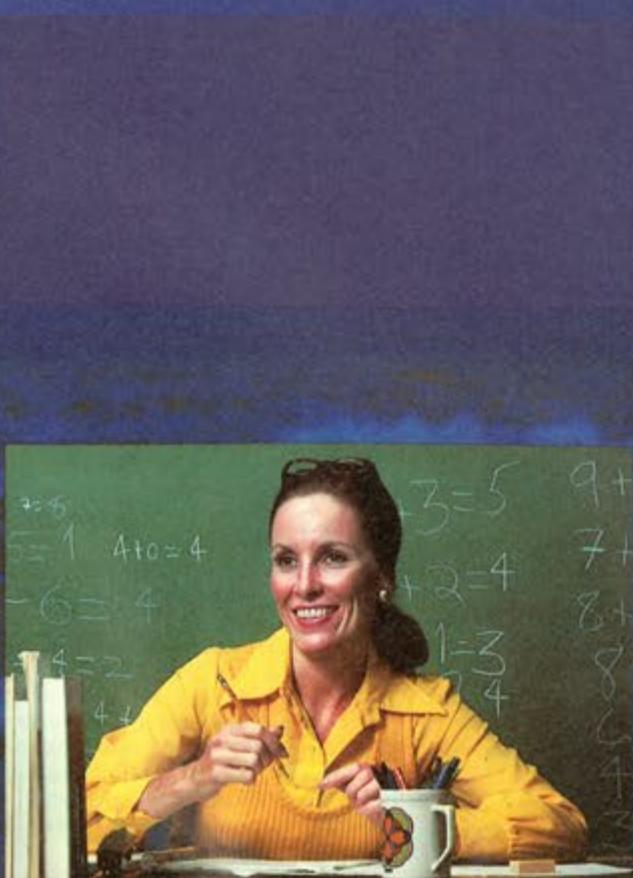
**Et nytt benzodiazepin med kort halveringstid
fra Upjohn til behandling av søvnloshet.**



Halcion®

(triazolam)

**Bedret søvnkvalitet uten uttalt effekt
på neste dags aktivitet:**



Registrert varemerke: HALCION

Upjohn Informasjon,
Solvikvn. 12, 1310 Blommenholm,
tlf. (02) 53 98 06

PRODUCT OF
Upjohn
CNS
RESEARCH

stribusjonsvolumet for vannløse legemidler, slik som f. eks. Paracetamol, synker og for fett-løselige medikamenter, slik som f. eks. Diazepam, øker med økende alder.

Det aldersbetingete fallet i plasma-protein kan ha betydning for pasienter med sykdommer som gir ytterligere fall i plasma-albumin eller som er under- eller feilernærte. Den fri farmakologisk aktive fraksjonen av medikamentet øker og kan gi sterkere medikamentvirkning og raskere utskillelse fra nyrene. Sannsynlig er effekten av redusert plasmaalbumin blant eldre av relativt liten klinisk betydning.

Medikamentomsetningen påvirkes av redusert leveromsetning, både som følge av redusert hepatisk sirkulasjon og færre metaboliserende leverceller. Teophyllin og enkelte betablokkere har til eksempel lavere leverclearance hos gamle, mens Warfarin ikke har det.

Utskillelsen påvirkes av synkende nyrefunksjon med økende alder. Antall glomeruli faller fra ca. 1 million til ca. 700.000 fra 30 til 70-årsalderen, og en regner at nyrefunksjonen faller parallelt med dette. Medikamenter som utskilles ved glomerular filtrasjon, slik som f. eks. Digoxin og Aminoglycosider, eller medikamenter som utskilles ved tubulær filtrasjon, kan akkumuleres hos gamle med nedsatt nyrefunksjon. Selv eldre med normalt kreatinin og urinstoff har lavere nyre-reserver, og medikamenter som utskilles renalt bør derfor som hovedregel gis i lavere doser blant eldre. I tillegg må det tas hensyn til alle med spesifikk nyresykdom eller gamle med hjertesvikt, dehydrering eller drenasjonsproblemer i urinveiene fordi nyreutskillelsen kan være ekstraordinært nedsatt.

b. Farmakodynamikk

Medikamentresponsen på fysiologiske og patologiske prosesser kan endres med økende alder. Det er særlig studier av betablokkere som har vist at den reduserte medikamenteffekten blant gamle kan tilskrives en reduksjon i antall betareceptorer. Psykofarmaka har tildels økt virkning blant gamle, og dette kan ha sammenheng med endret penetrasjon til hjernen.

Det er ikke holdepunkter for at interaksjon mellom bivirkninger endres med økende alder. Problemet er en direkte følge av antall legemidler som gis samtidig, og

dette er derfor et utbredt problem blant gamle med multipatologi og mange medikamenter.

4. Praktiske konsekvenser

Almenpraktikeren som har ansvaret for medikamentene for mange gamle pasienter har en vanskelig oppgave. Mange gamle er skeptiske til medikamenter. Da skal legen begrunne legemidlet spesielt godt for å ta det i bruk. Andre gamle er sterkt bundet til sine medikamenter, f.eks. beroligende og smertestillende. Da er det ofte vanskelig å gjøre noen endring. Men det kan f. eks. være mulig å få byttet ut Paralgin forte med Paracet når pasienten stadig klager over forstoppelse og mage-smærter.

Legen bør innarbeide en rutine slik at medikamentene blir gjen-nomgått, f.eks. ved hver legekontroll, ved fornying eller ved hjemmebesøk. Da er det viktig å bruke litt tid til å vurdere hvor godt pasienten følger forskrivningsinstruksjonen, f. eks. ved å spørre hva de ulike medikamentene brukes for og hvor mange pasienten tok dagen i forveien.

Enkelte tilstander er klar indikasjon for medikamentell behandling blant yngre voksne, mens indikasjonen ofte kan være tvilsom blant eldre. Det gjelder f. eks. høyt blodtrykk, som er en mindre risikofaktor før død, cardio- og cerebrovaskulær sykdom og død blant gamle enn blant yngre voksne. Derfor kan det være grunn til å redusere eller etter hvert sløyfe mangeårig blodtrykksbehandling blant gamle. Skal en klare det, må en selvsagt gjøre det under kontroll av blodtrykket.

Noe av dette kan oppsummeres som noen enkle råd:

- * Vær sikker på at pasienten virkelig trenger et legemiddel
- * Velg et legemiddel med minst mulig potensielle bivirkninger
- * Bruk lavere doser enn for yngre voksne av psykofarmaka og av legemidler som utskilles renalt
- * Tenk særlig på faren for medikamentelt betinget ortostatisk hypotensjon og falltendens, obstopasjon, inkontinens og konfusjon
- * Kombiner færrest mulig legemidler for å redusere faren for interaksjon
- * Revurder behovet for de aktuelle legemidlene med jevne mellomrom

* Sørg for god muntlig og skriftlig informasjon om hvordan medikamentene skal brukes

* Sørg for at noen om nødvendig assisterer med å gi medikamentene

Anbefalt litteratur:

Drugs for the Elderly. Red. Caird F.I. WHO, Region Europa, København 1985, 147 s, Tanum bokhandel, Oslo, kr. 130.

Drug Treatment of the Elderly Patient. Judge T.G. og Caird F.I. Pitman Medical 1978, 101 s. Tanum bokhandel, Oslo.

Sjukeheimsoverføringen og fysioterapi:

Åpner for nyt

■ Tove Eikrem Mork ■
Sjefsfysioterapeut, Molde Helse
avdeling

Ledig stilling - ledige lokaler

Den typiske sjukeheimen har deltidsstilling for fysioterapeut. Denne deltidsstillingen er det gjerne vanskelig å få besatt. En av årsakene er at sjukeheimsfysioterapeuten føler seg faglig isolert; savner kollegaer og et fysioterapifaglig miljø. Et stillingen likevel besatt, vil den relativt godt utstyrtte fysioterapiavdelingen stå ledig f. eks. halve tiden pga deltidsstillingen. Dette er en utfordring! Særlig når vi vet at det i sjukeheimens naboskap bor flere eldre og sterkt bevegelseshemmende som ikke faller inn som naturlig brukergruppe ved de "vanlige" fysikalske instituttene. Et hensiktssmessig fysioterapitilbud for disse vil med små tilleggsressurser kunne utgå fra sjukeheimens fysioterapilokaler.

Kommunene er nå godt igang med brukerorientert fysioterapiplanning. Få kommuner har imidlertid rukket å bygge opp en ferdig organisert fysioterapitjeneste. Overføringen av sjukeheimene med sine fysioterapistillinger og -lokaler - åpner for å gjøre kommunens fysioterapitjeneste mer helhetlig fra et tidlig tidspunkt. Samtidig kan fysioterapeutene ved sjukeheimene bli del av et fysioterapeutmiljø under etablering i kommunene, et miljø som de også har mulighet for å påvirke.

Heldig utgangspunkt i Molde

Kommunepolitikerne i Molde skal ha ros for at de i de "fete år" utstyrte de kommunale aldersinstitusjonene med fysioterapeuter selv om dette ikke var pålagt. Dermed får kommunen (21.000 innb.) fra januar-88 5 institusjoner - geografisk spredt - med for øyeblikket besatte fysioterapistillinger. Fysioterapeutene

ved de kommunale institusjonene har etterhvert opparbeidet et faglig miljø, og har også begynt det faglige samarbeidet med sjukeheimene. Det er på grunnlag av den fagkunnskapen og innsikten disse fysioterapeutene har, at den senere omtalte regionmodelltanken har oppstått. Det må sterkt presiseres at det ikke er fattet noe politisk vedtak om innføring av modellen, men at det er full støtte på å sette igang et prøveprosjekt som innebærer utprøving av modellen i en region. Sjukeheimsadministrasjonen har foreløpig ikke vært trukket så mye inn i planleggingen av prosjektet, som skal utgå fra en kommunal aldersinstitusjon. Dette skal skje fra august 87 og i ca 1 år. Det er erfaringene fra prøveprosjektet som skal utforme det endelige forslaget til organisering av fysioterapitjenesten.

Et spørsmål om fordeling...

Som mange andre bykommuner hadde Molde totalt sett en rimelig bra fysioterapeut-dekning (regnet i antall innbyggere pr. fysioterapeut-årsverk) da kommunehelse-loven ble innført. Fysioterapitilbuddet besto her som andre steder vesentlig av undersøkelse og behandling utført ved de fysikalske instituttene. Institutttilbuddet var stabilt og faglig velkvalifisert, men brukere som ikke kunne oppsøke institutt hadde i praksis ikke tilgang på fysioterapitjenester med mindre de var innlagt i institusjon.

Behovet for et organisert heime-fysioterapitilbud utpekte seg dermed i arbeidet med helseplanen. Et forsøk på å få privat-praktiserende fysioterapeuter til å gi heimebehandling mislyktes, og kommunen ønsket å unngå å bruke den adgangen til tilpliktning som overenskomsten gir. 1/2 årsverk fra kommunefysioterapi-

enkning!

tjenesten ble øremerket til heimefysioterapi, i tillegg ble også en av de private driftsavtalene konvertert til fastlønsstilling i 1986. Denne stillingen er ikke utlyst - av økonomiske årsaker - men den politiske viljen er fremdeles til stede.

...og om organisering

Sentral organisering av heimefysioterapi til hele kommunen viste seg snart upraktisk og lite oversiktlig for både fysioterapeut, brukere og samarbeidspartnere. Behovet for en form for desentralisering pekte seg ut, samtidig som det var tydelig at heimefysioterapeuten og alders- og sjukeheimsfysioterapeutene ofte krysset hverandres spor fordi pasientene snart var på institusjon og snart heime. Etter mange tankeeksperiment og telefoner rundt i landet (spesielt mange til Trondheim og sjeffysioterapeut Astrid Nergard) sto de kommunalt tilsatte fysioterapeutene samlet bak forslaget om innføring av "regionmodell i fysioterapitjenesten" i Molde.

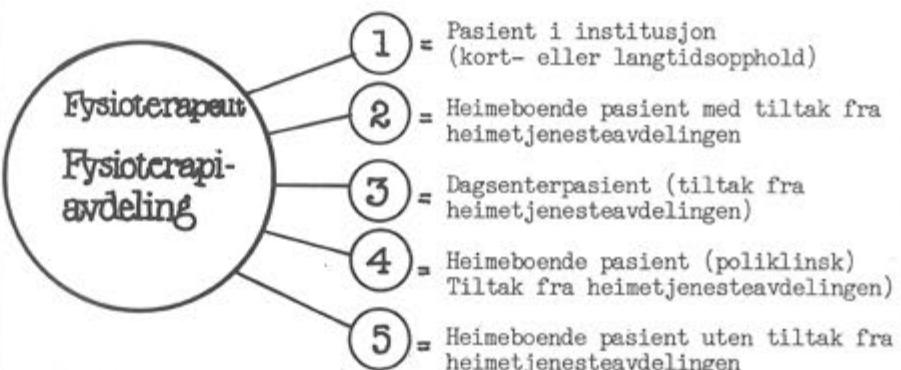
Fysioterapiavdelingen blir "base"

Fysioterapiavdelingen ved institusjonen - sjukeheim eller aldersheim - blir base for hele fysioterapitilbuddet til eldre og sterkt bevegelseshemmede i sin region. En region framkommer geografisk ved å fordele kommunen mellom institusjonene. Kommunen har ikke innført noen fullstendig distriktsinndeling av helse- og sosialtjenesten forøvrig, men vår modell passer sånn noenlunde inn i inndelingen i f. eks. heimesjukepleiedistrikt.

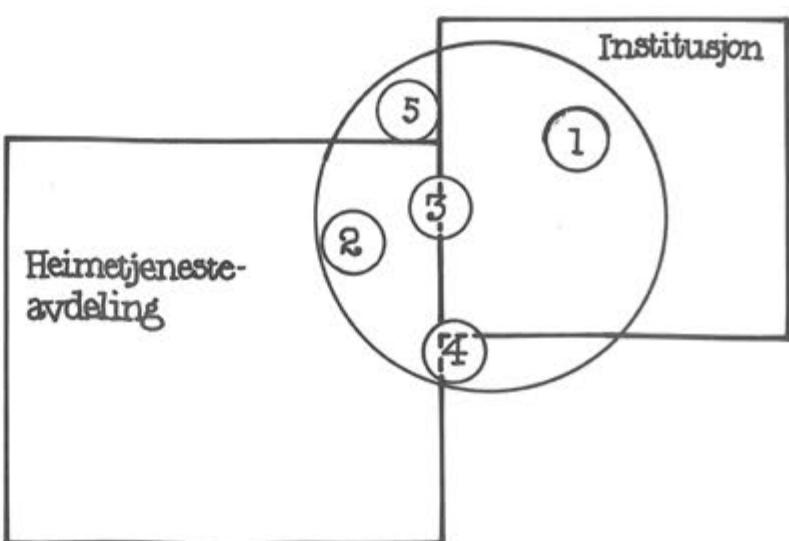
For å illustrere modellen ble brukerne/pasientene forsøksvis inndelt i 5 grupper ut fra bo-situasjon og grad av hjelpebehov:

FYSIOTERAPI FOR ELDRE I EN REGION:

Fysioterapitiltak overfor:



Fysioterapeutenes virksomhet i og utenfor institusjonen kan dermed illustreres slik:



Samme fysioterapeut (fysioterapiavdeling) gir fysioterapi for eldre og sterkt bevegelseshemmde på alle omsorgsnivå. Pasientens/klientens funksjonsnivå i øyeblikket avgjør hvor han skal få sitt fysioterapitilbud; heime, - poliklinisk ved institusjonens fysioterapiavdeling, eller som institusjonsbeboer. Det er tatt inn som del av prøveprosjektet at institusjonen skal forsøke å reservere 1-2 korttidsplasser for trenings- eller rehabiliteringsopphold. Disse plassene er tenkt disponert av "prosjektgruppa" som er sammensatt av fysioterapeutene i regionen, institusjonsstyrer og heimesjukepleier i regionen.

For ordens skyld: Eldre som kan benytte seg av det vanlige institutt-tilbuddet skal selvfølgelig fortsette med det! Det er likevel ingen ting i veien for at en slik pasient deltar i f. eks. treningsgrupper ved institusjonen. Fleksibilitet skal være en klar målsetting for regionmodellen.

Institusjonsstyrerne har hatt en svært forståelig bekymring: Vil innføring av regionmodellen gi institusjonsbeboerne et dårligere fysioterapitilbud? Til det er å svare at modellen er tenkt gjennomført ved en kombinasjon av å tilføre regionene ekstra timeresurser og at alle fysioterapioppgavene i regionen skal bli gjenstand for en viss grad av felles prioritering. Den største gevinsten venter vi å få på selve omorganiseringen, som vi tror vil gi bedre utnytting av arbeidstiden.

Blandingsmodell

Som det går fram er regionmodellen vår en blandingsmodell mellom geografisk distriktsinndeling og inndeling etter brukernes alder eller problemstillinger. Fysioterapeutene ved institusjonene har stort sett ikke ønsket å ta på seg fysioterapioppgaver overfor barn, som de ser på som et eget spesialisert fagområde. Tilbuddet til barn blir dermed bygget opp i samarbeid med helsestasjoner og skoler. I kommunens mest "perifere" region kan en likevel tenke seg at dette vil kunne fungere som et felles tilbudd.

Fysioterapifaglig miljø

I regionmodellen vil alle de kommunalt tilsatte fysioterapeutene bli knyttet sammen med helseavdelingens sjefsfysioterapeut fysioterapifaglig og administrativt. Helseavdelingen får

ansvar for å ivareta en viss grad av koordinering mellom regionene. Dette vil imidlertid skje i formalisert samarbeid med institusjonsstyrerne og heimetjenestetilbuddet. Institusjonene vil holde lokaler og inventar for drifta av fysioterapiavdelingene, mens helseavdelingen vil sørge for nødvendig utstyr. På denne måten arbeides det mot en tilnærmet felles standard på avdelingene.

Sjukeheimsoverføringen gjør modellen mulig

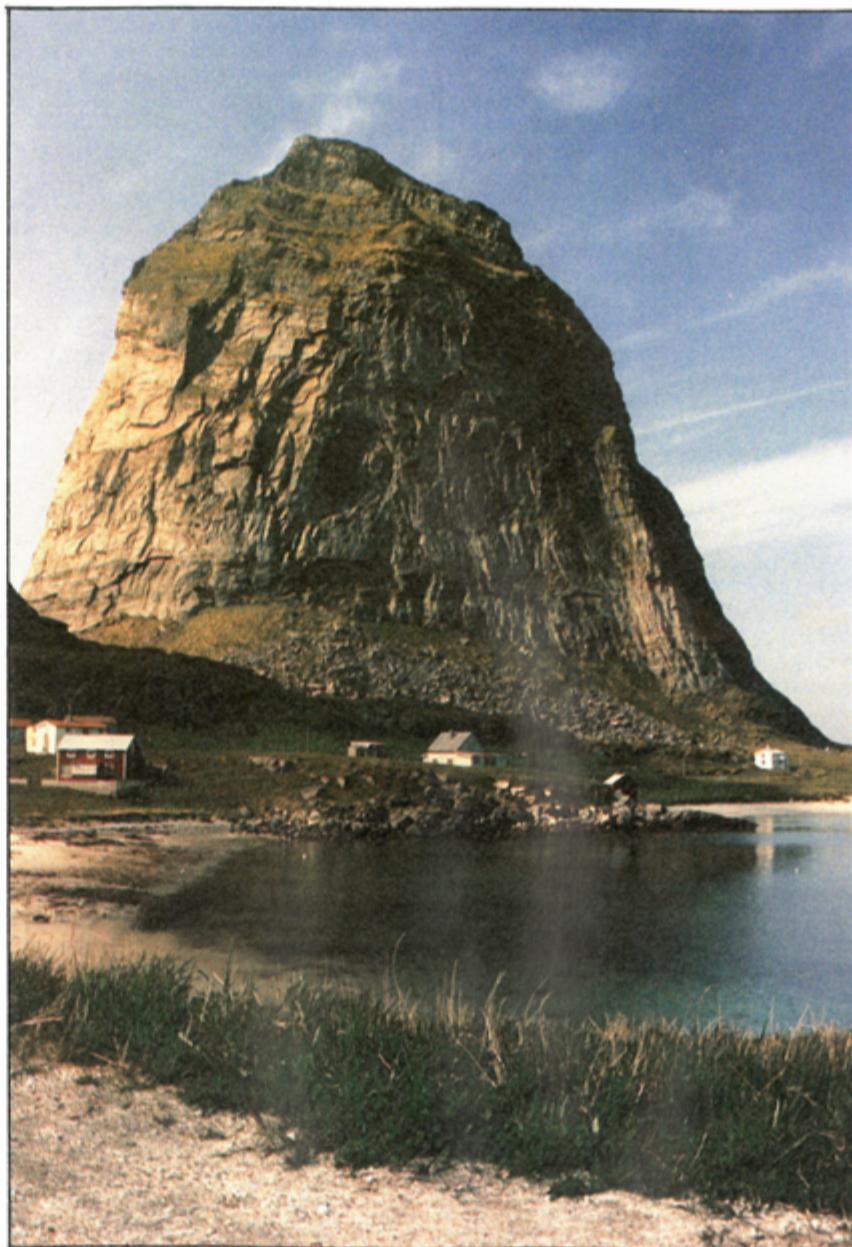
Målet med regionmodellen er å gi en økende og hittil underprioritert brukergruppe tilgang på nødvendige fysioterapitjenester. Tilbuddet skal være stabilt og oversiktlig for brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Modellen må samtidig være så fleksibel at fysioterapitjenesten fungerer som integrert del av den øvrige helse- og sosialtjenesten.

Sjukeheimsoverføringen inkluderer mange organisatoriske og ikke minst økonomiske forandringer som det er vanskelig å forutse konsekvensen av. Samtidig åpner en slik stor omveltning mulighet for nytenkning. Slik vi ser det, kan regionmodellen i fysioterapitjenesten i Molde bidra til at rehabilitering i større grad kan omfatte eldre mennesker. Det er som kjent typisk for eldre at selvhjelpsnivået og omsorgsbehovet kan endre seg raskt. Men vi vet også at rett tiltak til rett tid og sted kan gi en endring til det bedre ■

TEMA SLUTT

Invitasjon til diskusjon:

Veiledningsprogrammet i almenmedisin



Gruppa under forsøk på å bestige Trænstaven i mai 1986.

Veiledningsgruppen i Bodø:

Morten Bain, Reine i Lofoten
Lars Røes, Ramberg
Knut Karstad, Ballangen
Petter Boye, Sulitjelma
Torbjørn Uhre, Tranås
Karin Breckan, Bodø
Johnny Mjell, Bodø
Mari Kristin Johansen, Bodø

Vi er en gruppe på 8 kommune/almenpraktiserende leger som i vel 1 år har deltatt i et strukturert veiledningsprogram i almenmedisin. Gruppen ledes av en erfaren almenpraktiker som er godkjent veileder.

Vi ønsker å starte en diskusjon i Utposten, der vi kan få fram

innlegg som beskriver erfaringer fra tilsvarende grupper i andre deler av landet. Dette for om mulig å få belyst sterke og svake sider ved denne nyordningen som skal danne den viktigste plattform for kommende spesialister i almenmedisin.

Vår gruppe består av 2 kvinner og 6 menn, og med en kvinnelig almenpraktiker som veileder. Vi har kandidatår fra 1974 til 1981. 3 arbeider i bykommunen Bodø, de andre 5 i utkantkommuner med stor geografisk spredning: fra Helgeland til Ofoten, fra Salten til Lofoten (ta gjerne fram kartet..). P.g.a. store avstander og lang reisetid for flere av deltakerne, har gruppen valgt å møtes en gang pr. mnd. De ordinære møtene avholdes i Bodø fra 0930-1530 hver 4. mandag, og vi tar opp både tema- og kasusemner, 3 timer på hver del. Før sommer- og juleferier har vi hatt helgesamlinger, lagt til en av utkantlegenes distrikt. Vi har da gjennomført 9 timers program, og brukt resten av tiden til besøk på stedets helsecenter/sykestue, utflykter til lokale severdigheter (fra forsøk på bestigning av Trænstaven til gruvemuseum), og sosialt samvær. På disse turene har de fleste hatt hele familien med.

Veiledningsprogrammet har vært gjennomført svært strukturert. Før hvert semester har gruppen i fellesskap satt opp det faglige program, med emner for hvert kasus- og temamøte, samt bestemt innleder for hver del. Innleder for temamøtene har også hatt ansvar for å sende ut litteratur til de øvrige deltagere i god tid før møtene.

Etter forberedt innlegg har diskusjonen om aktuell problemstilling gått livlig. Samtlige deltagere har praktisk erfaring å vise til, men ofte under svært ulike betingelser, og med forskjellig erfaringsbakgrunn. Dette gir stor spennvidde i gruppen, og vi synes vi har fått fram bredden i den almenmedisinske hverdag gjennom disse diskusjonene.

Etter å ha samlet erfaringer med denne form for "skolering" i 15 måneder har vi hatt en kort evaluering. Vi forsøkte bl.a. å se på om gruppen har hatt betydning for den enkelte deltakers utvikling som almenpraktiker, motivasjon i en ellers belastet arbeidssituasjon, m.m.:

Gruppen som faglig forum

Flere av deltagerne ga tidlig uttrykk for at de til daglig savnet et faglig forum, der de kunne diskutere tvil og tro omkring sin medisinske praksis. Gruppen dekker langt på vei et slikt behov, og en av deltagerne mener veileddningsgruppen har hjulpet ham til å snu en utvikling mot utbrenhet.

Vi har alle opplevd en styrking av vår faglige selvfølelse, og fått økt tro på almenmedisin som egenart; et fagområde vel verd å satse på. Veileddningsprogrammet har videre bidratt til å holde leger lenger i distrikt enn de ellers ville vært.

Gruppen som holdningsskapende forum

Den har bidratt til klargjøring av egne holdninger, både til ulike problemstilinger og overfor medarbeidere innen helse- og sosialsektoren. Vi har fått inspirasjon til å evaluere/oppdatere egne arbeidsmetoder, organisering av praksis og etablering av mål, f.eks. i en beslutningsprosess.

Gruppestruktur

En stram ramme både på tid og innhold har vært en viktig faktor for å bevare møtenes kvalitet. Gruppens leder har i hovedsak vært administrator og møteleader, og i liten grad "lærer", med fasitsvar i diskusjonen. Dette har ført til at alle i gruppen har måttet engasjere seg, og presentere egne erfaringer/synspunkter. Vesentlig for gruppens dynamikk har vært at den ikke bare består av nyutdannede leger med begrenset praktisk erfaring. Dermed mener vi å ha unngått debatter bygd på teoretiske modeller, uten rot i almenmedisinens virkelighet.

Økonomi

Det gruppen har å anføre som kritikk mot opplegget, dreier seg om økonomi. Slik det er nå, faller utdannelsen svært dyr for utkantleger, sammenlignet med leger i sentrale strøk. Dette i tillegg til lang reisetid, problemer med vikarer o.a.. Vi etterlyser derfor en ordning med

reiseutjamning, f.eks. ved en økning av kursavgiften.

EKSAMEN?

Konklusjon: Vi har alt i alt svært positive erfaringer med veileddningsgruppen, men har hørt at ikke alle grupper funksjonerer like godt. Vi tror derfor det er viktig med en åpen diskusjon om denne formen for videreutdanning. Er det nødvendig med en overordnet kvalitetskontroll, f.eks. i form av eksamen? Bør vi ha et mer standardisert "kasus"valg? Hva med den videre oppfølging når veileddningsprogrammet er gjennomgått?

Vi håper på reaksjoner fra alle kolleger som deltar i tilsvarende grupper, og ser fram til en frisk diskusjon ■

Brev til UTPOSTEN fra Kaare Elvsveen, Lillestrøm

Til sommeren slutter jeg min praksis i en alder av 75 år. Så da får jeg vel også si op bladet. Utposten har altid hatt meget bra stoff. Men dere kunde tatt opp ting som jeg mener er viktig. Her er et par ting jeg har lært meg og som altfor mange av dagens leger glemmer.

1) Påta dig aldri mer enn det du kan og vet. Da er du som regel en brukbar lege. De som kan alt og vil alt er livsfarlige i vårt yrke.

2) Det er aldri galt eller farlig å si til pasienten at dette vet jeg ikke. Optrer du slik kommer disse pasienten i 9 av 10 tilfeller tilbake.

3) Vi har ennu en god del innen vår yrkesgruppe som har glemt at hvis ikke dannelsen følger med utdannelsen, er det ingen som er uundværlig.

4) I NÅ nr. 8, 20. februar 1986 finner dere en artikkel som burde angå alle oss leger. Professor Fyrand ved Rikshospitalet gikk ut og sa: "Legene er en Mafial Klan". Jeg er delvis enig med ham. Men det er underordnet. Dagen etterat Fyrand hadde vært på T.V. måtte han sitte sammen med noen sykepleiere på Kantinen. Disse var de eneste som vilde snakke med ham. Ingen leger fra hans avdeling ville snakke til ham! Og videre: Han måtte kun fotograferes inne på sitt eget kontor. Dette bestemte Rikshospitalet. Rikshospitalet eies trots alt av dig og mig og ca. 4 millioner innbyggere i dette land! Det er nokså lenge siden nu at Voltaire skrev følgende:

"Jeg er uenig i hvad de sier men vil intil døden forsvare den rett til å si det."

Det gjelder øiensynlig ikke for norske leger! ■

En samfunns-medisinsk oase

Reidar Høifødt
kommunelege Ibestad

Jan Egesvik
kommunelege Alta

Med en viss grad av usikkerhet samt kasettradio, skiutstyr, og en lang liste over bestilte SAS miniprisbilletter forlot vi mann/kone/barn med kurs for Tromsø i januar. Til tross for stadig økende snømengder og isnende Balsfjord vind fant vi så et fruktbart og levende samfunnsmedisinsk miljø her i Mack-kvartalet ned mot Tromsøsundet.

Med studiet i folkehelsevitenskap ved Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, har norske leger fått adgang til denne oasen av spennende fag og problemstillinger og vår egen norske public health-utdanning. Vi på første kull vil gjerne få gi "Utpostens" lesere en foreløpig stemningsrapport. Vi er 12 studenter: 2 tannleger, 1 fysioterapeut, 1 sykepleier, 2 sykehusoverleger og 6 kommuneleger. Kommunelegene kommer fra hele landet, de øvrige fra Tromsø.

Undervisninga er delt opp i 6 bolker, hver med en spiss-formulert problemstilling. Arbeidet blir således problemorientert og undervisninga henter inn stoff fra en rekke fagområder: sosiologi, helse- og sosialpolitikk, helseøkonomi, organisasjons- og forvaltningslære, vitenskapsfilosofi, statistikk, forskningsmetodikk, epidemiologi, hygiene og sosialmedisin, EDB, etikk, jus etc. Forelesningene blir for det meste seminarform med mye diskusjon. Med gruppearbeid og oppgave løsning blir det en aktiv og effektiv læringsprosess. Temaene relateres til tidsaktuelle problemstillinger som engasjerer oss alle. Lærekreftene er meget bra. Det er ikke så mange av våre største kapasiteter innen samfunnsmedisin og helsetjenesteforskning som har unngått å komme på foreleserlista.

Bruk av EDB som verktøy i administrasjon, planlegging og forskning inngår i pensum. Vi har fått 3 Apricot PC'er til vår disposisjon, og det er tildels

utviklet egne menystyrte programmer for folkehelseutdanningen, slik at det skal bli enklest mulig å bruke EDB også for oss som hadde tastaturskrek da vi startet.

Dette første semesteret er både spesialistkurs til spesialiteten i samfunnsmedisin og første semester av det 1-årige studiet til Master of Public Health. De fleste kommunelegene nøyer seg med spesialistkurset i denne omgang, men med mulighet for å komme tilbake til 2. semester seinere. I almenmedisin-utdanningen teller første semester med 100 kurstimer.

Det har vært mange skjær i sjøen for mange av oss før vi kunne starte; nesten umulig å skaffe vikar og m.h.t. lønn i permisjonstida er det dessverre svært ulik praksis i kommunene. Bare halvparten har full lønn. Det er innvilget et stipend fra legeforeningens fond på 10 000 kroner. Det arbeides forørig med disse problemene og bør ikke hindre noen fra å søke.

En slik utdanningsmulighet som vi har fått her er viktig for kommunehelsetjenesten og norsk helsevesen i det hele. Det trenges så absolutt flere leger med samfunnsmedisinsk innsikt. Etter endel år i praksis sitter også mange av oss med problemstillinger som vi gjerne skulle ha gjort noe med. Her får vi redskapene og en kraftig stimulus til å sette i gang. Og alle har vi godt av å hoppe av fra en travle hverdag et halvår og oppleve studentlivets glede pånytt.

Søkningen fra kommunelegene har vært heller laber, permisjons- og vikarproblemer får ta noe av skylda, men likevel:

Kommuneleger/almenpraktikere, hva nøler I etter?!

Søk folkehelseutdanninga i Tromsø!! ■



Nedenfor gjengir vi et brev, datert 8.12.86, til medlemmene i Oll fra styret v/formannen, Dag Brekke, en reaksjon på brevet fra Håkon Toft og tilslutt et tilsvarende brev fra Dag Brekke.

HER ER BREVET:

KOPF - almenmedisinens credo:

Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forpliktende.

Ut fra denne ideologien har primærlegene i kommunen fått rett til å delta i den kommunale legevaktordningen og er gitt en avgjørende hånd om tilrettelegging og organisering av tjenesten.

Legevakt - rett

Vi har markedsført KOPF-ideologien, og myndighetene forventer også at vi lever opp til den.

Spesielt i større bykommuner benytter ikke primærlegene sin rett til vaktdeltagelse. Men de tar inn en rekke vikarer og slipper dermed unna hele ordningen. Selv om vikarene gjør en tilfredsstillende jobb overfor pasienten der og da, kan de vanskelig etterleve KOPF-ideologien.

Styret i Oll har drøftet problemet og vil i første omgang henstille til medlemmene å ta sine forpliktelser alvorlig. Styret henstiller også til legegruppene rundt i kommunene å drøfte hvordan legevaktjenesten kan gis bedre kontinuitet i forhold til de faste leger. Det tenkes særlig på vaktordningens organisering, stabilitet i staben, meldingsrutiner fra vakt-

DEBATT • debatt

Legevakt - rett og plikt

Håkon Toft
Bærum

Under denne tittel fikk Oll-medlemmer et brev fra formannen, Dag Brekke. Først doseres KOPF, så fortelles det at en rekke primærleger, spesielt i byområder ikke deltar i legevakten. Til slutt at et samlet styre i Oll har drøftet dette for så å begå den brøleren å henstille til medlemmene om "å ta sine forpliktelser alvorlig". Florence Nightingale kunne ikke gjort det verre.

Ved fullstendig å se bort fra elementære fakta vil Oll gjøre kvaliteten på legevaktarbeidet enda dårligere enn det allerede er. Hovedpoenget i dag er at legevakt i de større kommuner foregår som akkordbetalt ekstrarbeid som legen må ta på toppen av en full arbeidsdag. Til Oll's orientering kan jeg fortelle at vi etter hvert har kommet så langt at vi har fått en lov om arbeidsmiljøet. Den verner for det første arbeidstakeren mot helseeskadelige forhold ved arbeidet, herunder for stort arbeidspress, og den gir sekundært en sikkerhet til dem som skal benytte tjenestene eller produktene. Når du sender dine barn på skolen, så vet du at læreren har en regulert arbeidstid (i høyeste grad), og du kan

forlange at han bruker sine krefter på å undervise dine barn. Når du leverer bilen din på verksted, har du grunn til å tro at mekanikeren har en rimelig arbeidstid og tilstrekkelig fritid, slik at du kan få igjen en bil som holder mål.

Hvis du derimot er så uheldig at du blir tvunget til å oppsøke en legevakt, aner du ingenting om status presens hos den legen du møter. Eller rettere sagt, så er det ikke bare mulig, men tilmed sannsynlig og vel regelen i dag at du møter en lege med dollar-tegn i øynene som kommer rett fra en vanlig arbeidsdag og skal rett på neste. I tillegg er muligheten stor for at han har en ulovlig arbeidsuke allerede før legevaktarbeidet regnes med.

Det er ille hvis Oll ønsker en fortsettelse av dette. Enten tror man ikke noe på de sosiale reformer som ikke minst fremtredende tidligere Oll-medlemmer har vært med å kjempe fram, eller man tror at medisinsk embeteksamen medfører livsviktig immunitet mot å bli overarbeidet. Jeg forutsetter da at Oll's styre klarer å se lengre enn det øyeblikkelige behov som måtte foreligge for lettjente penger til å dekke hus, båt, bil eller hva det nå måtte være.

Det som trengs, er at vi begynner å ta legevaktarbeide på alvor, og ikke bare er villige til å regne det som en selvsagt del av vår almenmedisinske hverdag, men en viktig sådan. En nødvendig forutsetning er da at legevaktarbeidet regnes som en del av arbeidstiden, og at det fortrinnsvis gjøres fastlønnet. Diskusjonen om akkordarbeidets

velsignelser var andre yrkesgrupper ferdige med for 15 år siden. Oll burde være de første til å stille slike krav.

Det er forstemmende at primærlegerne befinner seg på samme sted i forhold til vaktarbeidet som sykehushelsegene gjorde for 40 år siden, men sjokkende at ren kalls-ideologi serveres fra ledende Oll-hold. Spørsmålet er om Oll vil henge seg på de verste tendensene fra moderforeningen og fortsette å arbeide for legenes mulighet til å få inn ekstraarbeidet uregulært. Vi som vil arbeide for en bedre legevakt blir kanskje henvist til å starte en folkebevegelse for dette. Skal legenes egne organisasjoner for n'te gang bli sittende med skjegget i postkassa mens selvsagte og legitime krav må tres ned over legenes hoder mot deres heftige protester?

Tilsvar fra
Dag Brekke
formann i Oll

Håkon Toft tar for seg et brev om dette tema sendt til Oll's medlemmer 8.12.86. En lignende henvendelse har APLF gjort til sine medlemmer ved årsskiftet.

Toft antas å ha som utgangspunkt for sine utspill Bærum kommune, som har en stor sentral legevakt i gamle Bærum sykehus.

Han tillegger Oll en rekke meninger og polemiserer så mot disse. Jeg har problem med å kjenne meg igjen og er ellers usikker på hva som er det konstruktive i hans innlegg.

Oll's utgangspunkt er

og plikt

havende til pasientens faste lege, oppfølging av pasientene fra vaktene osv.

Lykke til!

Med hilsen
For STYRET I OFFENTLIG LEGERS
LANDSFORENING

Dag Brekke
formann

BATT • debatt • DEBAT

1) at Arbeidsmiljøloven ikke er gjort gjeldende for denne type legearbeid

2) Oll og APLF har sammen gjennom Lægeforeningen ved flere tariff-revisjoner forsøkt å få gjennomslag for at legevaktarbeid skal kunne innregnes i arbeidstiden eller avspaserses, og at det skal være adgang til å ta fri dagen etter vakt.

Tariffavtalens §4.3 er det vi hittil har oppnådd. Toft har altså mulighet for å forhandle med Bærum kommune om dette for sitt vedkommende.

3) Kontinuitet mener vi er en vesentlig verdi i primærhelsetjenesten. Derfor mener vi primærleger bør ta sin del av vakttjenesten i distriket. Kommunen, som organiserer tjenesten, bør legge forholdene til rette for hensiktsmessige meldingsrutiner fra vakthavende til pasientens faste lege.

4) Store legevaktssentraler fjerner vaktlegene fra sitt vanlige klientell og mindre vaktenheter er derfor ønskelig.

5) Både fastlønn og stykkprislønnnet legevakt har sine fordeler og ulemper. Kommunen bør velge system ut fra geografiske og befolkningsmessige forhold, og ut fra den målsetting som kommunen vedtar for sin legevaktfunksjon. Det er ikke Lægeforeningen, men Norske kommuners sentralforbund som motarbeider fastlønnnet legevakt i kommunehelsetjenesten.

Organisering av legevaktordningen i de store kommunene er vanskelig og er løst på mange forskjellige måter, noe en undersøkelse gjort av overlege Samuelsen i Stavanger kommune har vist. Redaksjonen

oppfordres til å ta opp den saken.

Ellers ser jeg fram til flere meningsstringer om rett og plikt til legevakt, og hadde gjerne sett at Toft ga synspunkter på hvordan dette kunne løses f.eks. i en så stor kommune som Bærum ■



Primærlegevakt og primærleger i Tønsberg og omegn

Hans Knut Otterstad helsesjef i Tønsberg

Tidligere var primærlegevakt en kollegial oppgave. Etter kommunehelsetloven er det å en offentlig tjeneste, kfr. §1-3, hvor "almenhelsetjenesten, herunder også legevaktordning" er listet opp som en deltjeneste.

Legevakttilbuddet er av stor betydning for publikum, idet legevakten dekker en større del av døgnets 24 timer enn den ordinære åpningstid for primærlege-tjenesten.

Om primærlegetjenesten skal svare til navnet sitt og være pasientens inngangsport til helsevesenet, er en godt fungerende primærlegevakt en forutsetning.

Dekkes legevakt i primærhelsetjenesten av primærleger eller av andre leger?

I hvor stor utstrekning tar primærlegene sine egne vakter, når de relativt lett kan settes bort til sykehusleger og andre primærleger?

LOKALE FORHOLD

Tønsberg og omegn legevakt omfatter syv kommuner med et folketall på nærmere 70.000 innbyggere. Dermed er Tønsberg en av landets største legevakt-distrakter. Tilbuddet er åpent fra kl. 14.00 til kl. 08.00 dagen etter. Legevakten overlapper dermed primærlegenes ordinære arbeidstid med de ulemper dette kan ha for kontinuitet i lege/pasientforholdet.

Sentralsykehuset for Vestfold ligger i Tønsberg og har en relativt stor pågang av skader og akuttmedisinske tilstander. Dette vil avlaste primærleger og legevakt. De fleste primærlegene

er forpliktet til å "kjøre legevakt", men noen få andre leger er godkjent på vaktlista som i gjennomsnitt for året 1986 talte 33,5 navn. I tillegg er sykehusleger interessert i å ta enkeltvakter.

Siden legevakten dekker 18 timer av døgnet på hverdager og 24 timer i helger og høytider, er det to vaktskift for legene: En på dag/ettermiddag og en kvelds/nattvakt fra kl. 19.00 til kl. 08.00.

I alt ble det registrert 21.700 henvendelser i 1986. Av dette var 66% konsultasjoner, 20% telefonkontakter og kun 7% sykebesøk.

Legevakten fungerer dermed i hovedsak som et legekontor/poli-klinikken utenom ordinær arbeids-tid. Det gjennomsnittlige antall henvendelser var 59 pr. døgn, hvilket betyr at arbeidsbelast-ningen pr. vakt er relativt stor. Den største etterspørselet skjer imidlertid i helgene.

MATERIALE

Hvert år er det 730 vakter til fordeling blant legene. Lønningskontoret har i 1986 fått regning for 704 vakter, dvs. en dekning på 95,4%.

Det føres liste for hver enkelt lege, og derved kan en relativt lett se hvilke leger som deltar i ordningen.

RESULTATER

1. Dekning av vaktene

Med 33,5 leger og 704 registrerte vakter på årsbasis, vil den gjennomsnittlige vaktbelastning i dette materialet bli 21,0 vakter pr. lege pr. år. Dette er ingen særlig stor vaktbyrde sammen-lignet med sykehusleger eller andre primærleger i Norge.

Oppstellingen viser at i alt 40 leger tok vakter, hvorav 13 var "andre leger" utenom den godkjente vaktliste. Tabell 1 viser fordelingen av vaktene.

Fordelingen er tydelig forskjøvet mot et mindre antall vakter pr. lege enn det forventede års-gjennomsnittet. Dette kompen-seres av et fåtall leger som har tatt mange vakter.

Hvor stor andel av legevaktene ble dekket av primærlegene? Svarer er 594 vakter eller 84,4%. Dette betyr at de 25,5 primærleger som tok legevakter i gjennomsnitt hadde 23,3 vakter pr. år eller tilnærmet lik det forventede gjennomsnitt. De 13

"andre legene" tok i alt 110 vakter, eller 8,5 vakter pr. lege pr. år.

2. Primærleger som setter bort vaktene sine

I alt åtte primærleger hadde ikke en eneste vakt i løpet av året, mens tre primærleger bare hadde 1-4 vakter. Dette betyr at ca. 1/3 av primærlegene konsekvent eliminerer sin vaktplikt ved å lage private avtaler med mer eller mindre faste viker. Siden primærlegene totalt dekker 84% av vaktene, er det særlig andre primærleger som påtar seg et utvidet vaktansvar.

Hjem er det som setter bort vaktene? Det er hovedsaklig to grupper primærleger: Kvinner (tre av fire), og menn over 50 år (fire av åtte).

3. Leger som tar mange vakter

Det er fem leger som skiller seg ut med mange legevakter i løpet av et år. Disse legene hadde henholdsvis 75, 65, 56, 41 og 39 vakter, dvs. to til tre ganger så mange som forventet. Det som karakteriserer disse legene er at de er relativt unge, mannlige primærleger (gjennomsnittsalder 36 år), som har arbeidet kort tid som primærleger i dette dis-triktet.

DISKUSJON

Det legevaktmønsteret som beskrives her er trolig mest typisk for større byer hvor det er store og kanskje noe uoversiktlige primærlegevaktordninger og hvor det er mange sykehusleger som kan ta vakter.

Organiseringen av tjenesten som et ekstra-arbeid i ubekvem arbeidstid er trolig forklaring på at mange primærleger, særlig de eldre, vil slippe. Det økonominiske incitament har trolig liten verdi for denne gruppen. På den annen side er det et paradoxs at yngre primærleger som på forhånd har stor praksis og egne legevaker, er den legegruppen som ønsker å ta flere vakter. Det er usannsynlig at dette har en faglig motivasjon.

Det er legitimt å spørre om kvalitet og faglig innhold når tjenesten synes å bli basert på mer personlige og økonomiske motiver enn på faglige premisser. Hvor forsvarlig er det å behandle pasienter til kl. 15.00 i egen praksis etter å ha vært i virksomhet som lege (praksis-legevakt-praksis) i over ett døgn?

Ser en analogien med sykehus-legens vaktssystemer kan en spørre

om en tilsvarende ordning med bortsetting av vakter vil bli akseptert i spesialistjenesten.

Forholdet i Tønsberg er trolig ikke verre enn i andre større byer. En undersøkelse i Oslo viste at hele 60% av legevakt-legene var sykehusleger (1).

Det er imidlertid ikke bare et spørsmål om ansvarforhold og faglig standard. Like meget gjelder det primærlegenes helse og mer langsiktige liv som lege.

Resultatene fra denne undersøkelsen kan tyde på en kontinuerlig prosess med overdreven legevaktaktivitet i etableringsfasen med tilhørende faglig utbrethet i den senere fase av yrkeslivet. Spørsmålet er om ikke primærlegetjenesten bør etablere en yrkeskode som tar mer vare på den enkelte lege og fremhever det faglige innhold i arbeidet i forhold til kortsiktige økonomiske gevinst. Det er også et spørsmål om ikke pasientene burde beskyttes mot slik overdreven legetjeneste.

1. Primærlegetjenesten bør være helhetlig. Dette innebærer at forebyggende helsearbeid, sykebesøk i ordinær arbeidstid, samarbeid med resten av helse- og sosialtjenesten og legevakt-tjeneste utenom ordinær arbeids-tid bør være obligatoriske arbeidsområder. Det bør ansees som upassende å sette bort lege-vakter, mens gjensidig bytting av vakter bør aksepteres.

2. Avlønningssystemet bør endres slik at primærleger ikke oppnår kortsiktig økonomisk gevinst ved å overta andre kollegers vakter.

3. Det er nødvendig at primærleger beskyttes mot "utbrethet" ved at det settes begrensninger i muligheten til å drive rovdrift på egen arbeidskraft. **Setabell** ►

REFERANSER:

- Rutle O.: Legevakt i Oslo. Hvem kjører i sykebesøk? Tidsskr. Norsk Legeforening 1981, 101: 222-6.



Tabell 1. ANTALL VAKTER PR. PRIMÆRLEGE PR. ÅR. 1986
ABSOLUTTE TALL OG PROSENTER

Antall vakter pr. lege	Antall leger	Prosent
35+	5	12,5
30-34	1	2,5
25-29	3	7,5
20-24	0	0
15-19	11	27,5
10-14	8	20,0
5-9	3	7,5
0-4	9	22,5
I alt	40	100,0

Endring planlagt APLF-kurs i Alta

Melding fra Fagutvalget/Kurskomiteen v/Knut Holtedahl

Grunnkurs i almenmedisin i september 1987, annonsert i Kurskatalogen side 609, blir avlyst. I stedet startes nå planlegging av hotellkurs i Alta i APLF-regi sommeren 1988, sannsynligvis en uke i starten eller slutten av skoleferien. Dersom dette får stor nok oppslutning, kan det komme på tale med årlige kurs. Følg med i Kurskatalog 1988/APLFs spalte i "Tidsskriftet" og i Utposten.

BOK OG TIDSSKRIFTANMELDELSER

Forebyggende arbeid i primærhelsetjenesta

Petter Øgar
kommunelege i Horndal

Dette er en samling artikler omkring emnet forebyggende medisin i primærhelsetjenesten. Artiklene bygger på innlegg holdt på to konferanser ved Nordiska halsovårdshøgskolan i Göteborg i 1983 og 1984.

Forfatterne har geografisk spredning fra hele Norden, unntatt Finland, samt England. Deres faglige bakgrunn spenner fra det professorale innenfor almen- og samfunnsmedisin til kommunaleger på grasrota i utkant-Norge.

Boka tar opp sentrale emner innenfor forebyggende medisin. Epidemiologi og forskjellige former for epidemiologisk overvåkning er gitt bred omtale. Det siste med særlig relevans for utarbeiding av kommunediagnose/kommuneprofil (stryk det du ikke liker).

Helsekontrollene gjennomgås med sine forsider, baksider og slagsider. Helseopplysning i forskjellige varianter og bekledninger likeså.

Det er ikke til å unngå at det blir en del overlapping og alt var ikke like spennende for meg

fra min utkikkspost. Men jeg vil tro her er mye av interesse for mange. Samlet gir boka egentlig svært mye - både av faktisk kunnskap, konkrete ideer til egne, lokale prosjekter og grunnlag for videre diskusjon. De mange ulike forfatterne med ulik bakgrunn gir også boka en ekstra spenst ved at samme problem ses under forskjellige synsvinkler og med forskjellige forutsetninger. I så måte var spranget fra Høverstads & Siems artikkel om behovsfaktorer og fordeling av ressurser i Oslos bydele til Iversens artikkel om computeren som samfunnsmedisinsk verktøy i en liten vestlandskommune svært talende og tankevekkende.

Boka kan trygt anbefales som en bruksbok for alle primærleger hva enten de anser seg almenmedisinsk eller samfunnsmedisinsk orientert.

Hans Wedel og Harald Siem: Prevention i primærvården. Nordiska halsovårdshøgskolan. Rapport 1986:1.182s. Den kan nok skaffes fra Nordiska halsovårdshøgskolan i Göteborg ■

Undersøkelse av utenlandske asylsøkere

Øystein Melbø Christiansen
Komunelege i Vågsøy,
6700 Måløy

Kravene til primerhelsetjenesten endres stadig, ofte i sprang. 2. januar i år fikk undertegnede overraskende beskjed om at distriket kunne bli vertskap for 38 tamilske asylsøkere.

Som leder for kommunens helsestjeneste kunne jeg bare konstattere at kommunens helseberedskapsplan ikke inneholdt ett ord om slike forhold.

Vel så alarmerende var at ingen offisielle rundskriv kunne gi noe godt opplegg for dette:

Helsedirektoratets rundskriv av 11.09.75 omhandler tuberkulinprøving av utlendinger som søker oppholdstillatelse. Helsedirektoratets rundskriv av februar -79 tar opp undersøkelse og vaksinasjon fra utenom-europeiske land. Brev fra samme sted av 25.11.86 gir generelle retningslinjer for helseundersøkelse av asylsøkere - mye overlates imidlertid til initiativ fra fylkeslegen og den enkelte leges skjenn.

En nærmere avklaring fikk jeg først etter en lengre telefonrunde til fylkeslegen, Helsedirektoratets avdeling for forebyggende helsetjeneste, Røde Kors kollega som allerede hadde tatt hånd om et antall chilenske asyl-

søkere samt nærmeste infeksjonsmedisinske sykehusavdeling. Noe senere fikk jeg også tilsendt Røde Kors' danske 4 siders "medical record for asylsøgere" samt deres notater om forskjellige sykdommer som forekommer hyppigere hos asylsøkere enn i den alminnelige danske befolkning: tuberkulose, febris rheumatica og varicellae hos voksnne.

Produktet av disse undersøkelsene ble et selvlaget undersøkelseskjema som ble distribuert til kolleger som ville komme i kontakt med asylsøkerne. Jeg vil dele skjemaet med mine kolleger via Utposten i håp om at prosessen kan forenkles for andre kolleger i samme situasjon.

HELSEUNDERSØKELSE AV TAMILSKE ASYLSØKERE

Ettørnavn: Fødselsdato: Teker:
Fornavn: Gift/ugift:
Fedtselsdato: Snakker engelsk/tysk:

Tidligere sykdommer:

Aktuelle plager (hoste, feber, smerte, bultideler, ionvollsorm, tyfoid, paratyfoid, quinsot, febris rheumatica, tuberkulose):

Utsatt for krigshandlinger:

Internering/arrestasjoner:
Fysiske/psykiske traumer:

Naturlige funksjoner (obs. diaré, sovnvansker, dyspepsi):

Medisinier:

Status praesens den/19.. Ki.
Høyde Vekt Pulse Bl.

Almentilstand:

Psykisk førstehåndsinntrykk:

Organstatus med spesiell vekt på adenitt, hepatosplenomegalie, icterus (taniler kan ofte ha et gulskjær i sclerae uten å være icteriske):

Aar etter BCG-vaksinasjon:

LABORATORIEUNDERSØKELSER:

Pirquet sett den/19.. avlest den/19..
Resultat:
Skjermibile tatt den/19.. Resultat:
HB HBsAg HBsAb
Patogene bakterier i feces
Parasitter i feces
Hb
SR
Hvile
Diff.
Urin stix.

Ved icterus tas i tillegg HBA antistoff og leverfunksjonsprøver.
Vanlig pasientmønstring dekket av Statens Flyktningesekretariat
Kongens gate 2
0153 OSLO 1

Øvrige honorar dekket av trygdekontoret på vanlig måte.

ERFARINGER:

Det endelige skjemaet, som er tatt med her, fikk 4 tilleggs-punkter under første dags bruk. Blant annet viste det seg at helsesøster som erfaren tuberkulosearbeider, kunne angi eksakt hvilke asylsøkere som hadde arr etter BCG-vaksinasjon, et faktum som legene ikke konsekvent hadde anført. De fleste navnene lød for et norsk øre som verbale takras

og vi fant det påkrevet å ha en separat liste med navn og fødselsdato der asylsøkerne i tillegg var nummerert fra 1 til 38. Denne listen bør følge med til sykehus for røntgenbilde o.l. Mye arbeid ble spart ved å la asylsøkernes tolk fylle ut data på forskjellige laboratorieark, noe han selv opplevde som meningsfylt arbeide. Flere av oss opplevde kommunikasjonsproblemer som skyldes at vi

er vant til å lese lærebøker med et akademisk engelsk, som avvikrer vesentlig fra asylsøkernes uttrykksmåte via tolk, som f.eks. faces/stools.

For å oppnå en ensartet undersøkelse og behandling virker det nødvendig at en person har ansvaret for koordinasjon av begge deler og at samme person tar seg av kommunikasjonen med tolk, Røde Kors' kontaktmann og ansvarlig for forpleiningsenhet ■

Løvetannprisen

Løvetannprisen er NSAM's heder til kolleger for ideer, opplegg og praktiske tiltak som hever det faglige nivå og/eller gjør den praktiske hverdagen enklere. Send noen linjer om kolleger som har klekket ut noe ekstra lurt eller klokt. Prisen utdeles på NSAM's årsmøte etter innstilling fra styret.

Prisen er trefoldig:

1. NSAM's spesielle Løvetanntrykk.
2. Offentlig heder.
3. N. kr. 1000,-.

Forslag på kandidater sendes:

NSAM's, Institutt for almenmedisin,
Frederik Stangs gate 11/13, 0264 Oslo 2,
innen 1. september.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

EDISON GROUP
IRMITALIA
IRLO ERBA

TETRALYSAL® (lymecyclin)

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.

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

Pakninger og priser: 150 mg: 25 stk. kr. 62,50. 100 stk.
kr. 162,50. 300 mg: 14 stk. kr. 68,25. 20 stk. enpac, kr. 93,60.
30 stk. kr. 126,90. 50 stk. kr. 147,55. 100 stk. kr. 284,40.

Dosering: Voksne: Normalt 1 kapsel á 300 mg 2 ganger daglig,
eller 1 kapsel á 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en
uke og oppover). Hvis preparatet må ges til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

NÅR TETRACYKLINBEHANDLING ER INDISERT:

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

Priser pr. 1. okt. 1985 (30 pkn eller 14 pkn)

PREPARAT	DOSE	PRIS: 14 dager
DOXYLIN	100 mg x 1	kr. 130,65
DOXYLIN	100 mg x 2	kr. 243,90
DUMOXIN	100 mg x 2	kr. 243,90
VIBRAMYCIN	100 mg x 1	kr. 142,15
VIBRAMYCIN	100 mg x 2	kr. 272,40
TETRALYSAL	300 mg x 2	kr. 126,90

- Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig bakteriostatiske konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. (2).
- Behandling blir også rimelig for pasienten med Tetralysal x 2:
a) for pasient + partner v/chlamydia-infeksjoner 7–10 dager (1).

Fra kr. 63,45 tilsv. $\frac{30 \text{ pkn}}{2}$ til
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

- b) Bronkititt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3).
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (3).
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (4).

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal

d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyclin – farmakokinetikk:
C max (mg/l) t max (h) t 1/2 (h) AUC (mgh/l)

l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

En nylig publisert studie sammenligner farmakokinetiske parametere ved steady-state for lymecyclin og doxycyclin etter p.o. dosering med standardregime. Resultater:
Forfatterne konkluderer med at begge preparatene burde doseres 2 ganger daglig for å oppnå kontinuerlig bakteriostatisk konsentrasjoner i ekstravaskulære foci. De mener imidlertid at flere studier bør gjøres for å supplere resultatene (2).

(1) Mårdh, Möller, Paavonen: *Chlamydia trachomatis in Genital and Related Infections*, Scandinavia Journal of Inf. Diseases, Suppl. 32 May 14–16, 1981. (2) Schreiner A. et al.: *Pharmacokinetics of lymecycline and doxycycline in serum and suction blister fluid*. Chemothrapy 31:261–65, 1985. (3) A. Pines et al.: *Antivir. Regimes in Severe and Accute Paroxysmal Exacerbations of Chronic Bronchitis*, British Medical Journal 1968, 2, 735–738. (4) Carenfelt & Lundberg: *Aspects of the Treatment of Maxillary Sinusitis*, Scand. J. Infect. Dis. Supply 9:78–81, 1976. (5) L. Forslin & Danielson et al.: *Antibiotic Treatment of Acute Salpingitis*, Acta Obstet. Gyn. Scand. 61 s. 59–64, 1982.