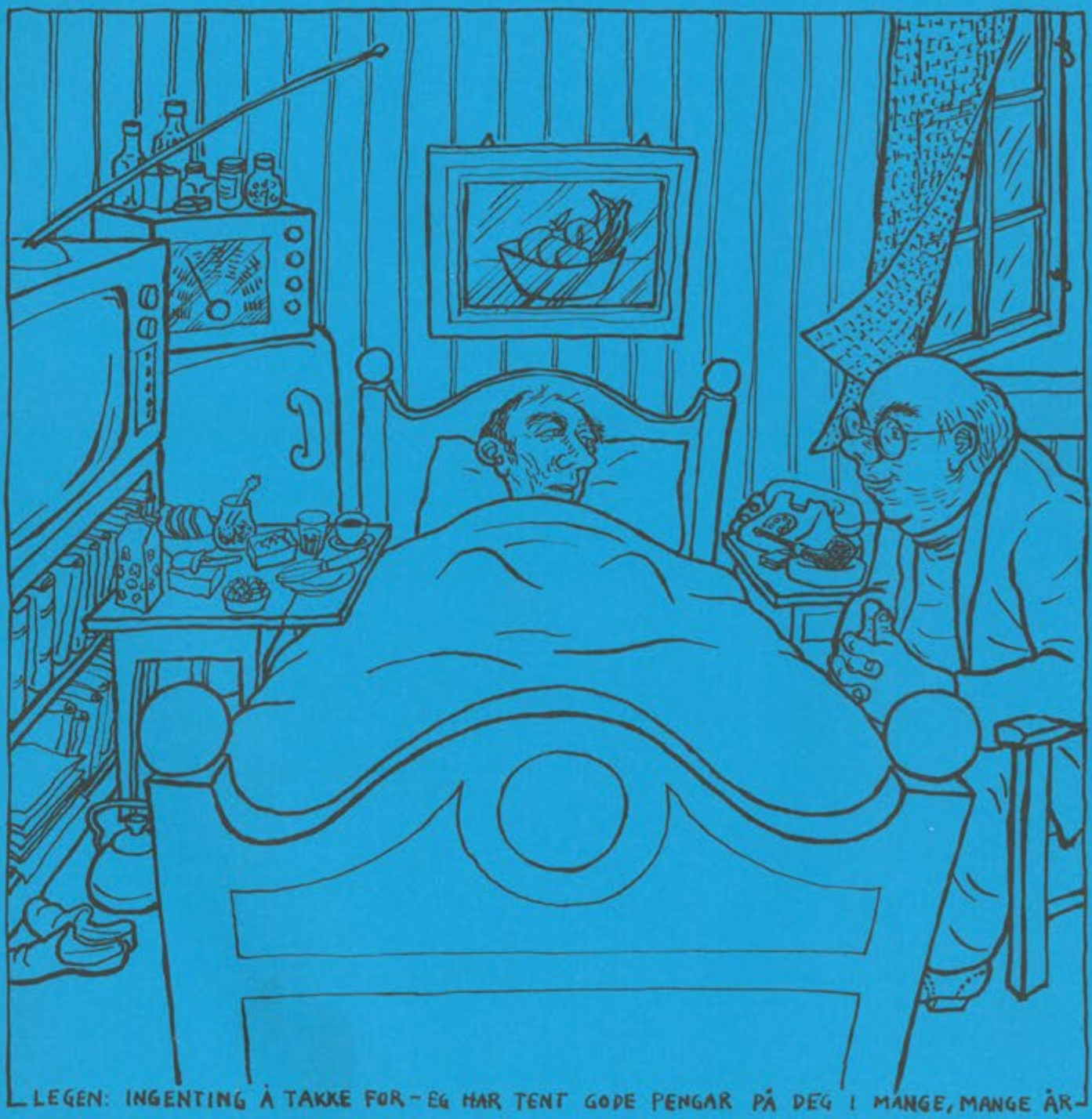
ISSN 0800-5680

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 7 1987 ÅRGANG 16



TEMA: OMSORG FOR KRONISK SYKE

UTPOSTEN

BLAD FOR ALMEN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Distriktslegekontoret 6657 Rindal

Postgiro: 3 47 82 37

Bankgiro: Romsdal Fellesbank A/S 9682.63.00111

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

Frode Helan
Tingvoll Helsesenter
6630 Tingvoll
Tlf. kont. 073 31 100
Tlf. priv. 073 31 437

Øystein Pedersen
Distriktslegekontoret
6400 Molde
Tlf. kont. 072 55 036
Tlf. priv. 072 51 066

Jon Hilmar Iversen
Distriktslegekontoret
6490 Elde
Tlf. kont. 072 96 361
Tlf. priv. 072 96 387

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

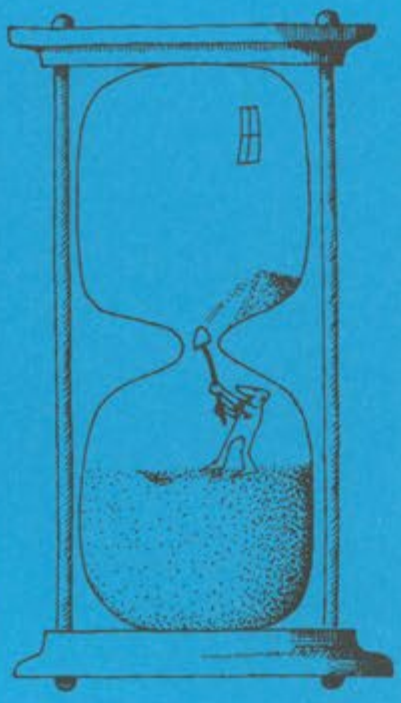
Tiden

Denne høsten har vi hatt følelsen av å sitte på et tog og se omgivelsene i stadig større hastighet, mens vi likevel kommer senere frem til bestemmelsesstedet. Merkelig nok virker toget for oss å ha samme hastighet som før, så det må være omgivelsene det er noe i veien med. Alle slaver av tiden må hvile sin sjel av og til, og jeg velger å gi dere med noen ord av Kahlil Gibran i det nye året:

"Dere deler opp den udelelige og umålelige tiden.
Dere innretter deres adferd og til og med sjelens bane etter klokkeslett og årstider.
Av tiden vil dere lage en elv og så vil dere sitte på bredden og se på at den flyter.

Likevel er det tidløse dere klar over livets tidløshet,
Og vet at i går bare er i dags minne og i morgen er i dags drøm.
Og vet at det som synger og mediterer i dere, fremdeles befinner seg innenfor grensene av det første øyeblikk som slynget stjernene ut i verdensrommet.
Hvem av dere føler ikke at hans evne til kjærlighet er grenseløs?
Og hvem føler likevel ikke at selv om kjærligheten er grenseløs og innesluttet i hans vesens sentrum, beveger den seg ikke fra kjærlighetstanke til kjærlighetstanke og heller ikke fra kjærlighetshandling til kjærlighetshandling?
Og er ikke tiden udelelig og grenseløs akkurat som kjærligheten?

Men hvis du i din tanke må inndele tiden i årstider, så la hver årstid omslutte alle de andre årstidene.
Og la i går omfatte fortiden med minner og fremtiden med lengsler."



Nr 7, 1987

INNHOLD:

TEMA:
OMSORG FOR KRONISK SYKE ..... s. 270

Per Fugelli:
Kontinuitet i allmennpraksis ..... s. 271

Torleif Ruud:
Psykiske aspekter ved kronisk sykdom ..... s. 274

Petter Øgar:
Journalen, viktig verktøy i omsorgen for kronisk syke ..... s. 277

Gunn Aadland:
Samarbeid med 2. linjetjenesten ..... s. 281

Per Stensland:
Familien som medpasient, familien som behandler ..... s. 282

Kjell Haaland:
Hjelp til egenomsorg ved spondylartropati ..... s. 286

Frode Helan:
«Egenomsorg» ved kronisk sykdom s. 290

Ole Sverre Haga:
Habilitering av kronisk syke og funksjonshemmede barn ..... s. 298

Michael F. DeVibe:
Handlingsprogrammer i allmennpraksis ..... s. 301

Solrun Straume:
Hva innebærer henvisning til annenlinjetjenesten med hensyn til styringsrett og ansvar overfor pasienten? ..... s. 303

Magne Svaland:
East of Bombay ..... s. 305

Knut Lindholm:
Referat fra Nordisk helseopplysningskongress ..... s. 308

Bokanmeldelser: ..... s. 309 — 11

Kronisk sykdom

En omfattende oppgave

Pasienter med kroniske sykdommer/ varig funksjonsnedsettelse utgjør en stor del av vårt arbeid. De ferskeste tallene fra Statistisk sentralbyrå (1) viser at nær halvparten av Norges befolkning har en eller annen form for kronisk lidelse eller plage. Hyppigheten er som vi kan vente lavest for de unge (21,9% i gruppen 0-9 år) og høyest for de gamle (77,2% for de over 67 år).
For barn er hudsykdommer hyppigst (overveiende eksem) mens sykdommer i åndedrettsorganene (hovedsaklig astma) ligger på andre plass.

Opp gjennom yrkesaktiv alder viser muskel/skjelettsykdommer en sterk stigning (14 - 26%), likeledes hjerte/ karsykdommene (14 - 20%).

De fleste vil reagere og avvise disse tallene som altfor høye. Tuomikoski's undersøkelse av barns helsetilstand i Finland kan fungere som et korrektiv. Han skiller mellom "Upplevd långvarig sjuklighet" og "Diagnosticerad långvarig sjuklighet" med insidenser på 9,6 og 5,3% respektive (2).

Andre angivelser får vi ved å studere RTV's tall (3) som viser at 400 000, dvs. hver 10. innbygger i Norge har uføretrygd, grunn- eller hjelpestønad.

Går vi til forskjellige praksisregistreringer ser vi at Bjørn Øgar fant over 40% av pasienter over 70 år som gikk til lege, hadde betydelig nedsatt funksjonsevne (4). Bremer viste at 30% av kvinner og 25% av menn hadde kroniske funksjonshemninger, plager eller lidelser(5).

Hvordan man har det, og hvordan man tar det

Det er ingen av disse kildene som sier noe om graden av sykdom/ funksjonsnedsettelse. Statistisk sentralbyrå's statistikker angir maksimumstall, mens RTV slett ikke har inkludert alle som har kronisk sykdom i alvorlig grad, samtidig som noen med moderat grad av funksjonshemning er med.

Det er som kjent stor forskjell på "hvordan man har det og hvordan man tar det". Hvor komplekse årsakssammenhenger vi har å gjøre med her, illustreres av Linden som forteller at 70% av uføresøknadene skyldes komplekse, mens bare 27% skyldes rent somatiske og 3% rent psykiske årsaker (6). I hele 41% var både psykiske, sosiale og somatiske årsaker involvert.

Det er ikke vanskelig å forstå at langvarig sykdom som gir daglige plager/ funksjonsnedsettelse, har sosiale og psykiske konsekvenser. Disse virker tilbake på sykdommen, og den uheldige vekselvirkningen som oppstår, er ganske åpenbar.

Hvordan møter vi disse pasientene?

Selv om tallene ovenfor kan diskuteres viser de at hyppigheten av kroniske sykdommer er høy, og jeg vil påstå: høyere enn det viser igjen på våre arbeidsmessige prioriteringer både når det gjelder tid og metode.
For hvordan møter vi disse pasientene?
Pendleton forteller etter en intervjuundersøkelse (7) at legens tilfredshet var størst når han hadde med et akutt sykdomstilfelle å gjøre og mindre jo flere ganger han har sett pasienten tidligere for samme problem.
Selv om vi har de beste intensjoner er det ikke så rart om det er tilfelle også i Norge. De aller fleste primærleger tar oppgaven alvorlig og gjør en innsats når det gjelder de kroniske sykdommers psykiske og sosiale sider såvel som medisinske. Likevel: det er lett å miste entusiasmen når man trass i hele sitt medisinske armamentarium ikke klarer å gjøre pasienten noenlunde besværsfri .

Trøste og støtte

Når det gjelder medisinske virkemidler har vi metoder som til en viss grad kan bedre situasjonen mht. "hvordan man har det". Men støtte- og trøstefunksjonen er mer avhengig av våre personlige egenskaper. Her har vi ikke lært noen metode og vi har ingen planmessig strategi for å lære pasienten litt om hvordan ("hvordan man tar det". Og når vi selv har følelsen av at vi ikke gir pasienten noe (selv om pasienten kan ha en helt annen oppfatning) - mister vi interessen.

Det verste er at vi da kan komme til å slutte sirkelen ved ubevisst å resignere også rent medisinsk. Hvor mange erfarne almenpraktikere har ikke opplevd å få en av sine gamle kjenninger tilbake etter et sykehusopphold med en epikrise full av nye opplysninger både om familieanamnese, sykehistorie og symptomer. Når vi så går tilbake i journalen oppdager vi at vår egen innsats på disse punktene er ganske dårlig.

KOPF

Almenmedisinens honnør-ord har sin plass når det gjelder de kroniske-, mer enn noen andre pasientgrupper. Kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende tjeneste er virkelig forpliktende og vi bør tenke gjennom hva vi legger i disse begrepene slik at de ikke bare forblir honnør-ord.

Frode H.

Litteratur:

1. Statistisk Sentralbyrå. Helseundersøkelse 1985, tab. 1.19.
2. Køhler L. Jacobsson G. Barns Hälsotillstånd i Norden, Rapport NHV 1984:3. Stockholm 1984.
3. Statistisk Årbok 1987. Tabell 136, s.117.
4. Øgar B. Pasienter i norsk almenpraksis. Universitetsforlaget, Oslo 1977.
5. Bremer J. Social psychiatric invastigation in a small Community in Northern Norway. Referert i (4).
6. Linden V. Permanent disability and social background. Universitetsforlaget. Oslo 1971.
7. Pendleton & Schofield. Motivation and Performance in General Practice. The Medical annual. Wright, Bristol.

TEMA:

Omsorg for kronisk syke

Gruppen av pasienter med kroniske sykdommer er uensartet, med et vidt spekter av medisinske tilstander.
Likevel er det en del fellestrekk som går igjen i denne gruppen. De har en sykdom som setter preg på deres livs-situasjon: bevegelsesfrihet, daglig utfoldelse, samliv, søvn, arbeid/arbeidsmuligheter. Risikoen er stor for sekundære problemer, psykiske og evt. sosiale. Den setter også preg på familien, og følelsen av å ligge sine pårørende, evt. samfunnet til byrde, er vanlig.

Dette temanr. er en tilrettelegging av noen av bidragene ved kurset: "Omsorg for kronisk syke" i Førde. Kurset tok ikke sikte på å gi kunnskap om de enkelte sykdommene, men la vekt på fellestrekk i omsorgen. Hva har vi av anvendelige kunnskaper, informasjon og arbeidsmodeller i almenmedisin og hva kan vi videreutvikle på dette området?

Tema er tilrettelagt i samarbeid med Gunn Aadland og Jone Schanche Olsen.

Kontinuitet i allmennpraksis

Per Fugelli
Professor i allmennmedisin,
Bergen

Det er ikke alltid man blir vis av å gå til skriften. Litteraturen byr på et forvirrende mangfold av kontinuitetsdefinisjoner. Disse kan samles i to sett:

Kvantitative definisjoner som tar utgangspunkt i at pasienten har vært hos samme lege tidligere. Det opereres med forskjellige modeller beregnet etter konsultasjonsantall og intervaller.

Kvalitative definisjoner som bringer konsekvenser for og kvaliteter ved lege-pasientforholdet, diagnostikken og behandlingen inn i kontinuitetsbegrepet.

De fleste av oss vil vel være enige i at kontinuitet ikke bare er et kalenderfenomen, men at den kronologiske kontinuitet bærer i seg essensielle allmennmedisinske karakteristika: personkjennskap, miljøkjennskap, gjensidig ansvar og tillit mellom lege og pasient. I anglo-amerikansk litteratur skiller man mellom consistency of care og continuity of care (1). Consistency of care betegner den langsiktige, planmessige håndteringen av en sykdom ved et helsesenter, en poliklinikk, en sykehusavdeling, - ofte i et organisert samvirke mellom disse. Her er det holdbarheten og systematikken i teamets forvaltning av et utredning/behandlingsprogram som står i sentrum. Dette i motsetning til continuity of care som går på forholdet mellom en lege og hans/hennes pasient. En kort og grei definisjon har vi fått av vår egen norgesmester på området, Per Hjortdahl (2): kontinuitet betegner et koordinert og vedvarende medisinsk ansvarsforhold mellom lege og pasient.

HVORDAN STÅR DET TIL ?

Vi har ingen sikre data om hvordan faneordet kontinuitet nedfeller seg i norsk allmennpraksis i dag. I mangel av tall får vi forlyste oss med tanker. Det er lett å se at kontinuiteten i primærhelsetjenesten er truet. Trusselen kommer fra pasientene og fra legene.

Mobiliteten i det norske samfunnet er mye større en den var. Folk flytter mer enn før, og det gjør kontinuiteten vanskelig.

Videre er det, særlig i de større byene, en økende tendens til å søke organspesialister, enten forbi eller via allmennpraktikeren.

Et annet tegn i tiden er en mer bevisst forbrukerholdning blant pasientene. Det blir mer og mer vanlig å ønske seg en "second opinion". Godtfolks serviceforventninger har også forandret seg. Ønsket om rask tilgjengelighet kan gjøre at mange foretrekker kjappe city-akutter fremfor et allmennpraktikerkontor som rett nok byr på kontinuitet, men prisen er seks ukers ventetid. Mobiliteten blant legene utgjør også en trussel mot kontinuiteten. I Finnmarkskommunen Båtsfjord med 2000 innbyggere har det de siste syv årene vært 45 ulike leger.

Allmennpraktikerens omnipotens kan være en fare (et gode også) for kontinuiteten. En allmennpraktiker som er tilsynslege, skolelege, helsestasjonslege og bedriftslege vil få problemer med å ivareta tilfredsstillende kontinuitet i sitt kliniske-kurative arbeid. Formulert som en lov: jo mer allmennpraktikeren er ute, - jo mindre er han inne. At det er forskjell på slagord og virkelighet har vi nylig fått en nyttig påminnelse om fra en bydel i Stavanger hvor Olav Thorsen fant at 35% av mennene oppga bedriftslegen som sin "faste lege" (3).

En tredje faktor ved helsevesenets utvikling som kan gå på bekostning av kontinuiteten er trenden bort fra solopraksis til fordel for legegrupper og helsesentra. I England ble 365 allmennpraktikere spurt "Hvor viktig mener du det er for pasientene å få møte samme lege for ulike sykdomsperioder?" 58% av solopraktikerne svarte "very important" mot bare 29% av legene som arbeidet i gruppe (4).

Endelig må vi regne med at kontinuiteten vil trues av at den fremtidige allmennpraktiker kommer til å bruke mindre tid på aktivt pasientarbeid enn tidligere. Våre nye kolleger vil være mer bevisste på å beskytte sin fritid. De vil leve opp med andre kjønnsroller og krav til innsats i hjem og barneoppdragelse. De vil møte større krav til videre- og etterutdanning.

Det kan ikke være tvil om at

kontinuiteten i norsk allmennpraksis er truet. Om vi skal bekjempe disse truslene eller slutte oss til dem, se det vet vi ikke før vi har bestemt oss for om kontinuitet er noe å samle på eller noe å kvitte seg med. Og la oss nå forsøke å sette opp et kontinuitetens regnskap.

GODER VED KONTINUITET

Et godt lege-pasientforhold er helt avhengig av kontinuitet både for oppbygging og vedlikehold. Med en slik serie av lege-pasientmøter bygges det opp et lege-pasientforhold som byr på både menneskelige og faglige verdier. Jeg nevner med vilje og vekt de menneskelige verdier først for å vise at de er størst. I vår tenkniske tid og innen vårt rasjonelle fag kvier vi oss for å bruke ord som medmennskelighet, fortrolighet, trygghet. De smaker bløtt, likevel er de viktige. Vi kommer aldri forbi at så lenge vi arbeider med folk og ikke med ting, vil følelser gjøre seg gjeldende og kreve omsorg. Den som er syk har et grunnleggende behov for å føle seg medisinsk tatt hånd om av en fast hjelper. Etter min forstand er allmennpraktikeren best egnet til å fylle den rollen. Jeg mener ikke med det å frarøve organmedisinerne medmenneskelige egenskaper eller forpliktelser. Jeg tror bare at det spesialmedisinske hjelpeapparat som i det vesentlige bygger på skiftende og korte møter med pasienten, er dårlig egnet til å ta seg av disse følelsmessige behov. Selvfølgelig finnes det unntak, f.eks. kronisk syke som får sin kontinuerlige omsorg av organspesialister. Også for legen byr kontinuiteten på menneskelige verdier. Det varige og nære forhold til pasientene gir økt legetilfredshet. Det kan oppstå gode menneskelige koblinger og vekslinger mellom legene og pasientene i slike årelange forhold. Kontinuitetsforskningen viser at både pasient- og legetilfredsheten øker ved økende kontinuitet (5,6).

På det faglige plan byr også kontinuiteten på klare fordeler. For det første ligger det nyttig faglig drivkraft i det å være ansvarlig og personlig forpliktet overfor den enkelte pasient. Alle pasienter er ikke like spennende, enkelte er tålmodighetskrevende, noen endog ulystbetonte I egenskap av den sykes faste lege er det likefullt din plikt å gi hjelp, også til korsene. En annen faglig styrke består i at den kontinuerlige legen vil få en bedre sykdomsbeskrivelse enn den tilfeldige engangslegen. Dette gjelder særlig tilfeller hvor psykiske eller sosiale forhold spiller en rolle i sykdomsutviklingen. En videre fordel ved den kontinuerlige omsorg er at allmennpraktikeren er i stand til å arbeide mer rasjonelt enn engangslegen. Den faste lege kjenner pasientens medisinske bakgrunn, vet om sykehusinnleggelser og resultater av spesialundersøkelser, mens engangslegen må sette seg inn i dette for hver ny pasient. Det er også rimelig å anta at den tilfeldige poliklinikklege i mangel av den faglige trygghet som ligger i slik bakgrunnskunnskap og i forvissningen om at pasienten kommer tilbake, vil benytte seg unødig mye av tekniske utredninger og laboratorieprøver, - for sikkerhets skyld. Også i det terapeutiske arbeid vil det kontinuerlige lege-pasientforhold gi gevinst. Hjortdahl har påpekt at en restriktiv legemiddelforskrivning er lettere å gjennomføre overforu kontinuitetspasienter (2). Det er også vist at når pasienten oppsøker flere leger i løpet av en sykdomsepisode vil det blir forskrevet flere ulike medikamenter (6).

Endelig må vi regne med at kontinuitet befordrer pasientmedvirkning i rett bruk av legemidlene (compliance).

En siste faglige verdi ved det kontinuerlige legepasientforholdet kan myntes ut i form av helseopplysning og forebyggende tiltak. Den faste lege kan planmessig bygge helseopplysning, case finding og screening inn i sine konsultasjoner tilpasset den enkelte pasients helsetilstand og livsfase.

ONDER VED KONTINUITET

Et for tett og langvarig lege-pasientforhold kan føre til to uheldige konsekvenser på det menneskelige plan.
Det kan gi legen for stor makt over pasienten. Det kan resultere i at legen monopoliserer pasientens helse og at pasientens vilje til eget ansvar for og evne til egen innsats i helsesaker svinner hen.
Det kan også bli vanskelig å beholde den rette distanse og profesjonalitet i et kontinuerlig lege-pasientforhold. Vi kan få en uheldig privatisering av forholdet. Samvittighetsfulle og idealistiske kolleger kan lett vikle seg inn i grenseløse og dermed farlige kontinuitetsforhold. Den første faglige faren ved kontinuiteten har med ulven og gjetergutten å gjøre. Legen kan sløves av stadige møter med

pasienten. Det kan gå en viss rutine og automatikk i konsultasjonene. Legen sementerer bestemte oppfatninger og adferder vis a vis den syke, - og ser kanskje ikke forandringer før det er for sent.
Leger som lar seg omringe av for mange og forpliktede kontinuitetsforhold, kan også komme i en risikabel situasjon hvor de føler seg uunnværlige. Det kan føre til faglig isolasjon og forsømmelse av videre- og etterutdanningen.
En annen faglig betenkelighet ved kontinuiteten er at den kan gå på bekostning av tilgjengelighet. Leger med en høy andel kontinuitetspasienter vil ofte ha lange ventelister. Hvis praksisen ikke er velorganisert med henblikk på "halv-øyeblikkelig-hjelp" kan man risikere at pasienten venter i uker eller måneder for å komme til sin faste lege med et problem som burde vært sett på tidligere.
Et ytterligere kontinuitetsproblem kan være dårlig kvalitet på journalføringen. Det kan bli fristende for den personlige legen å ha det meste av journalen i sitt eget hode og lite på papiret. Den personlige kontinuitet kan på den måten komme til å gå ut over omsorgskontinuiteten (consistency of care).

HVORDAN FÅ TIL KONTINUITET ?.

Jeg vil i det følgende, med stikkord anføre hvilke jordnære handlinger kontinuitetsidealet forplikter oss til.

1. Det må lages ordninger som trygger det personlige, kontinuerlige lege-pasientforholdet.
Eksempler:
- at pasienten får komme tilbake til den samme lege på helsesenteret
- at allmennpraktikeren er villig til å gi akutt hjelp f.eks. sykebesøk utenom kontortid ved forverring hos faste kronikerpasienter
- listesystem
- ansvar for avgrenset geografisk område
- fast lege for pasient over 70 år i storbyene
- fast lege for visse kronikergrupper

2. Allmennpraktikeren bør organisere sitt kontor med sikte på optimal tilgjengelighet for de deler av praksispopulasjonen som særlig trenger kontinuitet (eldre og kronisk syke). Her kommer vi inn på forhold som telefontid, timebestilingssystem, tid på venterommet, fysiske hindringer som automatiske telefonsvarere og trapper for gamle pasienter.

3. Allmennpraktikeren må lage en konsultasjonsatmosfære som befordrer nærhet, trygghet og tillit. Allmennpraktikeren må ha god tid når pasienten er inne. Det må ikke ringe i telefonen eller banke på døren. Allmennpraktikeren bør ikke ha for mye teknologi. Jo mer det er av ultralyd og arbeids-EKG, - jo mindre blir det av følelser og samtaler.

4. Allmennpraktikeren bør ikke ha for mange bijobber utenom praksisen. Jo mer han er ute, jo mindre er han inne, - og det går på kontinuiteten løs.

5. Det er meget mulig at vi i norsk allmennpraksis fremover bør konsentrere oss mer om å sikre consistency of care enn continuity of care (1). Consistency of care betinger:
- standardiserte utrednings- og behandlingsprogammer for vanlige primærmedisinske helseproblemer
- systematisk journalføring
- organisert arbeidsdeling innen legegrupper og mellom første- og andrelinjetjenesten

SISTE ORD

Jeg har lest ganske godt på leksen før dette møte. Noe av det nyttige med å lese er å oppdage det du ikke finner. Ved en EDB-basert litteratursøking gjennom de biomedisinske dokumentasjonssystemer får du ut 7000 referanser på legemidlet betablokker og 20 på legemidlet kontinuitet. Tatt i betraktning at det kontinuerlige legepasientforholdet i 3000 år, og trolig fortsatt i dag, er vårt viktigste terapeuticum, er det påfallende og bekymringsfullt lite utforsket. Men akkurat nå er noe i ferd med å skje. Kontinuiteten og konsultajonen er plutselig kommet på moten også i forskningsmiljøene. Og det er bra, men gamle kolleger ser nok med vemodig undring på denne vår "nye" oppdagelse. Hippokrates, - roper kanskje Trygve Braatøy akkurat nå, der oppe i det høye, - skynd deg hit, - det skjer noe spennende i Førde. Så, så, så - svarer Hippokrates godmodig idet han kommer subbende, -hva er det som står på? I auditoriet på Sunnfjord hotell, i dette øyeblikk, - svarer Trygve Braatøy med sin berømte ironi, - den 13. mai 1987 kl. 12.30 finner de opp det kontinuerlige lege-pasientforholdet på ny.
Og så skuer de ned på oss i denne formiddagsstund de to, mildt hoderystende over menneskets forfengelighet og korte hukommelse. Og de har rett, for kontinuitet handler om det gamle, nemlig at:
- legen er et menneske
- og pasienten er et menneske

og dermed er det ikke alene:
anatomi
biokjemi
fysiologi
med tilhørende patologi,
men også:
tanker
følelser
ord
taushet
minespill
tonefall,
kort sagt hvordan to mennesker virker på hverandre, det er utviklingen av et slikt mellommenneskelig forhold i blanding med de harde medsinske data som bestemmer utkommet av møtet mellom legen og pasienten.
Det basale prinsipp bak kontinuitetens nødvendighet går på at det ikke er den biologiske feil per se, men pasientens følelsesmessige, intellektuelle og sosiale opplevelse av og reaksjon på organfeilen som utgjør sykdommen. Altså: gjenstanden for legens arbeid er ikke organfeilen sensu strictiori, men pasientens subjektive sykdomsopplevelse - og i den er integrert: forestilinger om årsak, tanker om skyld, frykt for hva det kan være, bekymring for følger, forventning om utredning og behandling. Denne helheten, og ikke bare den mulige somatiske delen, må den gode lege prøve å få tak i og lære seg å håndtere. For å få til det trenger legen tid, det vil si kontinuitet. Dette er gammelt. Det nye er at vi ved hjelp av kontinuitetsforskning og konsultasjonsanalyse nå holder på å flytte lege-pasientforholdet over fra legekunst til legevitenskap. Fra å være noe metafysisk, nesten i slekt med religion, er lege-pasientforholdet i ferd med å bli en rasjonell forskningsdisiplin. Fra å være et slags instinkt, nesten i slekt med medfødte egenskaper (eller lyter) er evnen til å skape et godt lege-pasientforhold i ferd med å bli en koldblodig sak for læring og trening. De tøffeste blant kontinuitets- og konsultasjonsforskerne hevder at lege-pasientforholdet kan dissekeres like håndfast som en anatomisk struktur, bare det at knivene hentes fra fag vi medisinere ikke kan så meget om: psykologi, pedagogikk, antropologi og kommunikasjonsvitenskap. Jeg tror de har rett. Det skal bli spennende å se■

LITTERATUR

Litteratur:

1. Freeman G. Cntinuity of care in general practice: a review and critique. Fam Pract 1984; 1: 245-52.
2. Hjortdahl P. Kontinuitet i almenpraksis - er det noe spesielt? Medicinsk årbog. København: Munksgaard, 1987: 127-39.
3. Thorsen O, Fugelli P, Samuelsen K. Kvernevikundersøkelsen I. Forbruk av legetjenesteri en bydel. I manuskript.
4. Cartwright A, Anderson R. General practice revisited: the setting. London: Tavistock, 1981: 21-2.
5. Dietrich AJ, Morton KI. Does continuous care from a physician make a difference? J Fam Pract 1982; 15: 929-37.
6. Gray P. The key to personal care. J R Coll Gen Pract 1979; 29: 666-78.

«Han sier det har vært lite å gjøre i det siste, og spør om noen kunne være interessert i legehjelp.»

Psykiske a ved kroni

Torleif Ruud

Torleif Ruud er overlege ved Psykiatrisk poliklinikk, Nordfjordeid, siden 1983.

Ved kroniske sykdommer knyttes det både følelser og tanker til sykdommen og dens konsekvenser. En vesentlig del av legens oppgave ved slike sykdommer er å få tak i pasientens opplevelse av sykdommen og hjelpe ham med å bearbeide den. Legens eget forhold til kronisk sykdom påvirker hans forhold til den kronisk syke.

Kronisk sykdom som en del av selvbildet

Mennesker med kortvarige sykdommer og skader omtaler disse som noe de "har" eller "har fått". Men ved langvarige eller kroniske sykdommer er det ikke bare slik at "jeg har sukkersyke", men også at "jeg er diabetiker". Sykdommen blir en del av min identitet, mitt selvbilde. Den er ikke bare noe fremmed som kommer utenfra, - den er en del av meg.
Dermed får også de psykiske aspektene ved sykdommen større betydning, og legen får et ufullstendig bilde av sykdommen og den syke dersom han ikke tar disse aspektene med i sin forståelse.

Opplevelsen av kronisk sykdom

En rekke faktorer vil virke inn på hvordan et menneske opplever sin kroniske sykdom. Det er ikke bare sykdommens karakter, alvorlighetsgrad og konsekvenser som virker inn, - men også tidligere erfaringer, selvbilde, kjennskap til andre med samme sykdom, den

spekter
sk sykdom

aktuelle livssituasjon, støtte fra andre, kulturelle aspekter og helsevesenets funksjon overfor den syke.

Sykdommen oppleves ofte som en fiende eller trussel. Men siden kroniske sykdommer ofte kjennes som en del av en selv, kan den også oppleves som en svakhet eller en bekreftelse på en svakhet. Den kan altså forsterke de negative sider ved selvbildet.

Kronisk sykdom kan være en trussel mot:
- identitet/selvbilde (den en er)
- arbeidsevne/funksjoner (det en gjør/yter/kan)
- fellesskap/tilhørighet (det en er en del av)
- eksistens/livet (det at en er)

For andre igjen kan sykdommen også få en positiv betydning, som en utfordring eller noe meningsfylt. F.eks. har en del pasienter nettopp etter å ha fått en slik diagnose mobilisert nye krefter og lagt om livsførsel med en positiv innvirkning på forløp og prognose. Både sykdom og lidelse kan ha en eksistensiell betydning som bidrar til å gi livet mening.

Følelsesmessige reaksjoner

Regresjon er en svært vanlig reaksjon ved sykdom. En blir opptatt med seg selv og sykdommen. En får gjerne et mye større behov for omsorg og hjelp enn en har hatt tidligere. En krever oppmerksomhet, og en gjør seg mer avhengig av andre. Regresjon i moderat grad er en hensiktsmessig reaksjon, for den motiverer den syke for å søke hjelp og gjør ham i stand til å ta imot hjelp. Men for sterk regresjon kan svekke pasientens evne til aktiv medvirkning og vekke motvilje i andre.

Kroniske sykdommer vil også ofte vekke angst og frykt for hvilke konsekvenser sykdommen vil få og hvordan framtida vil bli. En del av denne frykten kan være velbegrunnet, men en del angst og frykt vil ha andre årsaksforhold og bygge på feilaktige forestillinger om sykdommen.

En rekke andre intrapsykiske forsvarsmekanismer vil kunne gjøre seg gjeldende i større eller mindre grad: Fortrengning, benektning, undertrykking, overkompensering, rasjonalisering og isolering av tanker/følelser.

I den første fasen etter at sykdommen har oppstått, blitt diagnostisert eller har forverret seg, vil den sykes reaksjoner kunne bære preg av en sorgreaksjon. Ved en slik sorgreaksjon doserer en lidelsen overfor seg selv slik at den ikke kommer i større porsjoner enn en orker å bære. Det er ikke bare tap av fysiske funksjoner som kan utløse sorgreaksjoner, men også tap av f.eks. livsmål og drømmer som ikke lar seg realisere når en er syk. Det kan være vanskelig å gi uttrykk for følelser som aggresjon og sinne overfor det som skjer, når en ikke vet hvem eller hva en skal rette disse følelsene mot.

Mestringsmåter ved kronisk sykdom

Med mestringsmåter tenker vi på bevisste måter å forholde seg på overfor en påkjenning. Med "problemfokusert mestring" tenker en på det personen gjør for å påvirke situasjonen eller årsaksforhold, for å hindre eller begrense konsekvenser av sykdommen, og for å planlegge framtida i lys av eventuelle nedsatte funksjoner. En prøver altså å gjøre noe med situasjonen på ulike måter. Slik "problemfokuserte mestring kan f.eks. være å unngå agens som utløser en allergisk reaksjon.

Med "emosjonelt fokusert mestring" mener vi det personen gjør for å takle og bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner på sykdommen. En prøver altså å gjøre noe med seg selv. Her gjelder det ikke bare å komme over sterke følelser, men å integrere sykdommen og konsekvensen av den i ens bilde av seg selv og tilværelsen.

En viktig side ved mestringen er å sørge for å bevare håpet, og å finne nye eller alternative interesser og aktiviteter som erstatter dem som sykdommen har tatt fra eller begrenset.

Hensikten med å forstå den sykes mestringsstrategi er å kunne støtte pasienten i konstruktive mestringsområder og eventuelt hjelpe ham til å utvide området noe. Ved kroniske sykdommer dreier det seg mer om det å lære seg å leve med den, enn det å behandle den. Siden dette er å gjøre noemed seg selv, er det trolig at "emosjonelt fokusert" mestring er viktigst ved kroniske sykdommer.

Hvordan få tak i opplevelsen?

Forutsetningen for å kunne hjelpe, er at vi først forstår hvordan pasienten opplever sykdommen og sin livssituasjon. Dette innebærer å få kjennskap til hvordan den syke tenker og føler og handler når det gjelder sykdommen.

Som i all annen god kontakt mellom lege og pasient, gjelder det også her først og fremst at en lytter aktivt til det pasienten sier om sykdommen, hvordan den virker inn på ham/henne, og hvilke konsekvenser sykdommen har i pasientens livssituasjon. En må lytte etter, tanker, forandringer i atferd, forholdet til

andre, og hvordan livet hadde vært uten sykdommen.

Hvordan hjelpe de kronisk syke?

Ved å få tak i hva de tenker, vil en kunne oppdage feiloppfatninger eller mangelfull informasjon. En kan så korrigere eller supplere pasientens kunnskaper og innsikt. En viktig forutsetning for å lykkes i dette, er at en sjekker hva pasienten har oppfattet og merket seg av det en har sagt.

Det er lett å glemme at fantasier også spiller en viktig rolle i tankelivet. Det en ikke vet, vil en danne seg sine egne fantasier om og fylle ut tomrommene med dem. Det kan derfor være nyttig å også spørre etter hvilke tanker eller fantasier pasienten har gjort seg om sykdommen og framtida. Det er også viktig å få tak i de forestillinger pasienten har om behandlingen.

Den følelsesmessige bearbeiding skjer jo både ved at en kan snakke om de følelser og reaksjoner som vekkes, og ved å slippe disse følelsene innpå seg og gjennomleve dem. Derved blir de både mindre skremmende og mindre smertefulle.

Det er ikke bare den syke som har tanker og følelser knyttet til sykdommen. Pasientens nærmeste vil også ha tanker og følelser som de går med for seg selv eller som de deler med familien. De prøver å hjelpe, trøste og oppmuntre. Men samtidig må de finne ut av de følelsene de selv strir med i forhold til den syke og dennes sykdom. På samme måte har pasienten tanker og følelser om familien og om hvordan sykdommen virker inn på dem. Gjennom kontakt med familien - og ikke minst felles samtaler med pasienten og hans nærmeste - kan en få innsikt i disse forhold og hjelpe dem ut av uheldige former for samspill. Ikke minst kan familien ha behov for hjelp til å forstå og akseptere pasientens følelser.

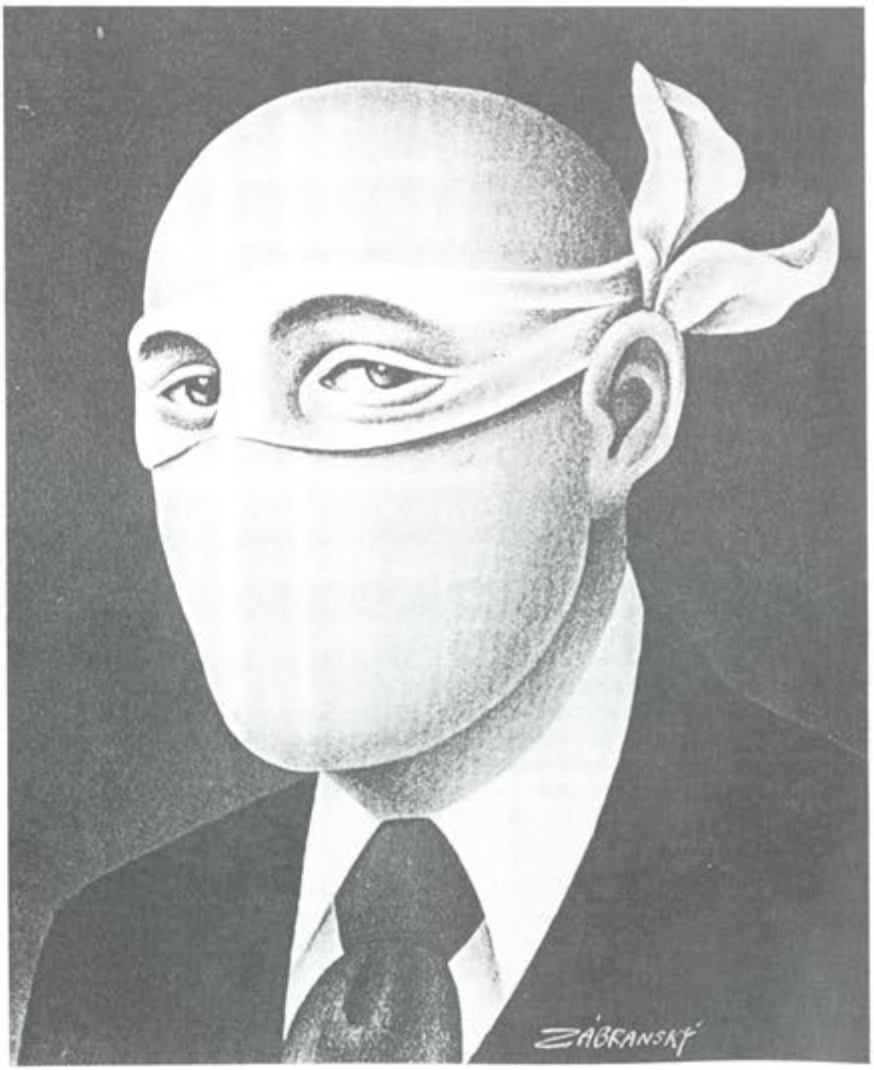
Kroniske sykdommer vil alltid vekke spørsmål om framtida og hvordan en skal innrette seg på den. Arbeidet med å få et realistisk syn på sykdommen kan både bidra til at en ikke gir opp mer enn nødvendig, og at en ikke har så høye forventninger at en er nødt til å bli skuffet. En bør ikke ta fra pasienten håpet om bedring, men en bør også unngå å gi falske forhåpninger ut i fra sitt eget behov for å trøste eller unngå smerten. Ved konkretisering av hvilke konsekvenser sykdommen trolig vil få, kan en hjelpe pasienten til å sortere angstfantasier og reelle trusler og forestille seg hvordan framtida vil bli. Men ofte kan vel nettopp uvissheten i mange av disse spørsmåla være noe av det som er vanskeligst å forholde seg til.

Hvordan det virker inn på oss:

I vår rolle som hjelpere vet vi ikke alltid hvordan vi skal forholde oss når vi i k k e kan hjelpe. Dette kan gjøre det fristende å finne noe å "gjøre" (prøve nye medikamenter, foreta nye undersøkelser etc.) for å legitimere overfor oss selv eller pasienten at det er verdt å oppsøke oss, eller kvitte oss med problemet (f.eks. henvise pasienten til andre).

Møtet med kroniske og invalidiserende sykdommer betyr et møte med personens lidelse og fortvilelse, - at også jeg som lege kommer i kontakt med den lidelsen pasienten må bære. Jeg må forholde meg til den. Det å forholde seg til pasientens lidelse innebærer nettopp at en tar del i den. Møtet med den kronisk syke kan også bringe oss i kontakt med vår egen fortrengte angst for å lide en lignende skjebne.

Møtet med de samme uløste problemene i måned etter måned eller år etter år lar oss kjenne noe av det den kronisk syke opplever. Nettopp ved å bearbeide vårt eget møte med denne hjelpeløsheten og lidelsen i oss selv kan vi bli bedre i stand til å hjelpe den syke til å leve med sykdommen■



Journalen - viktig verktøy i omsorgen for kronisk syke

Petter Øgar

Petter Øgar har vært kommunelege i Hornindal de siste vel 3 år, etter assistentlegetjeneste ved med. avd. i Kongsberg 1980 - 83.

NØKKELMOMENTER

I omsorgen for kronisk syke kan en skille ut noen nøkkelelementer som er særlig utslagsgivende for kvaliteten på omsorgen:

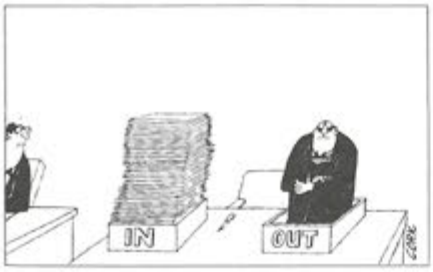
- Adekvat kunnskap om pasienten og hans omgivelser
- God organisering, bl.a. med hensyn til prioritering, kontinuitet og oppfølgingsrutiner
- Samarbeid og samordning med 2. linjetjenesten og det øvrige lokale hjelpeapparat.
- Etablering og vedlikehold av et godt lege-pasientforhold
- Pasientopplæring
- Evaluering av omsorgen.

Journalen og annet bokholderi er viktige verktøy og rammefaktorer for en god løsning av de fleste av disse nøkkeloppgavene. Jeg tror viktige kvalitetsbrister innenfor omsorgen for kronisk syke er knyttet til et mangelfullt bokholderi, og vil i det følgende prøve å belyse dette.

BESLUTNINGSGRUNNLAG

Riktige beslutninger forutsetter forutsetter et adekvat beslutningsgrunnlag. Min påstand er at vår kunnskap om den kroniske syke og om det som påvirker hans helsetilstand, ofte er mangelfull i beslutningsøyeblikket. Hva optimimal kunnskap er, kan vi alltid diskutere. Kunnskap har en kvalitativ og en kvantitativ side.

Kroniske sykdommer er alltid "totale" sykdommer. Med det mener jeg at de alltid i varierende grad både har somatiske, psykiske og sosiale sider. Kunnskapen om den kroniske syke må være adekvat innenfor a l l e disse tre dimensjonene.
Kvantitet er ikke bare et spørsmål om nok informasjon. Det er like mye et spørsmål om ikke å drukne i for mye informasjon. Hvor lite og likevel nok - kan være et bra utgangspunkt. Våre journaler blir raskt overlesset med informasjon av varierende kvalitet og relevans. Tilgjengelighet og oversikt over viktig informasjon er et stort og presserende problem. I omsorgen for kronisk syke må vi stadig skifte mellom et vidvinkel-perspektiv og et makro-perspektiv. Det stiller ekstra krav til oversikt og tilgjengelighet av sentral kunnskap om pasienten.



HVEM ER DENNE PASIENTEN?

Stol ikke på hukommelsen! Sentrale opplysninger om pasienten bør være samlet ett sted i journalen. Dette kan gjøres ved hjelp av et oversiktsark, figur 1. Dette er min løsning på problemet idag. Jeg fyller ut skjemaet selv og bare på de pasienter der jeg føler et behov for det. Oversiktsark skal være et hjelpemiddel og ingen tvangstrøye, - men dog en trøye! Hvor ensartede og uniformerte trøyer vi bør bruke kan diskuteres. Jeg har sans for de lokale snitt og tilpasninger, men de bør ikke være for amøboide og utflytende.

PROBLEMLØSNING

Journalen er et speilbilde av vår kliniske tenke- og handlemåte. I så måte kan den både ha en evaluerende og oppdragende funksjon. Den problemorienterte journal er aliminnelig kjent. Journalnotatene kan formaliseres i varierende grad, f.eks. etter en slik modell:

- Legens initialer. Kontaktform.
- Subjektive data, anamnese.
- Objektive funn.
- Vurdering, evt. diagnose.
- Plan for videre handsaming.

En slik journalføring vil kunne bidra til en rasjonell og tidsbesparende klinisk arbeidsmåte. For pasienter med kroniske sykdommer, som ofte har flere og sammensatte problmer, vil ofte en slik arbeidsmåte slå særlig heldig ut.
En konvensjon for journalføring bør også være en forutsetning om journalen skal brukes som samarbeidsverktøy av flere personer.

OPPFØLGING

En videreutvikling av formaliserte journalnotater er egne sjekklister eller egne journalark for visse sykdommer. Eventuelt kan de være utformet som handlingsprogrammer. De er spesielt nyttige i oppfølgingssituasjonen hva enten det gjelder den rent medisinske kontroll, oppfølging av behandling, forebyggende tiltak eller progresjon i et pasientopplæringsprogram. Figur 2 viser et eksempel på et slikt ark for oppfølging av pasienter med diabetes mellitus.

Betydningen av en systematisk og god oppfølging kan vanskelig overvurderes. Bl.a. er det vist at oppfølging bedrer compliance. I tillegg til en adekvat journal bør det finnes et forfallsregister som vet å si fra når pasienter ikke kommer til anbefalte kontroller eller får fornyet sine resepter.

LEGE-PASIENT-FORHOLDET

Journalen kan bedre og påvirke lege-pasient-forholdet på flere måter:

- Når Peder Ås kommer for sin blodtrykkskontroll, ser du av oversiktsarket at han er bonde og følgelig er midt oppe i slåttonna. Kona har MS og er pleietrengende i betydelig grad. Du kan møte ham der hvis du vil og det høver slik.
- Du kan lese opp siste journalnotatet for ham og vise at du både husker ham, har orden i sysakene og skriver ting som tåler dagens lys.

Jeg vil hevde at dette skaper grunnlag for tillit, skaper mulighet for korreksjon av misoppfatninger og kan danne grunnlag for pasientopplæring.

En oversiktlig journal vil også frigjøre vår oppmerksomhet til pasientens fordel.

Kontinuitet er en grunnvoll både i lege-pasient-forholdet og i omsorgen for kronisk syke. I mange tilfelle vil journalen være det som representerer kontinuiteten. Det stiller krav både til leselighet, form og innhold.

Et reelt problem er hvor mye av det som kommer fram i et fortrolig lege-pasientforhold som bør journalføres. Vi vet at sjansen er stor for at det sitter en ny lege i vår stol i løpet av relativt kort tid. Det samme problem finnes når journalen brukes av flere.

EVALUERING OG LÆRING

Det kliniske arbeidet er en av våre viktigste læringskilder. Journalene er lagringsmedium for dette erfaringsmaterialet og bør utformes med dette for øyet. Hvordan behandler jeg egentlig coxarthrosepasientene mine? Hva er det naturlige sykdomsforløp til mine diabetikere? Hvorfor gikk det galt denne gangen? Hvordan bør vi planlegge omsorgen for hjertepasienten våre? Gode journaler sammen med enkle sykdomsregistre over pasienter med de vanligste kroniske sykdommer kan relativt lett fremskaffe mye verdifullt kunnskapsmateriale til besvarelse av disse spørsmålene.

EDB-journalen

EDB-journalen er forbigått i taushet . Mange hevder den vil løse journalføringens problemer. Jeg er ikke så optimistisk. EDB-journalen er et godt, og bedre verktøy enn papirjournalen, men den er intet sesam-sesam. Problemstillingene og krav til føring vil i store trekk være de samme som ved en tradisjonell journal. Dessverre er det også slik at mange av oss må belage oss på papirjournalen ennå flere år. Drømmen om EDB må derfor ikke få bli en sovepute som hindrer oss å gå våre egne journaler og annet bokholderi kritisk etter i sømmene - ikke minst av hensyn til våre kronisk syke pasienter■

Navn	Ola Nordmann f.[redacted].28
Familie/sosialt	Gift,voksne barn. Hypertensjon i slekta,far død 59 år;apoplexi.
Utdanning-arbeidsliv-arbeidsmiljø	Gårdbruker
Tidlegare sjukdomar Viktige livshendingar	Asthma bronchiale fra 11-12 års alder.Lungeavd. Molde 77. Allergologisk utredet 080,Ålesund.Gj.gått hyposensibilisering. Solar keratose 81. Hypertensjonsbehandlet fra 86;stg.trykk 190-200/95-100. Spastisk colitt.
Trygdestønadar	
Allergiar Legemiddel-biverknadar	Flere gressarter.
Livsstil Risikofaktorar	Alkohol ?? Tobakk-,snus +.
Funksjonssvikt Tekniske hjelpemiddel	
Spesial-undersøkingar	Rtg.urografi 81;neg. Rtg.colon 83.
Oppsummeringsnotat	27.02.80.12.09.83.23.12.85

Dato	86	87
Hb		15
SR		3
TPK		
LPK		
Kreat	85	89
Na		141
K		4.0
urinsyre	468	260
ASAT		20
ALAT		14
ALP		
γ-GT		11
Kolesterol	4.9	5.1
TSH		2K
Urin-s		
Mikro		
BT		X
cyt		
tonometri		

Faste medikament:

Ventolin inh. aer	
Becotide inh. aer	
Adalat 20 mg x 2	
Librax i perioder	

Fig.1 :Oversiktsark med lab.ark og medikamentliste på baksiden.

PØ/86

DIABETES MELLITUS - SJEKKLISTE/OVERSIKTSARK

Navn:_____ Fødselsdato:_____ Debut:_____

Medisinske kontrollar	Dato
Legeundersøking	
Augeundersøking	
Nyrefunksjonsundersøking	
Polyneuropatikontroll	
Blodsukkerkontroll	
Hjarte-kar-kontroll	
Augelege	
Indremedisinar	
Annan spesialist	
Viktige journalnotat	
Kosthald	
Medikament(-endringar)	
Sjukehusopphald	
Alvorleg hypoglykemi/coma	

Informasjon til pasient/nærmiljø	Dato
Kva er diabetes	
Insulininjeksjon	
Kosthald = næringsstoff,dia-varer	
Fysisk aktivitet	
Hypoglykemi	
Coma diabeticum	
Eigenkontroll	
Feber,brekningar	
Fotpleie	
Seinkomplikasjonar,prognose	
Tablettbehandling	
Alkohol,tobakk	
Ferie,fritid	
Prevensjon,graviditet	
Bilkjøring,førarkort	
Skatt,trygder	
Barnehage,skule,arbeidsliv	
NLS,lokallag	
Særskilte tilbod;leirar m.v.	
Tidsskrift,blad,litteratur	

Andre viktige sjukdomar,livshendingar,sosiale tilhøve m.v.:

Utdelte brosjyrar:

Fig.2 :Sjekkliste/oversiktsark for pasienter med diabetes mellitus.

Febr.87/PØ

FK3

SJEKKLISTE - HELSESTASJONEN.

Namn: Ole Brumm MBD (?)

Fødselsdato: 15.03.76

	Dato
Heimebesøk	20.3.76
Ktr.ved helsesøster	20.8.82
Legekontrollar	1.6.76, 10.9.76, 20.3.77, 1.4.78, 16.3.80, 30.9.82
Synsundersøking	5.10.82
Hørselsundersøking	5.10.82
Vurdering ved fysioterapeut	9.10.82
Vurdering ved barnelege	6.12.82
Vurdering ved logoped	25.10.82
Vurdering ved psykolog	
Vurdering ved spesialpedagog	
Uttale frå barnehage	19.10.82
Uttale frå skule	
Vurdering frå andre	
Tverrfaglege møte	20.11.82, 6.12.82, 17.12.82
Søskilte tiltak	4.1.83
Samtale med foreldra/familie	30.9.82, 6.12.82
Innlegging i sjukehus o.l.	

Kronologisk registrering av undersøkingar, tiltak m.v.

Dato	Undersøking, tiltak m.v.
20.3.76	Vanleg heimebesøk.
1.6.76	6-vekers ktr.
10.9.76	1/2-års ktr.
20.3.77	1-års ktr.
1.4.78	2-års ktr.
16.3.80	4-års ktr.
20.8.82	Ktr. etter oppmoding frå mor; språkvanskar, klassek.
30.9.82	Us etter oppmoding frå helsesøskr. Sein språkutv. og mot. utv. MBD:
"	samtale med foreldra; orienteringom vidare us.
9.10.82	fysio: stadfiskr forsinka motorisk utv.
19.10.82	Uttale frå barnehage m.o.t. språk og motorisk m.m.
25.10.82	Logoped: forsinka språkutv. - rettleiing foreldr. barnehage
20.11.82	Møte helses. fysio, lege, barnehage personalet.
6.12.82	Vurdering v/ barnelege, tilstades; mor, helses, fysio, lege.
17.12.82	helses., fysio, barnehage mor. drøfta praktisk opplæg
4.1.83	oppstarting fysiokrapi; basseng og institutt

Fig.3 :Sjekkliste/oversiktsark for barn med spesielle problem eller kroniske sykdommer på helsestasjonen.

PØ/86

Gunn Aadland

Gunn Aadland hadde turnustjeneste og praksis på Træna i tilsammen 1 1/2 år. Siden - 82 har hun vært kommunelege i Vågsøy, -først 2 år på Måløy, deretter i delt praksis på Bryggja.

Samarbeid med 2. linjetjenesten

Innledning

Mange utredninger og prosjekter skrives om forholdet mellom primærhelsetjenesten og tjenester på de "høyere nivå". Dette er også gjenstand for daglige frustrasjoner og refleksjoner på de lokale legekontor. Dette er et forsøk på å se noen egne erfaringer i lys av noe av det andre har skrevet.

Fordeling av pasienter

En stor gruppe pasienter blir tatt hånd om i primærhelsetjenesten. De presenterer sine plager, får en diagnose og evt. behandling her. En mindre gruppe pasienter blir henvist videre til 2. linjetjenesten. Dette går frem av diagram 1. Det er tall fra en engelsk og amerikansk undersøkelse av White/Williams/Greenberg 1961. Det viser fordeling av sykdom eller skade i en befolkning på 1000, hvem som oppsøker lege og hvilket nivå de havner på.

En nyere norsk undersøkelse av Dagfinn Thorsvik, SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, har sett på variasjon i bruk av sykehustjenester i områdene rundt lokalsykehusene Namsos og Innherad.

Han satte opp to hypoteser ved starten av undersøkelsen:

a) En god primærhelsetjeneste vil redusere behovet for sykehustjenester.

b) Et godt samarbeid vil bidra til en bedre bruk av helsetjenesten.

Ad a) En god primærhelsetjeneste?

D. Thorsvik prøvde å finne frem til kvalitative måleverdier ved primærlegetjenesten. Han satte opp følgende:

- legetjenesten i et geografisk område.
- alders- og kjønnsammensetningen blant legene i samme område.
- legenes erfaring.
- legenes videre- og etterutdanning.
- stabiliteten i legedekningen i samme område.

Han fant at legenes erfaring og nivå av videreutdanning førte til færre innleggelser eller poliklinisk henvendelser. Stabiliteten i legetjenesten hadde samme innvirkning på dette tallet.

b) Et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og lokalsykehus?

Jeg refererer fra samme undersøkelse. D. Thorsvik satte opp kvalitative verdier ved dette samarbeidet. Han satte opp følgende:

- primærlegens kjennskap til lokalsykehuset.
- sykehusets veiledningsfunksjon.
- faglig samaktivitet.

Undersøkelsen ga ikke like klar bekreftelse på betydningen av disse faktorene. Men han skriver at han likevel ble styrket i troen på at det hadde betydning.

Hvilke pasienter blir sendt videre til 2.linjetjenesten ?

Samme undersøkelse fra Nord-Trøndelag så på innleggelser i medisinsk avdeling i en avgrenset periode. Pasienter med kronisk sykdom er en høyrisiko gruppe med hensyn til innleggelser på medisinsk avdeling. 9 av 10 pasienter hadde en eller flere kjente kroniske sykdommer før innleggelse. Følgende var de vanligste:

- hypertensjon
- ischemisk hjertesykdom
- diabetes mellitus
- obstruktiv lungesykdom
- cancer

Samarbeidsformer mellom primærhelsetjenesten og 2.linjetj.

Ian McWhinney (An introduction to family medicine) skiller mellom to former for kontakt.

a) Konsultere (consultation)

b) Henvise (referral)

Ad a) Konsultere.

Å konsultere en kollega er å spørre om et råd angående en pasient. Man kan konsultere en almenpraktikerkollega, en sykehusspesialist eller en person fra en annen faggruppe. En slik henvendelse kan være formell eller uformell. Legen som ber om råd beholder ansvaret for pasienten.

Ad b) Henvise.

Å henvise er å overføre ansvar for en pasient til en annen kollega. Fordeling av ansvar må være klart definert på forhånd. Dette kan gjøres lettere ved å sette opp forskjellige former for henvisning.

- Tidsbegrenset henvisning. Det er tidsbegrenset overføring av ansvar for pasienten. Eks. Innleggelse i medisinsk avdeling for akutt hjerteinfarktet.
- Problembegrenset henvisning. Det er overføring av ansvar for et avgrenset problemområde. Henvisende beholder ansvar for pasienten. Eks. Henvisning til øyenlege.
- Fullstendig henvisning. Dette er henvisning av pas. med vanskelige problemstillinger som vi ikke kan ta ansvar for.

Krav til legen som ber om råd/ henviser:

a) Klargjøre årsak til henvendelse.
b) Gi de nødvendige bakgrunnsdata.
c) Gjenoppta/beholde ansvar for pas. etter henvisningen.
d) Klargjøre for pas. hvorfor man henviser eller ber om råd.

Krav til legen som tar imot pasienten

a) Gi utfyllende tilbakemelding om pas. innen rimelig tid.
b) Rådgivning/undervisning.
c) Opprettholde pasientens tillit til primærlegen.
d) Tilbakeføring av pas. til primærhelsetjenesten på riktig tidspunkt.
e) Regelmessige skriftlige rapporter om de som ikke blir tilbakeført.

Fallgruber i samarbeidet

Michael Balint i boka The Doctor, His Patient and the Illness beskriver problemstillinger man må være oppmerksom på i dette samarbeidet.

a) Vår medisinske tradisjon har preferanse for somatisk medisin.
b) Samarbeidet kan bli en forlengelse av lærer/elev forholdet fra vår opplæringstid på universitetene.
c) Pulverisering av ansvar. Det kan tas vitale beslutninger uten at noen har anvar for det.

Avslutning

Forskning om dette kjærlighet/hat forholdet er viktig. Undersøkelser som den fra Nord-Trøndelag gir oss mulighet for å bevege oss et hakk videre fra de daglige frustrasjoner til mer strukturert planarbeid, både på eget kontor og i det daglige samarbeidet med 2. linjetjenesten. Dette i håp om å bedre omsorgen for de kronisk syke i primærhelsetjenesten- Det var siktemålet med å feste dette på papiret■

Litteratur:

Dagfinn Thorsvik: Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. (SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning Verdal)
Ian McWhinney: An introduction to family medicine.
Michael Balint: The Doctor, his patient and the Illness.
Robert Rakel: Principles of Family medicine.
John Hasler and Theo Schofield: Continuing Care. The management of chronic disease.

Familien s
familien s

Per Stensland

■

Arbeid med et kronisk sykt barn fører deg rett inn i familien rundt barnet. Å hanskes med et kronisk sykt barn krever tre typer innsats

- medisinsk hjelp

- sosial, trygdemessig og pedagogisk hjelp

- familiesamarbeid

Min påstand er at vi som leger har grunn til å interessere oss mer for det siste punktet.

Jeg vil se nærmere på hvordan familier opplever å ha et funksjonshemmet barn og hvorledes primærlegen kan forbedre sitt arbeid med familiene.

BELASTNING

Ingstad og Sommerschild har i Frambuundersøkelsen (1) kartlagt 100 familier med funksjonshemmede barn, deres vurdering av belastningen og syn på hvordan den kan minskes.

48 av disse familiene opplevde praktisk hjelp med barnepass og stimulering som viktigste hjelpetiltak. Dette kan gjenspeile en følelse mange har av ikke å gjøre nok for barnet.

Kun 3 familier rangerte økonomisk hjelp som viktigste hjelpetiltak. Dette kan skyldes at slik hjelp først og fremst får betydning når den kan finansiere praktisk hjelp.

om medpasient, om behandler

24 av familiene mente det ikke fantes noe som kunne redusere belastningen. De mest belastede familiene var overrepresentert blant disse som viste størst resignasjon.

BEHOV

Samme undersøkelse kartla også familienes behov og grad av behovsdekning.

Underforbruket var stort. 61% hadde fremdeles helt eller delvis udekkede behov for trygdeytelser. Det lokale helsepersonellet må ta sin del av ansvaret for mangelfull informasjon. Manglende personlig overskudd hos foreldrene, redsel for å bli kalt trygdemisbrukere og manglende praktiske tilbud i lokalmiljøet kan være andre årsaker til dette underforbruket.

Nær 60% hadde utilstrekkelige barnepassordninger. En tredel av familiene ble vurert å trenge emosjonell hjelp.

Denne type hjelp ble svært sjelden direkte etterspurt.

Godt fungerende familier hadde fått bedre medisinsk service enn dårlig fungerende.

MESTRING

Frambuundersøkelsen sammenholdt informasjon om familienes mestring med kjente bakgrunnsopplysninger. Ved statistiske metoder prøvde man å forklare varianten mellom mestringsgruppene.

Ektefellesamspill og rollevalg

Ektefellenes vurdering av tidligere og nåværende samspill vil gi et godt grunnlag for å vurdere familiens mulighet for mestring. Vurdering kan bli enda sikrere hvis man trekker inn hvordan de to fordeler roller, byrder og ansvar i familien.

Rollevalg er uttrykk for hvordan familien "tar det". Dette kan ofte utlegges som fars deltaking i husarbeid, barnepass og medisinsk oppfølging av den syke. Den viktigste parameter for mestring var foreldrenes syn på oppgavefordelingen.

Egne ressurser

Foreldrenes syn på egne ressurser er positivt korrelert med deres mestringsevne. Med ressurser menes egen kontaktevne, tilpasningsevne, vitalitet og egenverdi.

En nøkkel til forståelse ligger i foreldrenes opphavsfamilier. Det synes som om handlingsmønstre ved sykdom overføres mellom generasjonene. Dette kan ha to implikasjoner:

- Foreldrene bærer med seg den omsorgsrolle de har lært ved kronisk sykdom og krise i egen opphavsfamilie. Spør etter foreldrenes erfaringer!

- Du kan ganske enkelt vite dette i egenskap av lokalkjent doktor. Du kan få øye på familiære mestringsstrategier som går igjen i en slekt, og som forteller om sterke og svake sider hos de foreldrene du sitter overfor.

Nettverk

Nettverket spiller en viktig rolle for familiemedlemmene som uten ytre støtte sliter seg selv og hverandre ut. Samtidig er sosial isolasjon vanlig. Livet dreier seg om sykdommen, og familien har nok med seg selv og det daglige.

Pasientgrupper og støtteorganisasjoner kan representere viktige utvidelser av sosialt nettverk.

Forhold ved selve sykdommen

Dersom basisbelastningen er stor og hjerneskade er til stede, kan dette i noen grad være med å forklare forskjeller i mestring.

Belastning og mottatte ytelser

Mestringen kunne i lav grad korreleres til graden av belastning som funksjonshemmingen la på familien. Helse- og sosialytelsene kunne likeledes forklare lite av forskjellene. Det er grunn til å understreke dette, fordi leger ofte begrenser sin oppmerksomhet til disse sider ved funksjonshemmingen.

HVORDAN KAN ALLMENNPRAKTIKEREN HJELPE DEN FUNKSJONSHEMMEDE FAMILIEN

Den somatiske sykdomskomponenten er vanligvis grunnlaget for vår kontakt med familien. Fremdeles må vi gjøre en holdbar somatisk medisinsk kartlegging. Primærlegens største problem er neppe det han gjør. Problemet er det som ikke blir gjort.

1. Bredere tilnærming - bedre kartlegging

Avhengig av interesse og kompetanse vil leger selv gå mer eller mindre aktivt inn i det direkte behandlingspregede arbeidet overfor disse familiene. I alle fall må legen sørge for at kartleggingen også omfatter de forholdene som er av betydning for mestring. Se tabell 1.

Sykdommen

For legen vil det lette arbeidet om han markerer en bred tilnærming straks han blir kjent med problemet og med familien. At han legger opp til en slik tilnærming, skaper trygghet. Foreldrene får bekreftet at han også interesserer seg for de alminnelige tingene som har lite med medisin å gjøre - men som er desto viktigere for hverdagslivet med sykdommen. Registrering av døgnets aktiviteter er nødvendig for å få inntrykk av hva foreldrene faktisk kan gjøre på grunn av belastningen.

Foreldrenes tanker om sykdommen

- Skyldfølelse. Mange foreldre plages av følelse av skyld og utilstrekkelighet. Det er vanlig i perioder å ha vansker med å akseptere funksjonshemmingen hos barnet. Disse følelsene kan legen få fram og bidra til å normalisere.

Viktig er det å vite at familiemedlemmer kan ha sine egne forestillinger om årsak og virkning, og at de kan føle personelig skyld for sykdom hos seg selv eller andre.

- Håp. Forandring og framtid er knyttet sammen. Det betyr at der det ikke er håp om bedring er det heller ingen framtid. Familien slutter å planlegge.

Hjelp på dette feltet har en praktisk side der en leter etter nye måter å løse oppgaver på. Likeledes har det en emosjonell side der legen kan være med å se fram mot nye former for samarbeid og måter å forholde seg til hverandre på. I begge tilfelle gjelder stikkord som:

- Avgrensede mål der familien selv definerer målet

- Tidsbegrensede forsøk med nye behandlingsmønstre

- Gjentatte samtaler

Foreldrene og deres bakgrunn

Planlegging og løsning av de praktiske oppgavene vil avklare hvordan foreldrene samarbeider. Evnen til samarbeid vil ha nær sammenheng med det emosjonelle samspillet mellom foreldrene. Hver av foreldrene vil ha sin individuelle forutsetning for å gå inn i dette arbeidet. Dette er behandlet i avsnittet om mestring.

En bred tilnærming betyr ikke at man nødvendigvis kan påvirke de forholdene som blir tatt opp. Foreldrenes ressurser og samspill påvirkes ikke av et legebesøk. At legen er interessert i sammenhenger mellom fortid og nåtid, i samarbeidsevne og rolledeling, i individuelle symptomer og levesett, vil likevel kunne være "smittsomt". Det kan få familien selv til å se etter sammenhenger og til å søke nye løsninger på gamle problemer.

2. Informasjon trengs alltid

Det er stadig overraskende hvor mange ganger ting må gjentas. Mange forhold setter grenser for mengden informasjon foreldrene har nytte av ved en konsultasjon: Et fremmed kontor, legens valg av ord, det følelsesmessige engasjement i barnets situasjon. Påvisning av underforbruk av ytelser gir grunn nok til å informere bedre.

3. Nøytralitet og akseptering

- Nøytralitet med hensyn til mestringsform. Familien skal selv leve med sin løsningsmetode, og deres valg av handlemåte er aldri tilfeldig. Virker mestringsformen destruktiv, er det fremdeles nødvendig å godta den som et utgangspunkt for forandring. Dersom vi skal være til hjelp for familien, må vi møte dem nøytralt og uten kritikk.

- Nøytralitet med hensyn til koalisjoner. Det er vanlig at foreldrene har ulik mening om hvordan problemer skal løses. Ved å trekke barn og andre familiemedlemmer inn i konflikter dannes koalisjoner. Legen må opptre slik at familien ikke identifiserer ham med en part.

- Akseptering. Avvergemekanismer som i første omgang synes destruktive, kan vise seg å være nødvendige for å kunne leve med belastningen over tid. Fortrengning, benekting og isolasjon er slike forsvarsmekanismer som hos enkelte bør styrkes istedet for å brytes ned av velvillige hjelpere.

4. Involvering

Familien må ha en ansvarlig og aktiv rolle i behandlingen. De må få presentert valget mellom ulike behandlingsopplegg og trenes i å takle vanlige problemer ved sykdommen. Dette er et viktig tiltak for å motvirke depresjon hos foreldrene.

5. Søsken

Glem ikke søsken! De er i en risikogruppe for utvikling av psykiske plager. De kan ofte ha nytte av egne tilbud, f.eks. barnehageplass.

6. Arbeidsform

Bør legen arbeide med en person, to eller med hele familien? Dette er kanskje ikke det viktigste spørsmålet. Viktigere er det at legen vektlegger begge foreldrenes ansvar for å dele problemene som funksjonshemmingen skaper. Når den ene av ektefellene kommer med barnet på kontoret, blir det nødvendig å avklare hvordan den andre bidrar til å bære de daglige byrdene. Er den ene ektefellen en gjenganger, vil det være nyttig å be om å møte den andre ved en senere kontroll.

I noen situasjoner kan det være aktuelt å se hele familien sammen:

- Når spesielt viktig informasjon skal gis, (f.eks. opplyse om uventet diagnose, om invalidiserende sykdom).

- Ved tegn på at familien får problemer med å take situasjonen (f.eks. ved utvikling av somatiske eller psykiske symptom hos andre familiemedlemmer).

FAMILIENE TRENGER MER STØTTE

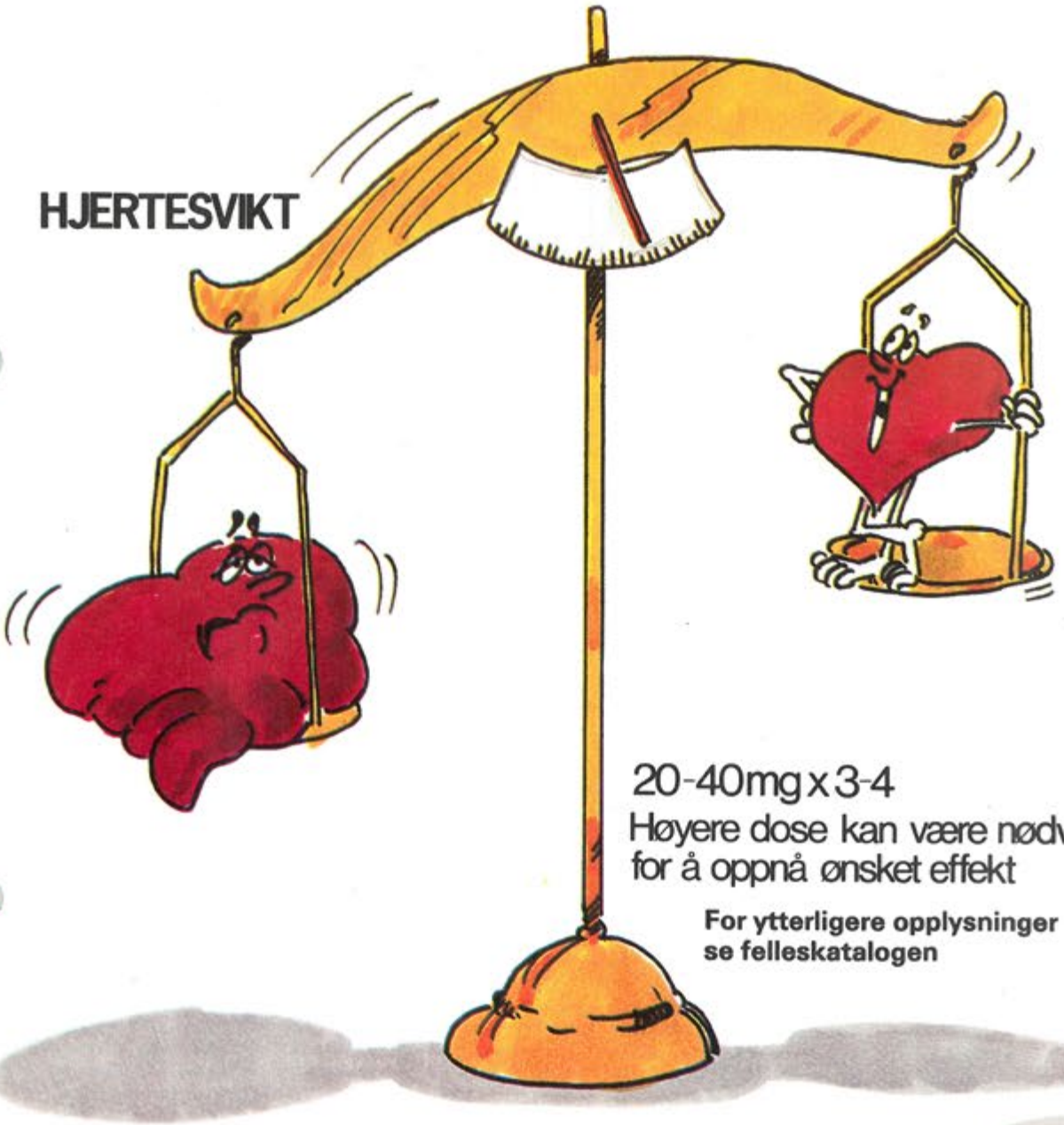
Mange familier forsvinner fra det lokale hjelpeapparatet etter henvisning til spesialist. Diagnosen kan være spesiell, eller de aktuelle behandlingstiltakene

SORBANGIL®

ISOSORBIDDINITRAT

HORNBURG & OTTERLEI AS

HJERTESVIKT



20-40mg x 3-4

Høyere dose kan være nødvendig for å oppnå ønsket effekt

For ytterligere opplysninger se felleskatalogen

KabiVitrum

særegne. Familien blir lett baller som vi spiller opp i luften til de medisinske stjerner. Senere tør vi ikke blande oss opp i deres arbeid.

Frambuundersøkelsen har vist behovet for å gi familiemedlemmene støtte også i lokalmiljøet. Her har almenpraktikeren et selvstendig bidrag til bedret behandling■

Litteratur

Stensland P. Almenpraktikeren og familien med det kroniske syke barnet. Tidsskr dnlf 1987;22:-.

Tabell 1.

MOMENTER TIL KARTLEGGING AV FAMILIE MED KRONISK SYKT BARN

Selve sykdommen

- symptom, forløp, praktiske konsekvenser gjennom døgnet

Foreldrenes tanker om sykdommen

- skyldfølelse, ideer om årsak og mening
- håp om normalisering/bedring

Foreldrenes samspill og rollevalg

- arbeid i hjemmet
- arbeid med den syke
- syn på tidligere og nåværende samspill

Foreldrenes egen bakgrunn

- egne ressurser (kontaktevne, tilpasningsevne, vitalitet, egenverdi)
- erfaringer med sykdom og krise i opphavsfamilie

Nettverk

- familie, venner
- støtteorganisasjoner

Hjelp ved sy

Kjell Haaland

Kjell Haaland er overlege ved revm.avd., Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, 6800 Førde.

til egenomsorg spondylathropati

Det må først poengteres at spondylarthropati er en relativt vanlig inflammatorisk revmatisk lidelse som innbefatter en langt større gruppe enn de som tradisjonelt har fått diagnosen spondylarthritis ankylopoetica eller Bechterews sykdom. Spondylarthropati er en del av sykdomsbildet ved alle de seronegative arthrittformer, også ved de recidiverende reaktive arthritter. I den kliniske hverdag er der med hensyn til behandling intet grunnlag for å opprettholde Bechterewdiagnosen som en betegnelse på en adskilt gruppe pasienter. Skal de godkjente kriteriene for denne diagnose legges til grunn, må pasienten ha hatt sykdommen i flere år før diagnosen kan stilles.

Behandlingen derimot bør settes inn på et tidligst mulig tidspunkt. Jeg ser heller ingen grunn til å bruke betegnelsen Bechterews syndrom når vi har en beskrivende betegnelse som spondylarthropati. (Også betegnelsen Mb. Reiter bør gå ut, ettersom dette er symptomkompleks som kan ses i forløpet av alle de seronegative arthrittformer, og ikke en egen sykdom).

Sykdomsaktiviteten ved spondylarthropatier varierer sterkt fra pasient til pasient, og også over tid hos de fleste. Prognosen vil være sterkt varierende, og vanskelig å forutsi i tidlig fase. Behandlingen er imidlertid prinsipielt den samme for alle, og består hovedsaklig av funksjonstrening. Avhengig av symptomer og sykdomsaktivitet kan supplerende medikamentell behandling spenne fra analgetica eller ikke-steroide antiflogistica til kombinasjonsbehandling med immunosuppresiva (cytostatica).

Majoriteten av pasientene vil kun trenge funksjonstrening, og for å kunne gjennomføre denne adekvat, trengs grundig instruksjon og ikke minst motivasjon gjennom informasjon om sykdommen.

Ved revmatologisk avdeling ved Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane har vi fra 1981 forsøkt å gi den nødvendige informasjon, motivasjon og instruksjon gjennom 5-dagers opphold, med en liten gruppe pasienter om gangen, vanligvis 5. Opplegget følger en nøye oppsatt timeplan (tabell 1) og utgjør et samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut og revmatolog. Samme terapeut følger gruppen under hele oppholdet. Legen tar hand om den medisinske informasjon om sykdommen. Ved denne redegjøres for hva som skjer ved en betennelse, hvilke årsaker denne kan ha, samt hva vi vet om årsaken til revmatisk betennelse. Videre beskrives oppbygningen av et ledd, og virkningen av en betennelse i leddet på kort og lang sikt. Entesopati følger regelmessig de seronegative arthriter, og ved beskrivelse av denne får pasienten forklaring på sine smerter i heler, hofteregioner, sete, bryst og senefester forøvrig. Mulige komplikasjoner fra andre organer nevnes også.

Vi tar oss god tid til spørsmål, og får da vanligvis anledning til å berolige pasienten med hensyn til faren for at sykdommen skal gå i arv til deres barn, og også til å forklare at den såkalte "Bechterewprøven" (HLA B27) ikke har noen som helst betydning for diagnostikk, behandling og prognose i det enkelte tilfelle.

Til denne gjennomgang av sykdommen knyttes kommentarer om hva pasienten selv kan gjøre for å forebygge de uheldige virkninger av langvarig betennelse i ledd og seneskjeder. Det poengteres spesielt at entesopatien ikke er uttrykk for en aktiv betennelse som krever langvarig avlastning ro, men at det tvert imot er nødvendig med aktiv øvelsesbehandling for å holde funksjonen ved like og dempe plagene.

Informasjon tar også sikte på å bringe pasientenes forventninger til effekten av varme (inklusive ultralyd og "myk-laser") og massasje ned på et realistisk nivå. Dette er i beste fall forbehandling eller innledning, og er verdiløst om det ikke etterfølges av aktiv trening. Slik "behandling" kan i verste fall virke passiviserende og til dels avhengighets-skapende.

I et ledd med aktiv betennelse skal bevegeligheten holdes ved like med øvelser uten samtidig vektbelastning på leddet, og nærliggende muskulatur skal trenes isometrisk, altså uten at leddet beveges samtidig. Ergometer-

Geangin®

verapamil

Kalsiumantagonist mot høyt BT

HORNBURG & OTTERLEI AS

2 ganger daglig.

Geangin®

KALSIUMANTAGONIST **ATC-nr.: C02D E01**

INJEKSJONSVÆSKE: 2,5 mg/ml: 1 ml inneh: Verapamili hydrochlorid 2,5 mg, natrii chlorid 8,5 mg. aqua ad iniect. ad 1 ml.

TABLETTER: Hver tablett inneh: Verapamili hydrochlroid. 40 mg, resp 80 mg og 120 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioxid.

EGENSKAPER: Klassifisering: Kalsiumantagonist. Avlaster hjertets arbeid og senker perifer motstand. Effekt på supraventrikulære arytmier. **Virkningsmekanisme:** Hemmer innstrømming av kalsiumioner i hjertemuskelceller og glatt muskulatur i blodkar, virker ikke på skjelettmuskulaturen. Totalt nedsettes hjertets arbeid og oksygenbehovet minsker. Vasodilatasjon med nedsettelse av perifer karmotstand medfører nedsatt «afterload» og senkning av blodtrykket. Negativ inotrop effekt er observert i in vitro- og in vivostudier i høye doser, derimot ikke i terapeutiske doser da en reflektorisk sympatikus stimulering synes å kompensere for dette (pga. blodtrykksfallet). Perifer vasodilatasjon senker blodtrykket særlig hos pasienter med hypertensjon, mens det påvirkes lite hos pasienter med normalt blodtrykk. Den vasodilaterende effekt på koronarkarene medfører at oksygentilførselen til myokard ytterligere forbedres, og at evt. spasmer løses opp. Supraventrikulære arytmier:
Kalsiumantagonismen fører til forsinket impulsoverledning ved at den effektive refraktærperiode i AV-knuten forlenges. Ved paroksystisk supraventrikulær tachykardi gir intravenøs verapamilbehandling ved anfall som regel omslag til sinusrytme, og peroral verapamilbehandling er ofte effektiv som residiv-profylakse. Dette gjelder også pasienter med WPW-syndrom. (Dette gjelder dog ikke hvis WPW-syndromet er ledsaget av anfall med atrieflimmer. Geangin kan da – i likhet med digitalis – forårsake ventrikulære tachyarytmier). Kan gi rask reduksjon av ventrikelfrekvensen ved atrieflimmer og -flutter, men gir sjelden omslag til sinusrytme. Preparatet kan anvendes hos pasienter med obstruktiv lungesykdom. **Absorpsjon:** Rask. Omfattende 1 pass metabolisme. Den biologiske tilgjengelighet er lav, varierende og øker ved gjentatt dosering. (Ca. 20% etter oral enkeltdose.) Tilgjengelighet kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Proteinbinding:** Høy (ca. 90%). **Halveringstid:** Ca. 3 – 7 timer etter oral enkeltdose. Ved gjentatt dosering kan halveringstiden øke, muligens grunnet metning av enzymsystemet i leveren og/eller reduksjon i den initalt forhøyede blodgjennomstrømning. Halveringstiden kan også øke ved hjerte- og leversykdom. **Metabolisme:** Omfattende metabolisme i lever, bl.a. til norverapamil med noe farmakologisk aktivitet. **Utskillelse:** Verapamil og dets metabolitter utskilles hovedsaklig via urinen. 50% utskilles renalt i løpet av 1 døgn.

INDIKASJON: Angina pectoris Variant-angina (Prinzmetals angina). Hypertensjon. Forsøksvis ved hypertensive kriser. Paroksystisk supraventrikulær tachykardi (også WPW-syndrom). Atrieflimmer og -flutter hvor en rask reduksjon av ventrikelfrekvensen er ønskelig.

KONTRAINDIKASJONER: Kardiogent sjokk. AV-blokk grad II og III, sinusknutedysfunksjon (sick sinus syndrome). Dårlig kontrollert hjertesvikt.

BIVIRKNINGER: Som regel av mild og forbigående natur. Mest vanlig er moderat obstipasjon. Hodepine, kvalme, ansiktsrødme, hudreaksjoner og perifere ødemer er rapportert. Meget sjelden kan intravenøs injeksjon gi hjertesvikt, hypotensjon, hjerteblokk og asystole. Det er rapportert mulig sammenheng med reversibel leverskade.

FORSIKTIGHETSREGLER: Ved AV-blokk I, sinusbradykardi og hypotoni bør intravenøs bruk eller tilførsel av høye orale doser (>480 mg daglig) vurderes kritisk. Pasienter med hjertesvikt bør være digitalisert på forhånd. Bør ikke brukes ved WPW-syndrom ledsaget av atrieflimmer eller atrieflutter. Verapamil og betablokkere har synergisk virkning på AV-knuten. Preparatet bør derfor ikke gis til pasienter som står på behandling med beta-blokkere. Også i kombinasjon med øyedråper er muligheten for bradyrkardi til stede. Verapamil kan gi alvorlig bradykardi evt. hjertestans hos nyfødte og spebarn og må derfor bare brukes på strenge indikasjoner injiseres meget langsomt og under kontinuerlig overvåkning av hjerteaksjonen. Bør ikke gis til gravide, uten ved tvingende indikasjoner.

INTERAKSJON: Ved samtidig tilførsel av verapamil og farmaka som virker kardidepressivt og/eller hemmer AV-overledningen, bør man være oppmerksom på additive effekter. Ved pasienter som behandles med antihypertensiva bør Geangins blodtrykksenkende effekt tas med i betraktning (I:57 e verapamil).

DOSERING: Voksne: Tabletter: Individualiseres. 80 – 120 mg 3 - 4 ganger daglig; ved hypertensjon 120 – 240 mg 2 ganger daglig som vedlikeholdsdose. Ved langtidsbehandling bør man forsøke å unngå døgndoser >480 mg over lengre tid. **Injeksjonsvæske:** 1 ampulle (5 mg) injiseres langsomt intravenøst (i løpet av 2 - 3 min). **Barn: Tabletter:** 1 - 2 mg/kg kroppsvekt 3 ganger daglig. Injeksjonsvæske: Gis intravenøst:

Nyfødte:	0,75 – 1 mg (=0,3 – 0,4 ml)	
Spebarn:	0,75 – 2 mg (=0,3 – 0,8 ml)	
Barn 1 – 5 år:	2 – 3 mg (=0,8 – 1,2 ml)	Se forsiktighetsregler
Barn 6 – 14 år:	2,5 – 5 mg (=1,0 – 2,0 ml)	

Ofte kan effekten oppnås med lavere doser enn dem som er angitt ovenfor. Injeksjonen gis kun til effekten inntrer. Intravenøs tilførsel bør skje under observasjon av pasienten med samtidig EKG-overvåking. Ved behov kan dosen gjentas etter 5 – 10 min. **Infusjon:** Geangin injeksjonsvæske kan blandes til f.eks. isoton natriumkloridinfusjonsvæske eller isoton glucoseinfusjonsvæske i konsentrater svarende til 0,01 – 0,1 mg verapamilklorid pr. ml (10 – 100 mg/liter infusjonsvæske). Ved infusjon gis initalt 0,05 – 0,1 mg/kg/time. Ved manglende effekt kan denne dosen økes fra 2 til flere ganger med intervaller på 30 – 60 min. Den gjennomsnittlige totaldosen bør ikke overskride 1,5 mg/kg/dag.

PAKNINGER OG PRISER:
Injeksjonsvæske: 5 amp. á 2 ml kr. 18,20.

40 mg	100 stk. kr.	41,75
80 mg	100 stk. kr.	82,10
	250 stk. kr.	171,50
120 mg	100 stk. kr.	123,85

T:12

6/87

KabiVitrum
Postboks 22 Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 06 01

sykkel er på ingen måte egnet til slik behandling, spesielt ikke ved arthrit i ankler eller knær. Ergometersykkel er i det hele lite egnet for dem som har plager fra bevegelsesapparatet, fordi belastningen blir for ensidig og stadig repetert. Det er gunstigere å gå en tur i terrenget, eller sykle en tur ute.

Under oppholdet bruker vi også en del tid på informasjon omkring trygdelovgivningen, spesielt på informasjon om sykepengeordningen, attføring, mulighetene for tilrettelegging av forholdene på arbeidsplassen, omplassering i arbeidslivet, omskolering, videreutdanning, kombinasjon av arbeid og trygd, og om det lokale hjelpeapparatet.

Når det gjelder den medikamentelle behandlingen tar vi først og fremst opp bruken av analgetica og ikke-steroide antiflogistica. Spesielt poengteres at antiflogistica ikke har helbredende virkning, og heller ikke er vist å ha forebyggende effekt. Det skal derfor ikke brukes over lang tid om det ikke har klar effekt på smerter og stivhet. Antiflogistica har vanligvis liten eller ingen effekt på kroniske muskel- og senefestesmerter.

Hos fysioterapeuten får pasientene lære et treningsprogram for å vedlikeholde og bedre bevegelighet i rygg og thorax, gi god holdning og styrke muskulaturen generelt. Programmet tilpasses til en viss grad individuelt, for eksempel for korrigering av holdning, kontraktur-profylakse, mer fysiologisk gange og lignende. Fysioterapeuten forklarer etter hvert hvorfor programmet er lagt opp som det er.

Ergoterapeuten informerer om de ergonomiske prinsipper for god arbeidsstilling, riktig løfteteknikk og hvilke tiltak som kan være aktuelle på den enkeltes arbeidsplass eller i hjemmet. I enkelte tilfelleutprøves og tilpasses tekniske hjelpemidler.

Vanligvis kommer det i løpet av uken spørsmål om betydningen av kosthold, spesielle dietter og om eventuell effekt av de forskjellige paramedisinske behandlingsprinsipper. Til det kan man kun svare at et allsidig kosthold med redusert innhold av mettet fett, høyt fiberinnhold og ellers tilstrekkelig innhold av vitaminer og mineraler, er viktig for den generelle helsetilstand. Det foreligger imidlertid ingen vitenskapelige bevis for at noen som helst diett påvirker sykdomsaktiviteten ved revmatisk sykdom. Felles for alle de paramedisinske

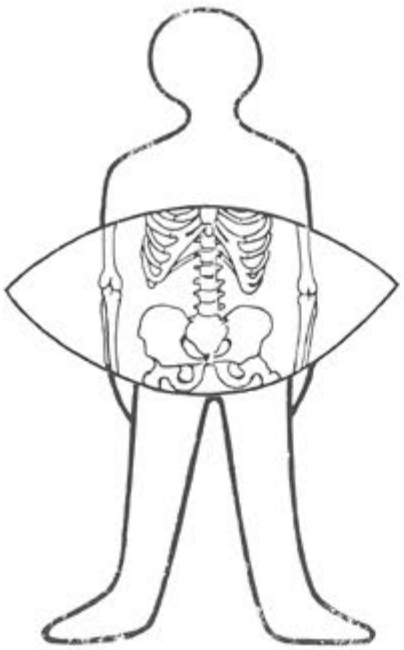
behandlingsmetoder er at de er uspesifikke, altså at det gjør krav på å ha effekt på en hel rekke vidt forskjellige sykdomstilstander. Kontrollerte forsøk som dokumenterer effekt finnes ikke for noen av metodene, bortsett fra tidsbegrenset smertestillende effekt av akupunktur og TNS.
Diverse preparater som selges over postordre må det også advares mot, da der ikke finnes noen form for kontroll med disse, og man har ingen garanti for innholdet.

Forverrelse av symptomer i forbindelse med værforandring opplever svært mange, og det får vi bare godta, selv om vi ikke har noen sikker forklaring på fenomenet.

Et slikt 5 dagers opphold gir ikke stor treningseffekt. Formålet er at pasienten skal motiveres for å fortsette med et mest mulig effektivt treningsprogram, regelmessige og kortvarige treningsøkter er bedre enn "skippertak"■

Anbefalt lesestoff for pasienter:

- Spørsmål og svar om Bechterews sykdom for pasienter. Norsk Revmatiker Forbund/Syntex kr. 15,-.
- Rolf Nordemar: Pass på ryggen. Gyldendal 1986 ISBN 82-05-16606-4 Kr. 128,-.
- Frank Dudley Hart: Revmatisme og gikt Schibsted 1983 ISBN 82-516-0948-8 Kr. 115,-.
- Munthe/Larsen/Alver: Hjelp meg, jeg har gikt. Olaf Norlis Bokhandel AS 1984. ISBN 82-7054-028-5 Kr. 60,-.



Frode Heian

"Egenomsorg" ved kronisk sykdom

INNLEDNING

Henrik Wergeland var forut for sin tid. Han drev aktiv folkeopplysning av stor helsemessig betydning, ved f.eks. sine skrifter "For almuen". I fotsporene av potetprestene reiste han bl.a. rundt og lærte folk å dyrke kålrot (styrke jordbruket og andre næringer "som naturen har anvist", om "legeurter og nytteplanter som vokser på bondens jord"), og som en forløper for sundhedslovens hygienikere har han en stor del av æren for at folk sluttet å gjøre sitt fornødne rundt hushjørnene og i steden bygget utedo.

Opplysningsskriftet:

Hva mennesket ved,
bør troe
og gjøre

- kan ved en lett lay-out-messig forandring fremstille helseopplysningstrappen slik vi har nyoppdaget den i 70-årene.

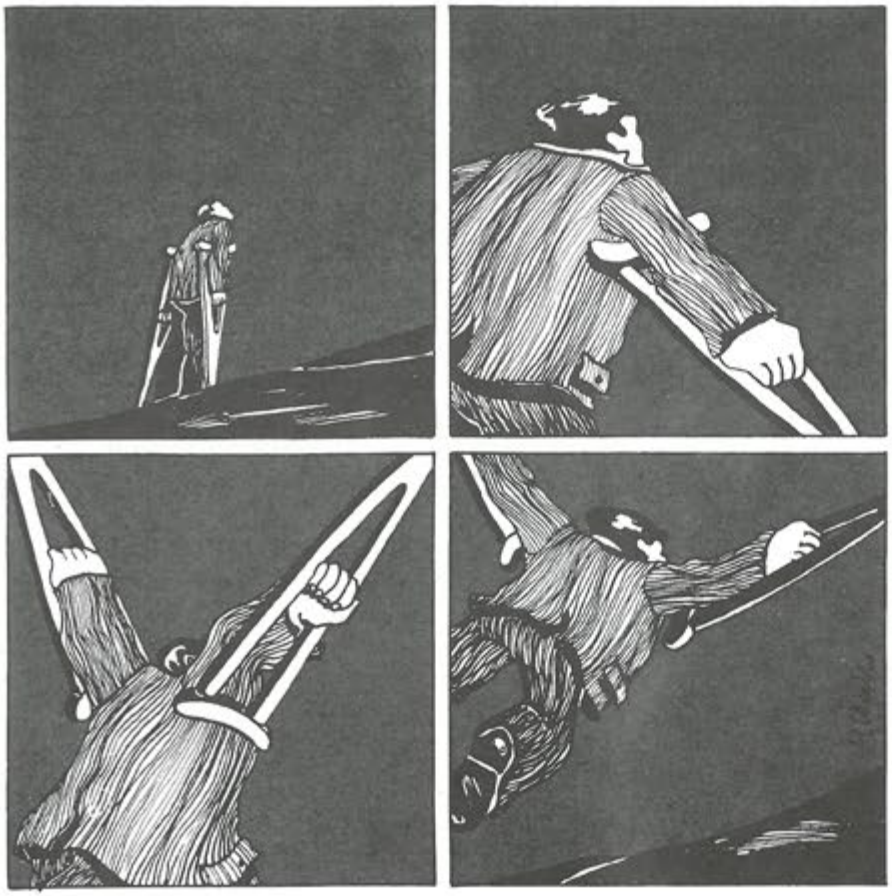
Litteraturhistorikeren Edvard Beyer fremhever at: "Wergelands arbeid for folkeopplysning var båret av en tro på at det lå store ubundne evner i folket..." Det er en tro vi også må ha i vårt arbeid for å mobilisere de ressurser som ligger utenfor det profesjonelle hjelpeapparatet, i kampen mot de kroniske sykdommene og ikke minst følgene av dem.

POSITIVE RESSURSER

De kronisk syke utgjør den mest belastede gruppen av våre pasienter. På den annen side er det her vi ofte finner mennesker med overskudd og livsglede trass i plagene, som vi ofte savner hos "friske".
Dette som en påminnelse om at vi ikke må se dem ensidig som pasienter, men også heve oss over vår vanlige problemorienterte tenkemåte. I tillegg til å bidra med våre tradisjonelle diagnostiske og terapeutiske virkemidler er det også vår oppgave å bygge opp under positive ressurser og hjelpe pasientene til å nytte disse ut i konstruktive mestringsstrategier.

"EGENOMSORG"

Med kronisk sykdom i dette innlegget mener jeg sykdommer og plager som er så uttalte at de preger pasientens daglige liv.
Her vil behovet for omsorg være større, tildels også et annet, enn det helsevesenet kan gi. I denne sammenheng er ordet EGENomsorg misvisende. Det dreier seg om en utstrakt omsorg som går langt ut over den pasienten kan



gi seg selv. Familien, naboer, venner, barnehage, skoler og ikke minst pasient-interessegrupper utgjør viktige ressurser som ligger utenfor helse (og sosial)-tjenesten.
Når jeg nedenfor likevel bruker ordet egenomsorg, er det av mangel på et bedre ord. Forslag mottas med takk.

■

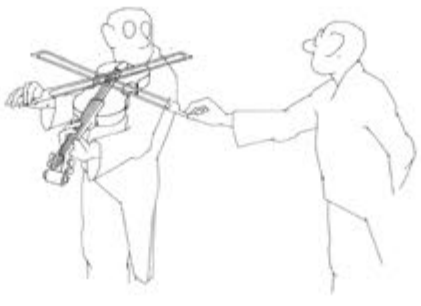
Ordet Egenomsorg er ikke gammelt, men det å ta ansvar for egen helse ble satt i system allerede i forrige århundre:

En ganske omfattende "Health reform movement" tok form i USA fra begynnelsen av 1800-tallet, bygget på "self-made man"-idealet: Frisk luft, sol, gode klær, sexhygiene, mosjon. Drivkraften var Sylvester Graham hvis utrettelige arbeid er udødeliggjort ved "Graham crackers" solgt den dag i dag.

Dette førte til en sunnhetsbølge som omfattet mer enn bare helse: økt livskvalitet, åpent samfunn, valg på grunnlag av kunnskap. Det ble i 1837 dannet en "Division of Health education in the New American alliance for health, Physical education, Recreation and Dance" som var allsidig tverrfaglig sammensatt (lærere, sykepleiere, leger, representanter for adferdsfag) og fikk hundretusener medlemmer over hele USA.

Ettersom den medisinske profesjon vokste i innflytelse både ideologisk og økonomisk, ble helsebevegelsen tilsvarende redusert bl.a. ved at selvdiagnostikk og selvbeh. ble stemplet som farlig og "uvitenskapelig" og barnet ble helt ut med badevannet.
Dette er hva Ivan Illich har fremholdt som det profesjonelle helseapparats forbrytelse mot menneskene. Han fremførte sin kritikk mot den moderne medisin i 3 punkter:

1. Den er i seg selv skadelig, og den gunstige effekten er en illusjon.
2. Den skaper avhengighet også i livets naturlige hendelser som svangerskap, fødsel og død.
3. Den er kulturnedbrytende, utkonkurrerer den folkelige kultur



Det første utsagnet har fått helsearbeidere til å blokkere for de to andre punktene, som det er mye fornuft i.

La oss sette det utvidede "egenomsorgsbegrepet" inn i dagens kontekst. Det er hensiktsmessig å dele opp i 3 nivåer:

1. Behandle og forebygge trivielle, selvbegrensende-, eller tidlige stadier av mer alvorlig sykdom
2. Aktivt å fremme helse, forebygge sykdom
3. Omfattende og kontinuerlige tiltak ved kronisk sykdom

Her skal vi ta opp det siste, det er på dette området vi kan vise til den største gevinsten av egenomsorgstiltak.
Det beste eksemplet har vi kanskje i diabetesomsorgen. Pasientene har her selv overtatt både kontroll og behandling i en grad ingen ville spådd for få år siden. Trass i det, eller nettopp av den grunn er kontroll og leveutsikter bedret betydelig. Jeg skal ikke gå nærmere inn på dette her, men bare fremheve det gledelige i at den profesjonelle helsetjenesten, pasientorganisasjonen og pasientene selv jobber så godt sammen.

VIKTIGE FORUTSETNINGER FOR EGENOMSORG

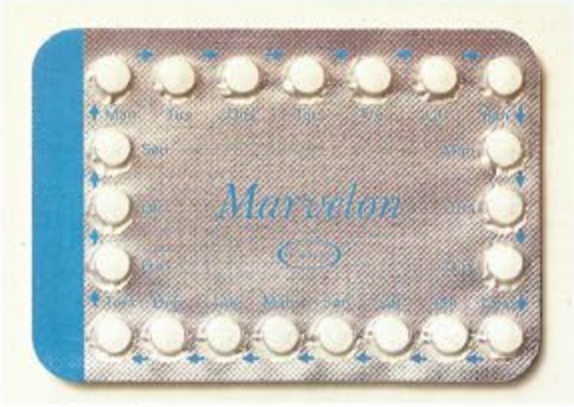
Helsetjenesten har ikke lenger noen tro på at formidling av kunnskap er den viktigste forutsetningen for endring av folks helsevaner. Men de fleste av oss oppfører oss som om det var slik. Den hyppig fremstilte helseopplysningstrappen viser med all tydelighet at selv om vi skjønner at kunnskap ikke er nok, mener vi at veien til endring av holdning og adferd går gjennom kunnskap. Men det er jo ikke alltid slik. En rekke samfunns- og miljømessige forhold må legges til rette for at vi kan forvente hensiktsmessig helseadferd. Vi kan ikke forvente at folk følger våre råd om hvordan de skal takle sine helseproblem dersom de har evig nok med sine økonomiske problem eller dersom det ikke finnes støttende personer i nærmiljøet når det kreves. Sosiologen Marianne Gullestad har f.eks. vist at sammensetningen av befolkningen i et bomiljø innvirker på grad av omsorg for hverandre (1).

De kroniske sykdommene har som fellestrekk at pasientene må kjempe mot plagene i lang tid, kanskje resten av livet. Når vår "tradisjonelle" medisin ikke hjelper står vi i fare for å resignere og gir dermed pasientene inntrykk av at ikke noe kan

Marvelon® med desogestrel

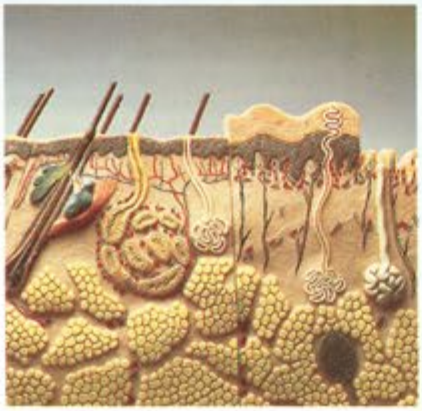
DESOGESTREL OG ETINYLØSTRADIOL

– det nye p-pillegesta nærmest naturlig pro

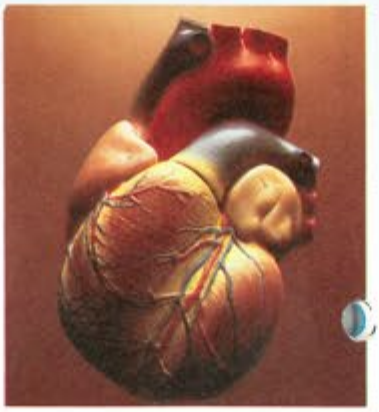


Monofasisk, enkel for pasienten og utmerket sikkerhet.

(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»

Antikonsepsjonsmiddel

TABLETTER: Hver tablett inneh.: Desogestrel 0,150 mg, etinylestradiol 0,030 mg. Constit. q.s.

EGENSKAPER: Klassifisering: Monofasisk østrogen/gestagen kombinasjon med god cyklluskontroll. God antikonsepsjonell 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. Normalt liten eller ingen vektforandring. Øker plasmakonsentrasjonen av HDL-cholesterol.
Virkningsmekanisme: 1. Undertrykkelse av ovulasjonen. 2. Påvirkning av cervikalsekretet slik at spermienes passasje vanskeliggjøres. 3. Påvirkning av endometriet med redusert mulighet for nidasjon. Absorbsjon: Hurtig. Maksimal plasmakonsentrasjon: Desogestrel: 0,8–1,3 timer. Etinylestradiol: Ca. 1 time. Halveringstid: Desogestrel: ca. 1,5 time. 3-keto-desogestrel (aktiv metabolitt): 18–21 timer. Etinylestradiol: ca. 26 timer. Metabolisme: Både etinylestradiol og desogestrel metaboliseres i leveren. Utskillelse: Via urin og fæces. Overgang i morsmelk: Man har påvist både østrogener og gestagener i morsmelk.

INDIKASJONER: Antikonsepsjon.

KONTRAINDIKASJONER: Absolutte: Tromboflebitt eller tromboembolisk sykdom i akutt stadium eller i anamnesen. Leverfunksjonsforstyrrelser, ikterus, Dubin-Johnsons syndrom, Rotor-syndrom, graviditetsikterus i anamnesen (gjennomgått hepatitt med normalisert leverfunksjon er ikke kontraindisert). Verifisert eller mistenkt cancer mammae, verifisert eller mistenkt østrogenavhengige tumorer, udiagnostisert genitalblødning, graviditet, arteriell hypertensjon, Sickle-cell anemi, porfyri, herpes gestationes i anamnesen. Relative: Ikke-etablert menstruasjon.

BIVIRKNINGER: Alvorlige bivirkninger som tromboembolier (hjerne, hjerte, lunger, dype vener) forekommer. Andre bivirkninger av blodningsforstyrrelser, vannretensjon, mastalgi, kvalme, hodepine, migrene og mentale forstyrrelser (depresjon), samt synsforstyrrelser. Endring av vekt, libido, samt klinisk-kjemisk normalverdier og tester. Arteriell hypertensjon kan oppstå. Opptrer tegn på ikterus, ikke nødvendigvis relatert til preparatet, skal medikasjonen straks avbrytes. Tilfeller av leverforandringer (adenom, fokal nodulær hyperplasi) er beskrevet hos kvinner som har brukt p-piller. Forandringene kan arte seg som akutte buksmerter eller tegn på intra-abdominell blødning.

FORSIKTIGHETSREGLER: Før behandling institueres grundig gynekologisk undersøkelse inkludert mammae-undersøkelse, sukker i urinen, blodtrykksmåling. Kvinner som bruker preparatet bør kontrolleres hvert halvår. Ved disse undersøkelser bør spesielt oppmerksomhet rettes mot cyklusiengde, kroppsvekt, blodtrykk, bryst og kjønnsorganer, øyne, hud. Cytologiske prøver skal 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 økat hos kvinner som røker og hos kvinner over 35 år. Det advares mot samtidig røking og bruk av perorale antikonsepsjonsmidler, særlig hos kvinner over 35 år. Opptrer tegn på tromboembolier under behandlingen, skal preparatet umiddelbart seponeres og pasienten undersøkes nøye. Bruk av prevensjonstabletter må avbrytes 14 dager før kirurgisk inngrep, som kan tenkes å medføre økt tromboserisiko. Prevensjonstabletter kan nedsette glykoseloleransen, og diabetikere bør stå under streng legekontroll. Dette gjelder også pasienter som lider av sirkulasjons- eller nyresykdom, epilepsi eller migrene. Unge kvinner med ikke-stabiliserte cykler, samt kvinner med oligomenoré eller sekundær amenoré bør helst anvende annen form for prevensjon. Unge kvinner bør ha etablert bifasiske cykler før prevensjonstabletter forskrives. Prevensjonstabletter kan fremkalle for høyt blodtrykk hos disponerte kvinner, og blodtrykket bør derfor kontrolleres regelmessig. Ved markant blodtrykksstigning bør preparatet seponeres. Ved uteblitt bortfallsblødning bør man undersøke om graviditet foreligger, og ved positiv test skal tablettinntaket avbrytes. Det er viktig å kontrollere hvor mange tabletter kvinnen har gjenstående. Et bortfallsblødning uteblir i 2 påfølgende følgende cykler, skal graviditetstest alltid utføres. Preparatets effekt kan bli redusert ved oppkast og diarré. Andre ikke-hormonelle antikonsepsjonsmidler bør da benyttes.

INTERAKSJONER: Samtidig inntak av andre legemidler som rifampicin, barbiturater og hydantoinderivater minsker preparatets pålitelighet.

DOSERING: 1 tablett daglig i 21 dager fra menstruasjonens første dag. Etter 7 tablettfrie dager påbegynnes en ny serie med 21 tabletter. Hvis en tablett av en eller annen årsak ikke tas om kvelden, skal den tas neste morgen. Neste tablett tas som vanlig om kvelden samme dag. Har 36 timer eller mer gått siden siste tablett ble tatt, bør annen prevensjon anvendes i tillegg den første uke.

PAKNINGER OG PRISER:
3 x 21 Kr. 66,70, 6 x 21 Kr. 129,50

1.10.1985

genet gesteron

Normalt liten eller ingen vektforandring[13]

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. Cullberg, 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) Cullberg, G. et al. Acta Obstet Gynecol Scand 1985, 64, 195–202.
22. Cullberg, 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. Samsioe, G. Contraception, 1982, 25, 487–504.

ORGANON A/S - POSTBOKS 325 - 1371 ASKER - TLF. (02) 78 43 65

Organon

(– Dikobraz)

gjøres for dem. Men entusiaster har vist at det er mye som kan gjøres. Det er mange praktiske forhold som kan legges til rette og det er mestringsteknikker som kan brukes i kampen mot følgene av sykdommen. Det er hovedsaklig her pasientorganisasjonene har gjort en innsats, og som behandlere bør vi også vite litt mer om dette.

Vi bruker vel alle sporadisk å gi pasientene råd om selvhjelp og vi skal ikke undervurdere den innsatsen samvittighetsfulle leger gjør som trøster og støtteperson. Dette gjør vi ut fra våre personlige menneskelige egenskaper, og selv om det ikke er noe dårlig utgangspunkt bør vi fra et mer profesjonelt utgangspunkt ta sikte på å mobilisere mer av egenomsorgspotensialet hos pasient og i nærmiljø. Det er ikke dermed sagt at det er legens oppgave å ta på seg hele dette møysomelige arbeidet, men ved å kjenne til metodene kan han hjelpe pasienten i gang, knytte kontakter og sette i gang prosesser som er selvbærende. Har vi "redskaper" som vi tror på vil vi også bruke dem, og det bør være like obligatorisk å gi råd, støtte og tilbud om oppfølging av egenomsorgstiltak, såvel som medikasjon og kontroll av teofyllinspeil hos en astmapasient.

En systematisk fremgangsmåte med dette for øye gis i boka Self-Management of chronic Disease (2) og jeg skal summarisk gi en oversikt i 7 punkter over mestringsteknikker som er beskrevet der.

GRUNNLAG FOR MESTRING

1. Kunnskap og ferdigheter,

-er og blir grunnleggende for mestring av sykdom. Når det gjelder kronisk sykdom er det nesten ikke grenser for hva enkelte kan lære.
Helsepersonell vet for lite om pedagogikk. De færreste har lagt opp noen helhetlig og systematisk pedagogisk tilnærming over tid (læring - prøving - kontroll - repetisjon - ny prøving osv.).
Vi vet også lite om når det er strategisk riktig å gi informasjon, f.eks. er det vist at informasjon om risikofaktorer for

coronarsykd. umiddelbart etter infarktet snarere hemmer enn fremmer EO.

2. Registrering

Dette er en virksomhet som ser ut til å være en av hovednøklene til pasientens engasjement. Det kan være aktuelt å registrere:

- symptomer, prodromalsymptomer, hyppighet av sykdomsepisoder, hva som utløser/forverrer sykdomsaktivitet,
- egne reaksjoner på sykdomsepisoder
- nærmiljøets reaksjoner
- tiltak mot sykdommen og hvordan man klarer å gjennomføre tiltakene (Eks.: diett, mosjon, drenasjeøvelser, avslapningsøvelser)

Siste punkt er viktig. Registreringen må gi et bilde av sammenhengen mellom tiltak og resultater. (Eks.: registrering av kaloriinntak såvel som vektreduksjon, av fysisk aktivitet såvel som lungefunksjonsmålinger).

3. Evaluering

På bakgrunn av registreringene kan tiltakene og effekten av dem vurderes.

4. "Reinforcement" (forsterkning)

a. repetisjon og forbedring av ferdigheter
b. Tro på at det man gjør er bra, at man behersker teknikkene, og at det man gjør er nyttig
   Eks.:
   - tro på at man kan lære seg teknikkene (andre har klart det før meg...)
   - tro på egen viljstyrke (v/røyking)
   - tro på gode resultater ved EMG/biofeedback. De som blir innbilt at deres prestasjoner ved EMG-apparatet er spesielt bra, gjør det også etterhvert bedre.

De som tror på at de mestrer sin hodepine bedre kan ha mer mot til å oppsøke situasjoner som de har forbundet med hodepine. Hvis de finner at situasjonen ikke er så stressende som innbilt kan de også på denne måten få bekreftelse på å lykkes.
Det er selvsagt viktig med balansegang her, man skal være forsiktig med hva man driver adferdsterapi på.

Oppmuntring er sentralt. Det kreves god kjennskap til pasientens bestrebelser, oppmuntringen må være spesifikk og begrunnet ("du behersker virkelig den blodsukkermålingen godt nå, det er fordi du har praktisert den så samvittighetsfullt").

5. Selvkontroll

-følger gradvis i kjølvannet av foregående punkt.

a. Snakke med seg selv, f. eks. minne på langtidsmål, egen evne til å motstå fristelser, og på ubehagelige konsekvenser.
   Evt. kan pasienten selv lage et kort med argumenter mot uskyldige ettergivelser som erfaringsmessig leder mot fristelser med mer alvorlige følger. Dette forutsetter:
b. Innsikt til å identifisere de tidlige varselsignalene som kulminerer i høyrisikosituasjoner
c. Distraksjon, f.eks. ved å ta til med en fast, krevende aktivitet som tar oppmerksomheten bort fra smerte, sette på høy musikk e.l.
   Fysisk aktivitet ser ut til å være en av det mest effektive virkemidlene for dem som kan benytte det.
d. Minne på negative erfaringer eller konsekvenser av en fristelse.

Disse kognitive prosedyrene er mer effektive kombinert med andre mestringsstrategier.

Pkt. 1-5 er mulig å gjennomføre for de med en god porsjon viljestyrke. Pkt. 6 legger muligheten til rette også for de svakere også.

6. Endre omgivelsene

f.eks. ved:

- å få røykerne omkring en astmatiker til å akseptere røykfritt miljø.
- omlegging av kosten for hele familien til en diabetiker. Sørge for at diabetikervarene er forskriftsmessig plassert i forretningene og at ekspeditørene kan veilede.
- skape miljøer og kontaktnett for støtte
- skape positive/forståelsesfulle holdninger (f.eks. å få omgivelsene til å akseptere lav stressterskel hos pasienten, særlig i vanskelige faser av sykdommen, være mer forståelsesfulle overfor spesiell adferd hos MBD-barn etc.)

På dette området er det mye å rydde opp i. Pasienten selv er som regel meget beskjeden på vegne av sin sykdom og kvir seg for å "belaste omgivelsene med sine plager". Mange misforståelser og mye unødig fortvilelse kunne vært unngått ved skikkelig informasjon i nærmiljøet. Helsepersonell bør her være inspirator og aktiv støttespiller, men hovedpersonen spiller også hovedrollen. Det er et poeng at ikke legen trer til og "rydder opp".

7. Avledende adferd

Fysisk aktivitet er som nevnt et bra virkemiddel (kfr. pkt. 5), dessuten gir den andre positive effekter.

8. Påvirkning av fysiologiske prosesser, f.eks.:

Per Stenslands gjennomgang (se tidligere innlegg) av hvordan man i omsorgen for kronisk syke barn kan arbeide med mestringsstrategier kan sees som en utdypning av ovenstående. Det henvises forøvrig til Ingstad/Sommerschild's bok om dette (4).

Avslapningsøvelser og bio-feedback, vist effekt ved :

- Tensjonshodepine
- Avslapning ved prodromaler på epilepsi
- Irritabel colon
- Kvalme v/kjemoterapi
- Påvirkning av glucosenivå hos diabetikere
- Raynauds sykdom
- Sfingterkontroll v/inkontinens

Alt dette fordrer best mulig fysisk grunnlag, dvs. anstrengelser fra medisinsk hold for optimal behandling.

KRAV TIL BEHANDLERNE

Tilrettelgging av egenomsorg innebærer for mange en ny rolle, det forutsettes at man aksepterer mer "demokrati", mindre "makt". Dessuten kreves en annen måte å tenke på: Ved siden av vår tradisjonelle jakt på problemer (som vi selvsagt må fortsette), må vi lære å se positive ressurser som kan være grunnlag for mestring. Like naturlig som å lete etter nye sykdomstegn må det være å stille slike "positive diagnoser" dvs. kartlegge mulighetene for egenomsorg (både hos pasienten og i nærmiljøet).
Ovennevnte bok skisserer en modell for en slik "diagnostisk" prosess:

Første vurdering:
Er pasienten motivert for EO ?

Nei. Ja.

Predisponerende "påvirkning":
- Tro på metode (seriøs, nyttig i forhold til innsats osv.)

Har P. nødvendige kunnskaper og ferdigheter?
- Egne ressurser?

Planlegge ferdighetslæring

Tror han han har nødvendig støtte fra omgivelsene?
(Familie, arbeidssted, venner)

Forberede omgivelsene (orienteringsbrosjyre til pårørende, evt møte eller be dem være med v/neste besøk o.l.)

Starte EO-tiltak (registrering, behandling osv.)
På neste besøk: har pasienten maktet å følge opp?

Finne ut om evt. svikt kyldes motivasjon, ferdighet, ressurser miljøstøtte.

"Reinforcement", korreksjon, modifisering, utvidelse av EO-tiltak

Kort noen tanker om SAMFUNNSFORHOLD

Samfunnsutviklingen i retning av mer travelhet og "seg selv nok"-mentalitet gir mindre og mindre grobunn for kontakt og støtte. Bostruktur, mobilitet og familieoppløsning forsterker dette.

I tillegg kommer mer subtile utviklingstendenser som følge av at forbrukersamfunnet formidler alt "servert på et fat".
Ikke minst gjelder dette TV-video-utviklingen med korte sekvenser som ikke er egnet til annet enn passivt mottak. Grunnlaget for fantasi, refleksjon og aktivitet blir mindre og mindre.

Dette er utviklingstrekk som det er vanskelig å kjempe mot. Men ved siden av å gjøre hva vi kan på det individuelle plan er det vår oppgave ikke bare å rope etter mer ressurser til helsevesenet. Som samfunnsbevisste borgere må vi påvirke utviklingen i en retning som støtter opp under følelse av ansvar og omsorg i sin alminnelighet■

Litteratur:

1. Gullestad M. Omsorg og subkultur. T.kr. for samf.forskn. 1983, 24; 203-20.
2. Holroyd KA. Self-Management of chronic Disease. Acad. Press. Oxford 1986
3. Hasler J. Schofield T. Continuing Care. The Management of Chronic Disease. Oxford Medical Publications; Oxford 1984
4. Ingstad B. Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Tanum Norli. Oslo 1984.

Gastrobitan® 800 mg

cimetidin

En tablett til natten ved ulcus duodeni

H_2 - 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

THNJ-RIA 25

KabiVitrum
Postboks 22, Nesbruveien 33, 1362 Billingstad
Sentralbord: Oslo (02) 98 08 01

Gastrobitan®

En tablett til natten ved ulcus duodeni og ulcus ventriculi.

GASTROBITAN «GEA» cimetidin. A 02 B A 01
Histaminerg H_2 – reseptorantagonist
INJEKSJONSVÆSKE/INFUSJONSKONSENTRAT: 100 mg/ml: 1 ml inneh.: Cimetidin. 100 mg, acidium hydrochloridum 33 mg, aqua ad iniect. ad 1 ml.
TABLETTER: 200 mg, 400 mg og 800 mg. Hver tablett inneh.: Cimetidin. 200 mg resp. 400 mg, resp, 800 mg, const. et color q.s. Fargestoff: Titandioksyd.
EGENSKAPER: Klassifisering/virkningsmekanisme: Hemmer både stimulert og basal sekresjon av saltsyre, og minsker pepsiproduksjonen. Hemmer kompetitivt histaminets virkning på histamin H_2-reseptorer i magesekkens slimhinne. Histamin H_2-reseptorer finnes i de fleste organer og vev. Den funksjonelle betydning av histamin H_2-reseptorer i ulike vev er ukjent med unntak for magesekkens slimhinne. Absorbsjon: Absorberes godt etter oral administrasjon som tabletter. Proteinbinding: Ca. 20%. halveringstid: Ca. 2 timer. halveringstiden forlenges hos pasienter med nedsatt nyrefunksjon. Halveringstiden er korrelert til kreatininclearance. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene. Ca. 75% gjenfinnes vanligvis i urinen etter en oral dose, og 85% etter en parenteral dose, hovedsakelig uforandret. Hovedmetabolitten er sulfoksydet, dette utskilles også via urinen. Overgang i placenta/morsmelk: Passerer placentabarrieren og utskilles i morsmelken. Fjernes fulstendig ved hemodialyse.
INDIKASJONER: Duodenalsår og benigne ventrikkelsår. Zollinger-Ellisons syndrom. Refluxøsofagitt. Langtidsbehandling av stadig residiverende eller kroniske duodenalsår. Profylaktisk mot blødning pga. stressulcus hos kritisk syke pasienter. Profylaktisk mot aspirasjonspneumoni.
BIVIRKNINGER: Diare, svimmelhet, tretthet, feber og hudutslett, vanligvis lette og reversible. Reversibel gynekomasti sees hos mindre enn 1% av pasientene, hovedsakelig ved høy dosering. Tilfeller av reversible forvirringstilstander er rapportert først og fremst hos eldre og pasienter med nyre- og leverinsuffisiens. Initialt forbigående stigning av plasmakreatinin som regel innen normalverdiene, uten klinisk betydning. Enkelte tilfeller av transaminasestigning og sjeldne tilfeller av hepatitt, pankreatitt og interstitiell nefritt, samtlige er reversible. Reversible blodbildeforandringer: Leukopeni sjeldent. Agranulocytose og trombocytopeni meget sjeldent.
FORSIKTIGHETSREGLER: Ulcus-diagnosen skal første gang verifiseres ved røntgen eller endoskopi, reflux øsofagitt ved endoskopi eller annen egnet metode. Instituering av langtidsbehandling bør skje av spesialist eller ved sykehus. Forsiktighet bør vises hos pasienter med tidligere lever- og nyreskader. Da histaminerge H_2- reseptorantagonister kan gi symptomatisk bedring hos pasienter med ventrikkelcancer, erdet viktig at malign lidelse utelukkes. Det er ikke vist at profylaltisk behandling nedsetter residivfrekvensen av duodenalsår etter seponering. Det foreligger forløpig begrenset viten om effekten av langtidsbehandling med cimetidin ved refluks øsofagitt. Bør ikke brukes ved graviditet og diegivning.
INTERAKSJONER: Cimetidin interagerer med flere legemidler. Noen av disse er av klinisk betydning. Se interaksjonskapitlet (I : 5le).
DOSERING: Voksne: Peroralt: Normaldosering ved **duodenalsår** eller **ventrikkelsår** er 800 mg om kvelden, evt. 400 mg morgen og kveld. Behandlingen bør vare minst 4 uker ved uodenalsår og 4-8 uker ved ventrikkelsår. Ved behov kan dosen økes til 400 mg x 3-4. Ved langtidsbehandling av duodenalsår gis 400 mg om kvelden eller om nødvendig 400 mg morgen og kveld, alt. 800 mg om kvelden. Ved **reflux øsofagitt** anbefales 400 mg 2-4 ganer daglig i 4-12 uker. Ved Zollinger-Ellisons syndrom kan dosen økes til 2 g pr. døgn fordelt på 2-4 doser. Til pasienter med nedsatt nyrefunksjon skal doseringen tilpasses pasientenes kreatininclearance. Dersom man ikke har verdiene for kreatininclearance, kan dosen beregnes etter serumkreatininverdiene. Det er viktig at evt. serumkreatinin bestemmes før behandling da cimetidin kan gi en økning av serumkreatinin initialt.

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

Intravenøs injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) blandes med 20 ml sterilt vann eller fysiologisk saltvann. Ferdiglaget løsning bør brukes umiddelbart (kan oppbevares i maksimum 12 timer). Løsningen gis som langsom injeksjon (3-5 min.) med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn. Til pasienter med hjertesykdom anbefales infusjon eller intramuskulær injeksjon.
Intramuskulær injeksjon: En ampulle (200 mg cimetidin) injeksjonsvæske gis med 4-6 timers intervall, maksimalt 2 g/døgn.
Intravenøs infusjon: kan gis både som kontinuerlig og intermitterende infusjon. Den ønskede mengde cimetidin tilsettes en passende infusjonsoppløsning. Dosene bør fordeles jevnt over døgnet, maksimalt gis 2 g/døgn.
Barn: Erfaringene er begrenset når det gjelder bruk av Gastrobitan hos barn. For dosering: Se spesiallitteratur.
OVERDOSERING/FORGIFTNING: Meget lav akutt toksiditet. Bestemmelse av akutt toksisitet ved dyreforsøk viser så høy LD50 at man antar det vil være vanskelig å fremkalle akutt forgiftning hos mennesker. Dyreforsøk med ekstremt høye doser tyder på at kunstig respirasjon kan ha verdi. Akutt overdosering med opptil 20 g uten særlig bivirkninger er rapportert flere ganger.

PAKNINGER OG PRISER:

Injectabile: 10 amp. a 2 ml kr. 58,25

Tabletter 200 mg: 30 stk. kr. 73,90
50 stk. kr. 122,65
60 stk. kr. 147,80
100 stk. kr. 228,40
200 stk. kr. 456,85

Tabletter 400 mg: 28 stk. kr. 137,00
30 stk. kr. 146,10
56 stk. kr. 270,50
60 stk. kr. 289,20
84 stk. kr. 384,60
100 stk. kr. 445,25

Tabletter 800 mg: 30 stk. kr. 259,25
60 stk. kr. 511,50
100 stk. kr. 800,15

T 37

KabiVitrum
Adresse: Postboks 22, Nesbruveien 33,
1362 Billigstad, Tlf.: Oslo (02) 98 08 01.

debatt • DEBATT • debat

Kvinnens helse på mannens premisser, innlegg av Kirsti Malterud i nr. 6/87:

Svar fra Calle Bengtsson

Professor ved Allmänmedicinska institutionen i Göteborg, projektledare för Populationsstudien av kvinnor i Göteborg

Jag har tagit del av Kirsti Malteruds skrivelse. innehållet står för Kirsti Malterud, och det står givetvis Kirsti Malterud fritt att ge uttryck for sina åsikter. Jag finner ingen anledning att kommentera innehållet i sak. Allmänt kan jag konstatera att jag tycker denna skrivelse är ett uttryck for en beklagelig trångsynthet. Jag vill emellertid samtidigt ta tilfället i akt och uttrycka min uppskattning over vad Kirsti Malterud tidligare har skrivit. Jag är overtygad om at såväl jag som mina medarbetare i min forskningsgrupp och Kirsti Malterud kan bidra till att bringa utvecklingen framåt. Jag är också overtygad om att vi gör det bäst genom ett fortroligt samarbete och hälsar Kirsti Malterud välkommen till ett sådant■

Habilitering av kroni og funksjonshemme

Med en spissformulering kan vi vel hevde at egenomsorg har vært det bærende prinsipp for denne gruppen klientell og deres familier. Det nødvendige mangfold av faglig hjelp de har hatt behov for, både av medisinsk, psykologisk, pedagogisk, sosial og økonomisk art har vært og er mangelfull, og tildels manglende. Der hvor hjelp har vært gitt, har den ofte vært preget av lite samarbeid og koordinering mellom de nevnte faginstanser og tilsvarende etater.

Denne innledning kan fortone seg som svartmaling, men historien er dessverre sann for svært mange klienter selv om det naturligvis også er svært menge unntak.

I de senere år har det både fra myndigheter og fagfolks side vært arbeidet systematisk med å rette på disse forhold. Overskriften for dette arbeidet er blitt "habilitering".

Hva er habilitering ?

"Habilitere" kan vi oversette med å "dyktiggjøre". I praksis betyr det at vi ved hjelp av alle gode krefter både i familien, i samfunnet generelt, og fra fagfolks side arbeider for at disse barna skal få utvikle seg best mulig utfra sine forutsetninger. Vi har med barn å gjøre som skal erverve seg ferdigheter og funksjoner de aldri har hatt, derfor begrepet habilitere. Hos voksne mennesker som har fått en skade eller sykdom med funksjonshemning til følge snakker vi i stedet om å rehabilitere. Her skal ferdigheter og funksjoner opparbeides pånytt.

Habiliteringsbegrepet har også fått et videre innhold etterhvert som man har forstått at kreftene må samles for disse klienter. Det er ikke tilfredsstillende at de ulike fagfolk og etater arbeider hver for seg. Habilitering innebærer i videre forstand at innsatsen for og med de funksjonshemmede barn og deres familier må effektiviseres og samordnes.

Den kjede av nødvendige tiltak som trengs er tema for denne artikkelen.

Funksjonshemning - handicap

Jeg vil først presisere noen begreper. Et barn kan under svangerskapet, fødselen, eller i tidlig barnealder ha fått en sykdom eller skade. Følgen av sykdommen eller skaden kan bli en funksjonshemning. Konsekvensen av funksjonshemningen, individets handicap, avhenger naturligvis av hvor alvorlig funksjonshemningen er, men også av hvor god behandling og hjelp individet kan få, og av hvordan omgivelsene legges til rette for en best mulig funksjon. Et greit eksempel: Et barn med ryggmargsbrokk er tverrsnittslammet og sitter i rullestol, og er naturligvis alvorlig funksjonshemmet. Dette barnets handicap avgjøres dog i stor grad av om bolig og offentlige bygninger i kommunen er innrettet for rullestolbrukere. Hvis så er tilfelle blir vedkommendes handicap lite, i forhold til steder der forholdene ikke er lagt til rette for rullestolbrukere.

Jeg bruker så mange ord på disse ting for å klargjøre at habilitering innebærer tiltak som må settes inn både mot klient og omgivelser for å bedre funksjonen og minske handicap. Dessuten tror jeg det bedrer vår evne til å tenke og handle rasjonelt når vi har denne tredelingen i punkt:

1: Sykdom/skade
2: Funksjonshemning,
3: Handicap.

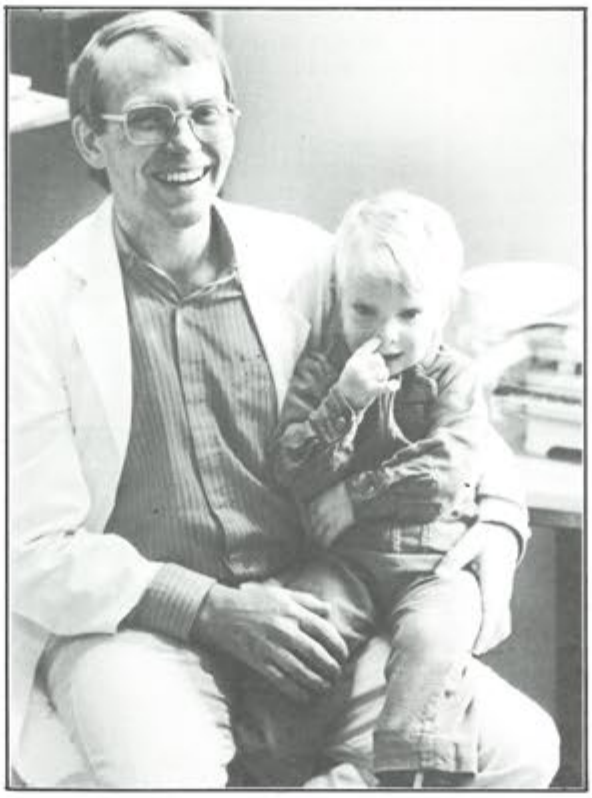
Dette er dessuten en inndeling som brukes i internajsonal litteratur.

Ansvaret

Ansvaret for habilitering av funksjonshemmede barn ligger på kommuneplan. Dette går klart frem både av kommunehelseloven, skoleloven og sosiallovene. Selv om både det faglige og praktiske ansvar ligger i 1. linjetjenesten, vil det dog i svært mange tilfeller være nødvendig og ønskelig med assistanse fra både

□Ole Sverre Haga

Ole Sverre Haga er pediater og virker som spesiallege ved Fylkessjukehuset i Nordfjord.



sk syke
le barn

2. 3. og 4. linjetjenesten. For oss på medisinsk side i dette arbeidet betyr det at det fra kommunehelsetjenesten, når det er nødvendig, bes om hjelp fra barneavd. i fylket (2. linjetjenesten), eventuelt fra universitetsklinikkene (3. linjetjenesten) og i helt spesielle tilfeller også få hjelp fra institusjoenr med landsfunksjon som f.eks. Statens Senter for Epilepsi, Voksentoppen Allergi Institutt osv. (4. linjetjeneste).

Det må dog understrekes hele tiden at habiliteringsarbeidet begynner og slutter der klienten bor.

Både for klient og familie vil kombinasjonen av faglig god hjelp, og best mulig oppfyllelse av prinsippene om nærhet, tilgjengelighet, kontinuitet og samordning fra hjelpeapparatets side være utslagsgivende.

Habiliteringsarbeide er utpreget tverrfaglig og tverretatlig, og er et arbeid som krever dynamisk tenkning og evne og vilje til mangefasettert arbeid.

Behovene

For både klient og hans familie vil behovene for hjelp og innsats fra andre variere gjennom livet. Vi kan jo se på et tenkt livsløp for en funksjonshemmet.

En funksjonshemning kan være åpenbar fra fødselen, og den medisinske diagnostikk kan være enkel. Andre ganger ser det ikke ut til å være noe galt, men tvil og usikkerhet kan melde seg f.eks. på helsestasjonen ute i 1. leveår en tid. Den diagnostiske tvilsfase kan være kort eller lang, og mer eller mindre ubehagelig å komme gjennom for det medisinske fagpersonell, idet utviklingsvurdering og prognosemakeri er vanskelige arbeidsoppgaver og preget av usikkerhet. I denne fasen bør vi medisinere vokte oss vel for å uttrykke sikkerhet der vi egentlig er usikre. Foreldrene gjennomskuer uansett denne usikkerheten, og mistillit kan oppstå. Foreldrene har en vond og vanskelig tid i en slik tvilsfase, og legers uttalelser om barnet kan klebe seg fast for livet i denne fasen. Svært ofte finner vi ingen diagnose, og må avfinne oss med det etterhvert. Informasjon hele tiden til foreldrene er naturligvis essensielt. Behandling allerede ved mistanke om at det foreligger en funksjonshemning må vi være beredt til. Fysioterapeuter, pedagoger, psykologer blir etterhvert viktige behandlere. Etterhvert blir "behandlingsfasen" en hovedoppgave i habiliteringsarbeidet, og det gjelder både behandling av klienten og eventuelt familien, men også "behandling" av miljøet rundt klienten, f.eks. tilrettelegging i barnehager, skole, og i det fjernere miljø. Foreldrene vil trenge avlastning eller avløsning, heimehjelp og husmorvikarordninger kan bli det som får famlien til å "overleve", og foreldreforeninger for funksjonshemmede kan tilføre familien hjelp som fagfolk ikke har forutsetninger for å gi. Bevisst integrering blant de såkalt "normalfungerende" må være en ledetråd fra første stund. Likevel kan klienten ofte få behov for personlig støtte og kontakt gjennom såkalt "støttekontakt" . Også de funksjonshemmedes søsken må ikke glemmes i helhetsibldet. De kan nok bli lidende ved at en funksjonshemmet bror eller søster krever så mye av foreldrene, kanskje får de seg pålagt for stort medansvar for den funsjonshemmede familiemedlem. Økonomisk hjelp til familiene gis for det første gjennom Rikstrygdeverkets stønadsordninger, og disse er like for hele landet. Ulike ytelser som oppnås ulike steder, skyldes ikke ulike regler, men ulik tolkning av disse, delvis at leger og sosialkontorer skriver erklæringer av meget ulik kvalitet. Her bør legene merke seg at det viktigste for å sikre klientene deres rettmessige ytelser ikke oppnås ved å beskrive diagnoser, men å beskrive funksjonshemninger og de konsekvenser den har gjennom døgnets timer og ukens dager. Trygdeerklæringen skal ikke være en medisinsk journal, men en kartlegging og beskrivelse av hjelpebehov.

Kommunalt ansvar

I motsetning til Rikstrygdeverkets ytelser er de økonomiske ytelser fra den enkelte kommune meget ulike landet rundt. Her kommer kommunale prioriteringer inn for fullt. Jeg kan nevne at Oslo kommune har prioritert avlastning og støttekontaktordningene meget høyt og mener å ha øket familiens mestringsevne, og de funksjonshemmedes livskvalitet gjennom disse satsninger. Vi fagfolk som ikke selv har opplevd strevet med funksjonshemmede har lett for å glemme den konstante belastning foreldrene er utsatt for gjennom bekymringer, arbeidskrevende omsorg, og det generelle press som er der hele tiden ved at barnet skal passes, det trenger tilsyn og aktivisering og hjelp. Vi kan også lett glemme at mange funksjonshemmede barn stadig må dyttes på/stimuleres for å komme videre i sin utvikling, mens friske barn stort sett krever av oss det de har behov for. På den annen side er det en balansegang mellom stimulering og overstimulering, og også her er det familiene som må finne ut av det?

Nok en ting vi har lett for jå glemme er at såkale ressurssterke foreldre også trenger avlastning, støtte, og fri (med god samvittighet) for at de skal fortsette å være ressurssterke.

Utdanning av personell til å beherske habiliteringsarbeidet blir viktig i årene som kommer. Samtidig er det klart at hver kommune ikke kan ha spiss-kompetanse på alle fagområder. Interkommunale løsninger kan tilstrebes i mange høve. Reisevirksomhet ved fagfolk fra sentrale institusjoner til kommunene ser det kanskje ut til at Rikstrygdeverket vil kunne dekke med tid og stunder. For tiden prøver man et slikt opplegg i Nordland fylke.

Foreløpig er det nok de fleste steder mange "missing links" i kjeden av tiltak som trengs i habiliteringsarbeidet.

Behandling - samarbeid

I den direkte behandling av barna er som regel tidlig hjelp den beste hjelp, men tiltakene må tilpasses de nevrofysiologiske forutsetninger som barnet i øyeblikket har. Dette krever faglig kompetanse å vurdere.

Her er det samtidig på plass å advare mot den pessimisme man av og til møter blant fagfolk når man får barn sent til behandling. Vær heller optimister, det er aldri for sent å hjelpe, men vi må bestrebe oss til å bli flinkest mulig til å hjelpe i rett tid.

Det er viktig å understreke at alle funksjonshemmede er ulike, og for å hjelpe i det enkelte tilfelle må vi derfor ha en handlingsrekke som begynner med å samle data om klienten, analysere disse, og utfra dette formulere målene med behandlingen, utarbeide planer for denne, og så iverksette de konkrete tiltak.

Mange typer fagfolk må samarbeide om habiliteringsarbeide. Det gjelder på alle nivåer, både kommunale, fylkeskommunale, og det regionale nivå. Personlig har jeg i de senere år fått stor sans for fysioterapeuters og spesialpedagogers innsats. Forøvrig er det nesten fristende å si at ingen er nevnt og ingen er glemt.

Hjelpemiddelsentral

I de senere år ha stadig flere fylkeskommuner fått sine hjelpemiddelsentraler som er selvstendige institusjoner som har til oppgave å formidle tekniske hjelpemidler av et hvert slag. Databasert teknologi må her nevnes spesielt fordi det allerede har bevist sin store nytte i habiliteringsarbeidet både når det gjelder barn med funksjonshemninger og barn med lærevansker.

HVPU

Stortingsmelding nr. 67 (1986-1987) som omhandler "Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma" passerte statsråd 05.06.87. Dette er blitt en meget lesverdig stortingsmelding for alle som interesserer seg for eller befatter seg med habilitering av barn. Den beskriver og trekker opp grensene mellom habilitering på de forskjellige nivår, og for de som sitter i kommunehelsetjenesten vil beskrivelsene fra noen kommuner i Norge være meget instruktive og lærerike, spesielt må her beskrivelsen fra Meland kommuen nevnes. Selv om det her dreier seg om spesielt psykisk utviklingshemmede, kan mye av det samme sies også om andre funksjonshemninger av mer isolert natur.

Områdepediatri

Personlig har jeg erfaring med habiliteringsarbeid i Nordfjord der jeg selv regelmessig 4 ganger pr. år besøker hver kommune og samarbeider på helsestasjonene med stedets helsesøster, kommunelege, fysioterapeut, spesialpedagoger, psykolog etc (Områdepediatri). I nevnte stortingsmelding er også habiliteringsarbeidet som drives i Gloppen kommune i Nordfjord spesielt beskrevet.

Til slutt:

Barn har generelt få talsmenn for sine interesser i samfunnet, og funksjonshemmede barn har enda færre. Vil vi gjøre noe med det?■

Referanser:

Stort.meld. nr. 67 (1986-87) "Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemma".

"Habilitering av barn". Innstilling fra Norsk pediatrisk selskap (NPS) april -81.

Medisinsk attføring. NOU 1980:47

Habilitering av kronisk syke og funksjonshemmede barn. Memorandum fra NPS 1987.

Områdepediatri. Innstilling fra NPS 1981

Ingstad , Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet. Rapport nr. 9/1983. Gruppe for helsetjenesteforskning Fylkeslegen i Aust - Agder (Kristin Skielderup Mathisen).

Undersøkelse av hjelpeapparatets tilbud til f.hemmede barn og deres familier. Arendal 1985

Nilsson D. Barn og unge med spesielle behov. Gyldendal norsk forlag 1984

Boka om f.hemninger. RTV i samarbeid med FFO, Gyldendal 1984.

Handlings-programmer i allmennpraksis

Michael F. De Vibe

Michael F. De Vibe er uteksaminert i Cardiff -76. Allmenpraktiker fra -82. Med i NSAM's referansegruppe for diabetes og medforfatter i handlingsprogrammet for diabetes. Adr: Blomsgt. 1, Skien.

Definisjon

Et handlingsprogram er en fast utarbeidet strategi for hvordan man skal diagnostisere og behandle pasienter med en viss sykdom. Det skal være et arbeidsredskap og skal forenkle og standardisere diagnostisering og behandling, og bør gi økt helseutbytte i forhold til innsats.

Handlingsprogrammer er ikke noe nytt. Diagnostiske og terapeutiske rutiner har eksistert helt fra oldtidens medisin. All problemløsning forutsetter forenkling og standardisering. Det medisinske stadium dreier seg om formidling og reproduksjon av programmer. Det viser seg også i vår erstatningsrettslige stilling. Den som har forholdt seg "legeartis" - etter kunstens regler- er trygg. Det er ved feil i prosedyren og ikke ved resultatet at vi stilles til ansvar.

Hva styrer våre handlinger?

Pedagogene Lauvås og Handahl har satt opp en modell for det de kaller praksis-teori (se figur). Summen av våre etiske begrunnelser og våre teoretiske og praktiske begrunnelser bestemmer til enhver tid hvordan vi handler innenfor ytre gitte rammer. Når vår praksis-teori brukes fritt i kliniske situasjoner fører dette til store variasjoner. Rutle og Forsen fant f.eks. i 1982 at mens 6% av pasientene fikk medikamentell behandling hos en almenpraktiker, fikk 96% det hos en annen. Når det gjaldt sykemelding var spredningen fra 3 til 83% og bruken av lab. prøver varierte fra ingen til over 3 i gjennomsnitt. Denne variasjonen beskriver godt almenmedisinens dobbelte karakter. Den er både legevitenskap og legekunst.

Det er ikke lett for oss å sette grenser når vi står overfor pasienter som er avhengig av oss og de ressurser vi rår over. Det er viktig å vite at pasientens ønsker og vurderinger ikke alltid er rasjonell fundert. Janson fant i 1978 at 90% av de som blir undersøkt ville føle seg tryggere om de ble røntgenfotografert, uansett hva legen mente om behovet for en slik undersøkelse. Likeledes foretrakk pasienten oftere operasjon hvis de fikk høre at det var 90% overlevelse, enn hvis de fikk opplyst 10% dødsrisiko. Ved å gjøre pasientens ønske til vår eneste rettesnor blir det derfor vanskelig å sette fornuftige grenser for vår innsats.

Vi må ha mot til å gjøre feil

Den fullstendige utredning og perfekte behandling av den enkelte pasient eksisterer ikke. Den som vil ha alle sider av problemet klarlagt får aldri begynt å gjøre noe med det. Effektivitet forutsetter at en stanser i tide. F.eks. kan det være fornuftig å heve sannsynligheten for at en pasient har appendicit fra 50 til 70% før man opererer, men de færreste vil ha glede av at vi venter på resultater som gir oss 100% sikkerhet. Effektivitet i helsevesenet forutsetter derfor vilje og mot til å gjøre feil. Tilfeldige slurvefeil er uheldig, men risiko for feil må vi akseptere. Alle kliniske valg er valg mellom ikke perfekte alternativer. Det viktigste er at vi i arbeidet med den enkelte pasient og i utarbeidelsen av handlingsprogrammer velger bevisst og planmessig hvilke feil vi er villig til å ta risikoen på. Gjennmtenkte handlingsprogrammer kan her være til stor hjelp for oss.

Utvikling av handlingsprogrammer

Ifølge Hofoss er det visse prinsipper som er vesentlig for å komme frem til rasjonelle handlingsprogrammer. Det viktigste dekkes av uttrykket forventet verdi som er produktet av hvor verdifullt resultatet er, og hvor sannsynlig det er at en kan oppnå det. Fastlegging av forventet verdi setter oss istand til å velge det alternativet som gir størst netto helseutbytte. Valget bør iflg. Hofoss styres av følgende kriterier:

1. Skal tiltak settes iverk må nytten overstige omkostningene
2. Når målet kan nåes på flere måter, bør en velge det tiltak som gir mest helse i forhold til innsats.
3. Blant flere mål bør det velges som gir størst helsegevinst pr innsatsenhet.

De forutsetninger som ligger i vurderingene av mål, helsegevinst og omkostninger er vesentlige for utfallet, og vi må her være villige til å foreta et bevisst valg. Valgene må ikke oppfattes som endelige. Det som er mest lønnsomt å begynne med er ikke nødvendigvis mest lønnsomt hele tiden. At bevisste beslutninger er diskutable betyr ikke at de er uetiske. Verdien i en slik beslutningsprosess ligger i at premissene for våre valg blir kjent og kan diskuteres.

Ressursene er begrenset:

Til tross for jevn økonomisk vekst innen helsevesenet vil vi aldri kunne dekke alle behov. Den medisinske og teknologiske utvikling øker stadig gapet mellom det medisinsk mulige og det økonomiske realiserbare. Fordelingsproblemet lar seg derfor ikke unngå. Handlingsprogrammet kan være et viktig redskap for å styre ressurbruken slik at vår innsats gir økt helseutbytte. Dette gjelder også for oss i almenpraksis. Innenfor våre økonomiske rammer er det uheldig å følge prinsippet at det skal ytes ubegrenset hjelp til den foreliggende pasient. Uten prioritering av vår tid og våre ressurser blir det mindre tilbake til øvrige pasienter. Dette er spesielt viktig siden flere undersøkelser har vist at det er manglende sammenheng mellom sykelighet i befolkningen og legesøkning.

For at vi i almenpraksis skal kunne utvikle gode handlingsprogrammer er det nødvendig å evaluere vår virksomhet bedre. Vi må være villige ti å se på nytteverdien av det vi gjør. Videre må vi være villige til å bruke sannsynlighetsberegning i vårt daglige arbeide. Hvor ofte vil f.eks. en hypertensjonspasient ha et normalt urogram. Er det ut fra dette riktig å rekvirere rutinemessige urogrammer i hypertensjonsutredning? Den måten vi uttrykker sannsynligheter på er også ofte upresis. Forsøk har vist at ord som ofte og sjelden, betyr helt forskjellig prosentsats hos forskjellige leger. Robertsen viste i 1983 at noen leger mente 90% med ordet ofte, mens andre mente 20%. Vi bør derfor bli flinkere til å tallfeste det vi gjør der dette går an.

Vi må også bli mer kostnadsbevisste. Undersøkelser viser at vi generelt undervurderer kostnadene ved diagnostiske og terapeutiske prosedyrer. En undersøkelse fra USA viste at antall laboratorieprøver som legene bestilte sank med 29% når de sammen med svar på prøvene fikk tilsendt melding om hvor mange prøver de hadde bestilt og hva dette kostet.

Når kan man bruke handlingsprogrammer i allmennpraksis?

Det er mange begrensninger i almenmedisinens natur som gjør bruken av handlingsprogrammer vanskelig, slik Øystein Pedersen har beskrevet i Utposten nr. 6 1985. Tar man begrensningene i betraktning kan man sette opp visse forutsetninger som å være tilstede.

1. Problemet må være klart definert og avgrenset.
2. Det må være rimelig enighet om diagnose og behandling.
3. Løsningsmulighetene må være klarlagt.
4. Konsekvensen av de forskjellige løsningsmulighetene må være kjent.

Ellers vil handlingsprogrammet lett bli et kart som ikke stemmer med terrenget - Videre er det viktig å presisere at handlingsprogrammet må være veiledende, ikke obligatoriske. Det skal fungere som rettesnor i vanlige tilfeller. Det er også viktig at handlingsprogrammer ikke betyr nei til videre forskning og utvikling. Evaluering er nøkkelordet her.

Visse kroniske veldefinerte sykdommer som krever store samfunnsressurser egener seg derfor best for handlingsprogrammer. Hypertensjon og diabetes er de som i første rekke peker seg ut. Standardisering av hypertensjonsbehandling har ressursmessige implikasjoner. Waaler viste i 1978 at en senkning av behandlingsgrensen for hypertensjon med 5 mm ville øke behandlingskostnaden med 150 mill. pr. år. Den eneste påviste effekt av behandling av mild og moderat hypertensjon er en reduksjon av ikke fatale hjerneslag på et tilfelle pr. 850 behandlede pasienter pr år. Er det ut i fra dette riktig å behandle disse pasientene? Når det gjelder diabetes har Kristian Midthjell i ein Nord-Trøndelagsundersøkelse funnet store variasjoner i diagnose og behandling. Da vi vet at god blodsukkerkontroll forebygger langtidskomplikasjoner og bedrer livskvalitet, vil et rasjonelt handlingsprogram her ha stor betydning. Ved utredning og oppfølging av angina og infarktpasienter, asthmatikere og allergikere, samt kontroll av cancerpasienter vil også handlingsprogrammer være hensiktsmessige.

Som avslutning vil jeg som Hofoss at den kliniske frihet er ikke død. Den har aldri eksistert. Alle våre beslutninger og valg mellom grenene på et beslutningstre, også de som skjer uten at vi har et klart bilde av treet. En større bevissthet om våre beslutninger kan rense vår hverdag for mye tilfeldig subjektivitet og øke effekten av vårt arbeide. En

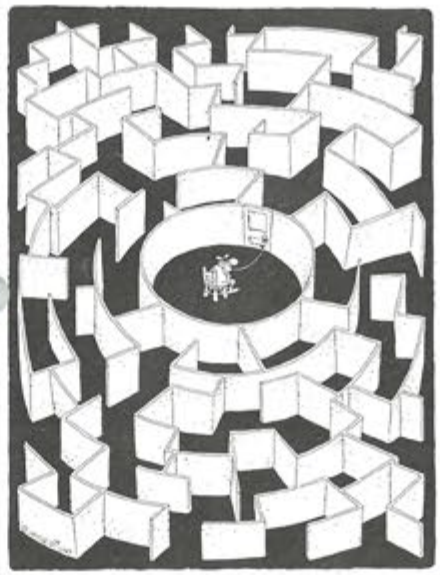
riktig bruk av handlingsprogrammer vil derfor være til stor hjelp for oss■

Referanser:

Hofoss D: Behandlingsprogrammer-klinisk frihet og helsepolitisk ansvar, SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo-rapport nr. 5 1984.

Magne Nylenna: Utposten nr. 6 1985 Årgang 14, 156-157

Øystein Pedersen: Utposten nr. 6 1985, Årgang 14, 164-167.



□Solrun Straume

Solrun Straume, avdelingsoverlege
Revm. avd. Sentralsjukehuset,
Sogn og Fjordane, 6800 Førde.

Hva innebærer henvisning til annenlinjetjenesten med hensyn til styringsrett og ansvar overfor pasienten?

■

En grenseoppgang mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å kunne

- planlegge utvikling av helsetjenesten,
- for å kunne drive målrettet undervisning,
- for å bedre effektiviteten i helsetjenesten,
- og for å gi tryggest mulig omsorg for pasienten.

Spesialisthelsetjenesten er et fylkeskommunalt anvar, mens primærhelsetjenesten er kommunal. De siste 15 år har det vært arbeidet aktivt politisk for å spre spesialisthelsetjenesten utover landet, slik at den kunne bli et reelt tilbud til hele befolkningen. Størst virkning hadde et forbud vedtatt av Stortinget i 1980 mot fri etableringsrett av spesialistpraksis.

I 1983 ble dette forbudet opphevet. Men etablering av spesialistpraksis forsøker man nå å kontrollere ved regulering av stønadsordninger fra folketrygden. Likevel har strømmen igjen snudd mot ny sentralisering. Den nye stillingsstrukturen for leger og sentralisering av spesialistutdannelsen har virket i samme retning.

Primærlegen må ha best mulig kunnskap innenfor det aktuelle samarbeidsområdet mellom spesialist og primærlege. En undervisning rettet mot dette samarbeidsområdet er derfor nødvendig for å legge grunnlaget for et godt samarbeid. Slik undervisning må foregå fra alle medisinske spesialfelter til primærlegene. I Sogn og Fjordane har vi 15 medisinske spesialiteter representert. ▶

Noen helseproblem løses best i primærhelsetjenesten, mens i andre tilfeller vil målrettet utredning og eventuelt igangsetting av behandlingstiltak foregå betydelig raskere og mer rasjonelt hos spesialist. - Men også i det siste tilfellet må dette skje i samarbeid med primærlege. Det må således foreligge en henvisning til spesialist fra pasientens primærlege med opplysninger om hvorfor pasienten henvises. Derved kan det ordnes en venteliste der det taes hensyn til karakteren av pasientens problem, og konsultasjonen kan planlegges ved f.eks. bestilling og samordning av tilleggsundersøkelser. Ved at man har litt ventetid før pasienten kommer til konsultasjon, kan man sikre god utnyttelse av vedkommende spesialist sin tid og god utnyttelse av serviceavdelingenes kapasitet. Ved grundig planlegging av hver konsultasjon kan man også redusere antall konsultasjoner hos spesialist og korte ned tiden på sykehusopphold.
Det etableres allerede ved henvisning et samarbeidsforhold mellom henvisende lege og vedkommende spesialist, slik at oppfølging av undersøkelser og - eller behandlingstilbud kan bli en samarbeidsoppgave.

Ansvaret for ressursutnyttelsen i spesialisthelsetjenesten må ligge hos lederen for den enkelte spesialavdeling. Hos denne lederen må også ansvaret for registrering av behov av den aktuelle helsetjeneste og planlegging for eventuell videre utbygging av faget. I det område tilbudet skal dekke. God kontakt med primærhelsetjenesten er igjen nødvendig for å ivareta disse funksjonene.

Et samarbeid med primærleger og spesialist er viktig for pasienten, da et menneske er en helhet og dette menneske en del av et samfunn. En sykdom i et organ influerer på mange felter, og behandlerne må kunne se helheten. Som eksempel vil jeg nevne at en diabetiker
- må få behandlet sin diabetes samtidig som han
- får amputert et ben pga. koldbrann
- få tilpasset protese
- få behandling for eventuelle fantomsmerter og
- få igangsatt ombygging av hus og bil
- eventuell tilrettelegging av forholdene på arbeidsplassen.

Mange spesialister blir koblet inn. Men ved problemløsningen er pasientens totale problem viktig, og løsningen av delproblem må foregå samordnet.

Alle som deltar i behandlingen må være klar over hvor det medisinske ansvar og koordingering av problemløsningene ligger.

Medisinsk ansvar for sykehusinnlagt pasient ligger hos avdelingsoverlege ved vedkommende avdeling.
Medisinsk ansvar for sykehjemsinnlagt pasient ligger hos tilsynslege. Medisinsk ansvar for "poliklinisk" pasient ligger hos pasientens primærlege. Kun delansvar ligger hos spesialist. Der pasienten har poliklinisk kontakt med spesialist, har spesialisten ansvar for adekvat undersøkelse av det aktuelle henviste problem og for å ta stilling til om det foreligger behandilngsbehov for det aktuelle problem. Spesialisten har også ansvar for igangsetting av behandling, og oppfølging av behandlingstiltak.

Hos pasienter med revmatisk sykdom eller mistanke om slik sykdom er følgende områder primærlegens oppgaver:
- Henvisning til spesialist ved behov.
- Oppfølging av pasienter uten medikamentell behandling behandling eller bare NSAID
- Oppfølging av spesifikt antirevmatisk behandling.

Følgende områder ansees som spesialistoppgaver:
- Diagnostisering av sykdom og pasientinformasjon om sykdommen
- Igangsetting av spesifikk antirevmatisk behandling og henvisning til andre spesielle behandlingsformer
- Oppfølging av spesifik antirevmatisk behandling■

(—Dikobraz)

Eas

Magne Svaland
Sande i Vestfold

t of Bombay

Vi var fem nordmenn, hvorav tre leger, som dro til India på tverrfaglig helsekonferanse. Konferansen ble holdt i Panchgani 15 mil fra Bombay, 1300 m.o.h.
En av foredragsholderne var dr. Arole. Han fortalte om et landsbyprosjekt som han ledet: "Comphrehensive Rural Health Project, Jamkhed".
Det han sa ga oss lyst til å ta dette prosjektet nærmere i øyesyn. Det jeg så i prosjektområdet, hadde jeg som samfunnsmedisiner i Norge nytte av, og jeg har lyst til å dele opplevelsene med andre.

■

Av Indias over 700 mill. innbyggere bor 80% i landsbyer. Mens India var britisk koloni, var det offisiell politikk å la landsbygda ligge urørt. Dette var en politikk som også var rådende før og etter at engelskmennene hersket i landet. Det sies, og med en viss rett, at det ikke har skjedd noe på den indiske landsbygda de siste 1000 år. I dagens India utdannes det mye helsepersonell. India har f.eks. 1 lege pr. 3000 innbyggere. Men så og si alle helsearbeiderne havner i byene. Den indiske regjering gjør intet for å legge forholdene til rette slik at nyvinninger innen medisinen kommer hele befolkningen til gode. Svært få slår seg frivillig ned i et område av landet hvor det ikke finnes slike goder som i byene med drikkevann, undervisningstilbud for barna etc.

Raj og Mabel Arole var begge leger. De var unntak fra denne hovedregelen. I løpet av studietiden bestemte de seg for at de ville tilbake til landsbygda. De valgte ut et område hvor myndighetene var spesialt positive, 26 mil øst for Bombay. Hovedbasen ble plassert i den lille byen Jamkhed. Den landsdelen som prosjektet med tid og stunder er tenkt å omfatte, huser ca. 2 mill. mennesker. Pr. idag, 15 år etter starten, omfatter prosjektet 175 landsbyer med tilsammen 200 000 mennesker. Området ligger i delstaten Maharastra. Denne delstaten er en av de fattigste i India, og det området som ble valgt ut er igjen det fattigste i delstaten Maharastra. Fattigdom skyldes først og fremst mangel på nedbør. Tørke er et tilbakevendende problem, og grunnvannet synker stadig.

PROGRAM

Det første de gjorde var å sette seg ned og gjennomdiskutere problemene i området sammen med lokale politikere. Handlingsprogrammet ble delt opp i tre hovedavsnitt:

Punkt A: Helse

Behandle akutte sykdommer i landsbyene
Kontroll av gravide
Undersøkelse av barn og vaksinasjon av barn
Forebygge infeksjonssykdommer
Helseopplysning
Familieplanlegging
Kontroll av kronisk syke (Lepra/TBC)
Rehabilitering av kronisk syke
Forebygge blindhet

Punkt B: Sosialt

Skaffe arbeid til alle
Fremme av jordbruk/husdyrproduksjon
Alternativ energi
Utdanning
Skogplanting

Punkt C: Holdninger

Styrke kvinnens stilling
Arbeide for å avskaffe kastevesenet
Lære befolkningen å jobbe sammen mot felles mål

Som vi ser defineres helse vidt i dette prosjektet. Det er landsbybefolkningens totale livssituasjon man tar sikte på å bedre. Oppgaven var enorm. Håpløs, sa kritikerne.

IVERKSETTING AV PROGRAMMET

To leger kunne ikke klare mye av denne oppgaven alene. Resultatene ville stå og falle på om man klarte å delegere oppgaver til andre. For å løse helseproblemene ble det satt inn ressurser på tre nivåer:

a) VHW (Village health worker)

I hver landsby ble det valgt en helsearbeider. Det var alltid en kvinne. Hun ble valgt av landsbybefolkningen, men ofte i samråd med legeekteparet. Disse helsear-

beiderne, som skulle jobbe i den landsbyen de kom fra, hadde ulik kastebakgrunn. Flere var kasteløse, men det var også representanter fra Bramir-kasten. (Kastevesenet er offisielt avskaffet i India for lenge siden, men som sagt innledingsvis har det ikke skjedd noe på landsbygda de siste tusen år, og her fungerer kastevesenet som tidligere).

De som var utnevnt til VHW gjennomgikk et kortvarig kurs på 1 uke i hovedsenteret Jamkhed. Etterpå fikk de begynne å praktisere i sin landsby. Imidlertid møttes alle VHW jevnlig i Jamkhed. Fra de nærmeste landsbyene 2 ganger pr. uke. De som hadde lengst vei, en gang hver 14. dag.

VHW hadde den viktigste oppgaven i dette prosjektet. De drev helseopplysning ved å fortelle hvor viktig det var å få riktig kosthold, de fortalte hvorfor en måtte koke drikkevannet, samt lede bort spillvannet slik at malariamyggen ikke skulle formere seg. De behandlet enkelte akutte sykdommer. (De hadde 13 medisinsorter, bl.a. penicillin). De innkalte de gravide slik at de kunne undersøkes av et mobilt helseteam ledet av en sykepleier. De assisterte ved hjemmefødsler hvor sykepleieren hadde bedømt at fødselen kunne skje hjemme. De sto for innkallingen av barn slik at disse kunne bli vaksinert av sykepleierne i det mobile helseteam. De drev familieplanlegging, de sto fro den daglige kontroll av lepra- og tuberkulose-pasienter som ble behandlet hjemme i sin egen landsby, ved å se til at de daglig tok sine medisiner. De spilte også en avgjørende rolle ved den holdningsskapende virksomhet de utførte. det var i seg selv revolusjonerende nytt at kvinner av ulik kaste kunne samles til de faste møtene i Jamkhed for å diskutere gjennom aktuelle problemstillinger samt helt konkret å arbeide sammen når de servertemat og te til hverandre ved slike anledninger.

Hver av disse 175 landsbyene hadde ca. 1 000 innbyggere. Det sier seg selv at disse kvinnene, VHW, også måtte ha hjelp til sitt arbeid. Etterhvert som befolkningen fikk tillit til kvinnene ved å se resultatet av det arbeidet de utførte, ble det etterhvert flere og flere som brant for de samme ideene. Det ble dannet "Womens'Clubs" og "Farmers' Clubs". Kvinneklubbene assisterte VHW med hennes praktiske oppgaver, men de betydde mest på det sosiale og holdningsskapende feltet. De arbeidet f.eks. aktivt for å fjerne medgiftssystemet, som bestod i at brudens familie skulle gi en gave til brudgommens familie. Dersom denne kontrakten ikke ble oppfylt, stod brudgommen fritt til å helle bensin over sin hustru og tenne fyr på henne. Da vi var i Jamkhed, overvar vi en hudtransplantasjon som måtte iverksettes som et resultat av denne skikk.

Kvinneklubbene sørget for at kvinnene fikk arbeid med å lage bastmatter, vesker etc. som kunne selges i landsbyene, slik at de ble mindre økonomisk avhengige av mannen. Dette var med på å høyne kvinnenes status. De arbeidet også for å gi kvinnene utdanning. Tradisjonelt var det b are et fåtall av guttene som gikk på skole. Sammen med mannsklubbene arbeidet de mot kastevesenet.

Fra gammelt av hadde man to brønner i hver landsby, en som lå på de kasteløses område utenfor bymuren og ens om de andre kunne ta drikkevann fra. I prosjektlandsbyene bygde man en god, dyp brønn som ble plassert på de kasteløses område. De som bodde innenfor murene måtte nå gå til de kasteløses område for å hente vann etter hvert som deres egen brønn ble tom på grunn av den synkende grunnvannstanden.

Manns- og kvinneklubbene var også aktive i alt som kunne bedre befolkningens totale livssituasjon, slik som å innføre nye kornsorter, nye krøtterslag ved krysning mellom indiske kyr og f.eks. Jersey-kyr, skogplanting som muligens på sikt kan bedre klimaet igjen, samt skaffe brensel og frukt. Bygging av biogassanlegg hvor kumøkk fra 4 kyr ga nok metangass til en husholdning, jobbet de også med.

Medlemmene i disse klubbene kom fra ulike kaster,men det var overvekt fra kasteløse og lavere kaster. Deres medlemmer ble nå den drivende kraft i den utvikling til det bedre man så i disse landsbyene.

b) Mobilt helseteam

Vi har allerede nevnt det mobile helseteamet ledet av en sykepleier. Foruten sykepleier hadde teamet alltid en sosialarbeider. Det var sykepleieren som sto for alle vaksinasjonene. Hun valgte også ut de som måtte inn til sykehus for å føde. Hun fulgte også opp kronisk syke pasienter med lepra og tuberkulose. (Tuberkulose var viktigste infeksjonssykdommen i dette området). Hun undersøkte også alle blinde og henviste de som skulle behandles, til lege.

Sosialarbeideren som fulgte med i teamet, var hovedperson ved rehabilitering av de kronisk syke. Leprapasientene behøvde ofte spesialsko, fordi de hadde deformerte føtter eller følelsen i føttene var borte. Dette for å unngå mer skade. denne tilpasningen av fottøy var det sosialarbeideren som sto for.

c) Helsesentrene

Det var et hovedsenter, i Jamkhed, og to mindre sentre, i prosjektområdet. Vi besøkte hovedsenteret hvor det var bygget opp et sykehus med 30 senger. Sykehuset hadde laboratorium, røntgenavdeling og operasjonsstue.
Den lørdagen vi kom til Jamkhed, hadde man foretatt en hysterectomi, en abdominaloperasjon, hvor pasienten hadde ilius p.g.a. sammenvoksninger etter betennelse i pelvis, et armbrudd, behandlet en mann som var bitt av slange, (slangebitt forekom daglig i dette området), samt ovennevnte hudtransplantasjon.

Sykehuset var bygget opp av aluminiumsplater. Byggesum kr. 180.000. Etter det vi kunne se, var den medisinske standarden høy ved sykehuset. Dr. Arole understreket at det var viktig å ha bedre resultater enn på de offentlige sykehusene i storbyene, som pasientene ellers måtte behandles ved. Det var viktig for å gi tillit til prosjektet og til han som ledet det. Det forstår vi enda bedre når vi hører at i India var holdningen den at dyktige leger slo seg til på sykehus i byene. Kun de som ikke dugde reiste ut på landsbygda. Det var for å bli tatt alvorlig at Raj og Mabel Arole reiste til Boston for å ta en medisinsk grad før de startet opp landsbyprosjektet. Da kunne ikke lenger kolleger så lett si at de var mislykkede leger som av den grunn reiste ut på landsbygda.

Typisk for sykehuset var det også at det hadde svært få sykepleiere og andre fagarbeidere. Alle pasientene hadde pårørende omkring seg, og de pårørende ble brukt til å stelle og lage mat til pasienten.

RESULTATER

For senere å kunne legge frem resultatene av helseprosjektet ble det ført nitid statistikk i prosjektområdet. Hovedsenteret i Jamkhed hade en indiskprodusert IBM-maskin hvor man punchet inn fødsler, dødsfall, vaksinasjoner o.s.v.

Barnedødeligheten hadde i løpet av 15 års-perioden gått ned fra 16% til 2-3%.
Tuberkulose og lepra hadde minket drastisk. Det kan her nevnes at antall leprapasienter i India i samme periode hadde økt. Også antall tuberkulosepasienter hadde minket mye sterkere enn ellers i India. Det viser klart det samme som vi alltid har lært, at i kampen mot tuberkulose er det ikke nok med medikamenter alene. Viktigere er høyningen av den generelle hygiene samt riktig kosthold. Det samme gjelder altså også lepra.

HOLDNINGSEFFEKTER

Barnetallet var gått betydelig ned i prosjektområdet i forhold til India forøvrig. Når du tidligere spurte en inder hvor mange barn han hadde, og han svarte han hadde tre, betydde det i praksis at han hadde tre guttebarn, jentene talte han ikke med. Som et resultat av at kvinnens stilling var blitt bedret, var det ikke lenger så nødvendig å få guttebarn. Landbyhelsearbeiderne arbeidet for at kvinnene skulle sterilisere seg etter at de hadde fått tre barn. Man hadde flere eksempler på at kvinner hadde latt seg sterilisere etter at de hadde fått tre pikebarn. Dette var utenkelig tidligere.
Vi besøkte en landsby hvor beboerne var i ferd med å rive bymuren som satte skille mellom de kasteløse, som bodde utenfor bymuren, og de innenfor.
Alle hentet vann fra samme brønnen.
Kasteløse og lavkastehelsearbeidere i landsbyene fikk slippe inn til syke og fødende av alle kaster.
Folk fra ulike kaster kunne arbeide og planlegge sammen. De gikk f.eks. sammen om å plante skog. I landsbyen vi besøkte hadde de plantet trær som måtte vannes i tørketiden de første 3 årene.
Medgiftssystemet forsvant.
Det ble mulig å rehabilitere pasienter med lepra og tuberkulose.
Tidligere var leprapasienter betraktet om urene som ikke hadde noen sjanse.

KONKLUSJONER

Så langt var man kommet frem til følgende konklusjoner:

a) Viktig med klare målsettinger og klare prioriteringer.
b) Satse på ressursene til folkene som lever i landsbyene, spesielt de fattigste og svakeste av dem.
c) Helsearbeiderne må være tilgjengelig til enhver tid i landsbyene.
d) Maksimal delegering til medarbeiderne, opptil det ytterste av det de kan klare.
e) Teamarbeid er viktig. Nært samarbeid med overordnede.
f) Legge vekt på sosiale forhold.
g) Villighet til å lytte til landsbybefolkningen og imøtekomme deres ønsker.
h) Helse er ikke det eneste behov landsbybefolkningen har.
i) Landsbybefolkningen er intelligente mennesker med stort potensiale.
j) Dersom befolkningen får mulighet, vil de utvikle seg på alle plan.

EGNE KONKLUSJONER

Jeg ble mektig imponert over ekteparet Arole. Det er ikke for ingenting at WHO har prisbelønnet prosjektet og pekt på det som en vei å gå for India og andre U-land. Det er intet annet enn fantastisk at to mennesker ved å disponere sine krefter riktig, kan klare å gjøre så mye for så mange.
De satte helseproblemene som skulle løses, inn i en helhetssammenheng, hvor ikke minst holdningene var av avgjørende betydning.
Jeg antar at vi har mest å lære av dette punkt i Norge. Vi befinner oss på et annet steg i den økonomiske utviklingen enn i prosjektområdet. Desto tydeligere ser vi hvor viktig helhetsvurderinger og holdninger er for befolkningens helse. Vi er etterhvert begynt å innse betydningen av helhetsvurderinger også i den offisielle norske helsepolitikken. Når det gjelder vilje og evne til å påvirke folks holdninger, ligger vi langt etter i Norge i forhold til det jeg så i dette landsbyprosjektet. Også i Norge er det endel hellige kuer som vi nødig vil avlive■

KONGRESSREFERAT

Knut Lindholm
Kommunelege i Hobøl

■

Første nordiske helseopplysningskongress i Helsinki 10. til 12. september 1987.

I forbindelse med WHO's program for Helse for alle år 2000, har de nordiske land i samarbeid arrangert den første helseopplysningskongress i Finland.
Fra Norge møtte 38 deltagere med ulike helsefaglig pedagogisk bakgrunn fra primærkommuner, fylke, stat og frivillige organisasjoner.

Første temaområde var perspektiv for nordisk helsearbeide. Det ble påpekt at WHO gjennom sitt program Helse for alle, har vært påvirket av de nordiske land i sitt arbeide. Nordens viktigste forutsetning for et godt forebyggende helsearbeid er lang tradisjon med kommunal forvaltning. Dette er et av største problem som u-land i dag strir med, fordi de ikke har noe forvaltningsorgan på lokalplanet til å videreføre nasjonale strategier. I de rike land er et av våre største problem at helsebudskapet ikke når ut til hele befolkningen og spesielt ikke til dem som har størst sykelighet og dødelighet. Ulikhetene i helse for ulike grupper i et samfunn eller mellom ulike land er et symptom på nasjonal eller global uhelse. De nordiske land er homogene, men med framvekst av nye subkulturer:
De syke blir sykere - de friske blir friskere.
Innvandrekulturer.
Endring av verdisystemer.

Dette første temaet ble på en ypperlig måte behandlet av sjefredaktør Håkon Hellberg fra Finland.

Neste tema var medieutviklingens betydning i helseopplysningen v/Universitetslektor Anker Brink Lund fra Danmark. Han forutså en del konsekvenser av mediesamfunnet. Vi får stadig flere og flere data, men ikke nødvendigvis bedret kommunikasjon. Den store informasjonsoverflod vanskeliggjør enkeltindividets mulighet for å søke det vesentlige. Til tross for skremmende perspektiver er det mulig å utvikle dialog mellom legfolk og eksperter ved pedagogiske og psykologiske prinsipper. Denne avdeling ble avsluttet av en presentasjon av helseopplysningsmateriell og videovisninger fra de ulike nordiske land. Det eksisterer i dag en rekke gode kortfilmer om kosthold, rusmidler, seksualitet og samliv, løsemidler, ulykkesforebyggelse, hjerte/kar sykdommer og flere. Problemet er vel ofte at disse er nasjonalt preget og må bearbeides ved bruk over landegrensene.

Neste hovedavsnitt var viet forholdet mellom individ, samfunn og helsebegrepet. Her hadde man funnet fram til ypperlige forelesere ved professor Dag Anckar fra Finland, erkebiskop John Vikstrøm fra Finland og universitetsrektor Inge Lønning fra Norge. Dette avsnitt var uten tvil hele kongressens høydepunkt og spesielt erkebiskop Vikstrøms innlegg om livsmodning og helse bidro til å sette hele WHO's helsedefinisjon inn i en større og meningsfull sammenheng. Denne definisjon er nyttig som en målsetting i mange sammenhenger, men kan også virke som en fjern utopi sett i frohold til dagens realiteter. Som et eksempel på hvordan mål gir mening satte Vikstrøm opp en tankerekke hvor det basale behov å "leve av" (having) fører videre til å "leve med" (loving) for å munne ut i begrepet "leve for" (being). Han formulerte en ny helsedefinisjon: "Helse er på relevant vis å reagere på livets realiteter". Dette er en helsedefinisjon for de svake som også kan ha mening i lidelsen.

Inge Lønnings foredrag om forventningskrise og beslutningskrise i helsevesenet vil i stor grad være kjent her hjemme etter den debatt som har gått i det senre om køproblematikk i helsesektoren. Lønning slo fast den lovmessighet det er i at større bevilgninger gir større etterspørsel etter helsetjenester. Helsevesenet er bygd opp etter modell fra den moderne bilindustri hvor forventningskurven er bygd så bratt at uansett budsjettstørrelse vil gapet mellom forventninger og tilbud stadig øke. Forventningskrisen avler en beslutningskrise som det haster å gjøre noe med. Vi må innse at dødeligheten i befolkningen fortsatt er 100% på litt sikt. Det vil derfor aldri bli mulig å løse de grunnleggende helseproblemer ved stadig økende bevilgninger.

Som alle kongresser var det også her en avdeling med workshops med en rekke aktuelle temaer. Størst oppmerksomhet vakte nok det norske bidrag "Ungdom", seksualitet og AIDS - holdningsendringer for hvem, helseopplyseren eller de unge". Ellers behandlet man tema som "Drama i helseopplysning", "helsefremmende tiltak i lokalsamfunnet", "helseopplysningens dilemma: Skade eller gagn for enkeltmennesket" og flere.

Siste avsnitt var viet WHO's strategi for helsefremmende arbeid i byer og tettsteder, det såkalte "Healthy cities". Man ble her presentert for de tre første nordiske byprosjekter innen området Helse for alle i år 2000. Foreløpig er ingen norske kommuner dratt inn i dette arbeidet.

Som helhet opplevdes kongressen meningsfull, nyttig og nødvendig som innføring i arbeidet Helse for alle i år 2000. Som kommunelege oppleves dette som en stimulans til fortsatt arbeid med etablering av kommunale helseopplysningsutvalg som kan se på arbeid mot rusgifter, samsykdommene, selvmordsproblematikk med mye annet i et nytt lys■

Symptom-råd-tiltak

Inger Marie Steinsholt
Kongsberg

Bertil Marklund: Symptom-råd-tiltak. Gyldendal 1983. Oversatt og bearbeidet av Marit Langfeldt Ege
Bertil Marklund: Nya Symptom-råd- åtgard. Halso- och Sjukvårdsdata 2 utgave 1986

De siste årene har det vært økende interesse for den rolle almenlegens medarbeider spiller for kvaliteten av almenpraksis. APLF arrangerer årlige kurs for "Legen og medarbeideren." I de almenmedisinske utdanningsgrupper er en temakveld viet dette emne. Flere steder har medarbeiderne dannet lokale grupper, og det arrangeres kurs.

Det er ingen tvil om at medarbeidernes faglige kunnskaper og fremtreden overfor pasientene er at svært stor betydning. De møter pasienten først, og måten dette skjer på kan være avgjørende for det videre forløp. De skal vurdere hvor akutt en henvendelse er, om lege bør koples inn umiddelbart, eller om det kan vente, evt hvor lenge. Videre vil en medarbeider kunne gi enkle råd uten alltid å gå veien om legen. Om, og evt i hvilken utstrekning dette bør gjøres er bl.a. avhengig av vedkommende kunnskap og erfaring. Flere legegrupper har møter for sine medarbeidere med mer systematisk opplæring for øyet. Spesielt antaes dette å være viktig i en flerlegepraksis der kontakten mellom medarbeide og lege i det daglige ofte blir tilfeldig og usystematisk. I en liten praksis med kun et par medarbeidere vil nok forholdene ligge langt bedre til rette for en kontinuerlig utdannelsesprossess i det daglige arbeid.

Bertil Marklunds bok kom 1. gang i 1981. Grunnmaterialet var forfatterens undervisning av "vårdpersonalet" i Vanersborg, Sverige. Den første utgaven er oversatt til norsk og utkom i 1983. Det foreligger nå en ny svensk utgave (mai 1986). Den nye utgaven er betraktelig utvidet (122 vs 224 sider) og tildels omarbeidet. Det norske forlaget opplyser at det har vært svært liten interesse for den norske utgaven, og at det foreligger ingen planer om å oversette 2. utgave til norsk. 1. utgave tar utgangspunkt i en lang rekke symptomer (svimmelhet, hoste, snue, barn med utslett osv.) Det gies først en generell omtale av symptomet, vanlige årsaker, varselssignaler når symptomene kan være tegn på en alvorlig tilstand, og litt om hvilke råd man kan gi pasienten. Så følger en algoritmisk oversikt ("flow-chart") over hvordan medarbeideren skal forholde seg, basert på en omfattende og detaljert utspørring om pasientens symptomer.

Den nye utgaven har først fått et kapittel om selve pasientmottak funksjonen. Inndeling forøvrig går i større utstrekning på diagnosegrupper enn i 1. utgave (barnesykdommer, ledd/skjelettbesvær, hudbesvær osv) med et generelt om øvrige besvær til slutt. Noen av kapitlene er delt inn etter diagnoser (f.eks. finner man under "hudbesvær" både acne, flatlus, fotsopp og mye, mye annet), mens andre inndeles symptomatisk (f.eks. finner man undergrupper som "nakkebesvær" under ledd- og skjelettbesvær.) Algoritmeskjemaene er i det vesentlige uforandret, men det er kommet endel nye til. Sm i 1. utgave har de en bred plass. I siste utgave er det imidlertid plassert på motstående side, parallellt med teksten, i stedet fór i eget avsnitt til slutt. Dette forenkler oversikten betraktelig. Råd om selvhjelp er samlet i egne avsnitt, også en opplagt fordel.

Meningen med boka er å bruke den i praktisk pasientarbeid. Jeg vil tro at brukt på denne måten re boka mindre egnet for norske forhold. En så presis og detaljert utspørring av pasientene før vedk. slipper inn til legen vil lett kunne virke som et kryssforhør, og passer dårlig med de tradisjoner og idealer vi har i norsk almenmedisin.

At almenpraktikerdekningen i Sverige er under halvparten av vår betyr nok noe i denne sammenheng. Medarbeiderne må ha et større ansvar, og arbeide mer selvstendig enn vi er vant til. Om dette er ønskelig er en annen diskusjon. Norske praksismedarbeidere er en heterogen gruppe utdannelsesmessig sett. Noen få er sykepleiere. Umiddelbart er det nok slik at boka egner seg best for dem. Men jeg tror at medarbeidere av alle kategorier vi ha glede av å lese den, og noe nytte også. Den inneholder greie oversikter, gode praktiske råd, og nyttige vink om faresignaler på alvorlige medisinske tilstander. Man må bare ikke bruke den for bokstavelig og gjøre det klart for medarbeiderne at det ikke er meningen de skal kunne alt som står i boka. Den KAN bli et farlig redskap i hånden på en ukyndig medarbeider som er redd for å bry legen! Dessuten tror jeg man skal ta en diskusjon på viktigheten av å bruke pasientrettet metode, og kryssforhør, som alment prinsipp i møte med pasienter, også i resepsjonen. I det hele tatt er det mye stoff i denne boka som vil egne seg utmerket som utgangspunkt for møter og diskusjoner mellom lege og praksismedarbeidere, og bare det er en god grunn til å anskaffe boka. Hvilke man skal velge må bli en smaksak. Den norske utgaven er bearbeidet for norske forhold, den er kort, og de lange skjemaene i slutten av hvert kapittel gjør den noe uoversiktlig. Den nye utgaven er mer interessant, her står mer, den er også langt mer oversiktlig. Men den er altså svensk, og bærer preg av det. Hovedsaken er dog at her en bok som er rettet til våre medarbeidere, som tar deres yrkesopplæring og funksjon alvorlig. Bare det er nok til å gjøre det til en viktig bok som vi ikke bør overse!

(-Dikobraz)

God økonomi å gi primærlegen gode arbeidsforhold

Ingvar Stokstad
Kommunelege i Nord-Aurdal,
2900 Fagernes

Thorsvik D. Forseth U, Petersen SØ. Forskjellger i bruk av sykehustjenester i Nord-Trøndelag. Gruppe for helsetjenesteforskning 1986; Rapport 2.
Thorsvik D. Primærhelsetjenesten og sykehusforbruket. En analyse av årsakene til forskjellene i forbruk av sykehustjenester i Nord-Trøndelag. Gruppe for helsetjenesteforskning 1986; Rapport 5.

Nord-Trøndelag har to fylkessykehus med relativt klart definerte dekningsområder. Det har lenge vært kjent at det har væt store regionale forskjeller i bruk av sykehustjenester innen fylket. Norsk Institutt for Sykehusforskning (NIS) har tidligere arbeidet med å kartlegge dette forholdet. de foreliggende rapporter er resultatet av et samarbeidsprosjekt mellom NIS og SIFF's Gruppe for helsetjenesteforskning (GHF). Initiativ til dette arbeidet kom fra Nord-Trøndelag fylke og hovedmålsettingen har vært å klarlegge årsakene til variasjonene i forbruksmønsteret. Resultatene har generell interesse da flere fylker har de samme problemene samtidig som de foretatte undersøkelser også kaster lys over andre viktige sider ved helsetjenesten generelt.

Et tjuetalls mulige forklaringsfaktorer på den kommunevise variasjon på bruk av sykehusinnleggelser ble analysert. Følgende sikre sammenhenger ble påvist:

1. Hvilket sykehus kommunen tilhørte.
2. Gjennomsnittlig antall år i almenpraksis for primærlegene i kommunen.
3. Omsorgstilbudet for de eldste.

At god sykehjemsdekning er med på å redusere behovet for sykehusinnleggelse hos de eldste, er neppe overraskende. Det forbauser heller ikke at høy sengefaktor ved et sykehus medvirker til høyere forbruk i de tilhørende kommuner. Derimot synes jeg det er gledelig og uhyre viktig at det har vært mulig å påvise nytten av erfaring fra almenpraksis når det gjelder ressurstyring av denne karakter. De med lengst erfaring la inn færrest pasienter og -viktig i denne sammenheng - "de riktige pasientene". Det ble ikke påvist sammenheng mellom legedekning og innleggelsesfrekvens, men primærlegenes erfaring fra den kommune de arbeidet i ga klart utslag. Jo lengre de hadde arbeidet i en kommune, jo færre innleggelser synes det å være fra denne kommunen.

De utførte undersøkelser taler også for et godt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og sykehus er viktig for forbruket av sykehustjenester. Mange vil hevde ta dette er selvinnlysende, men det er likevel nyttig å få det best mulig dokumentert. Kontakten mellom primærlegene og sykehusene er fasettert. Viktige elementer i samarbeidet synes å være kjennskap til det lokale sykehus basert på tidligere tjeneste, regelmessige møter og åpne gjensidige kontaktkanaler. Bruk av poliklinikkene er også analysert. Også for bruken av disse finnes store kommunevise variasjoner, men med et noe annet mønster enn for innleggelser i sykehus. Jo lengre pasientene bodde fra sykehuset, jo mindre ble poliklinikkene benyttet. Det var særlig kontroller og øyeblikkelig hjelpkonsultasjoner som varierte på denne måten. Det antydes at ca. 15% av den totale konsultasjonsmengden kunne vært tatt hånd om av primærlegene og at de to vertskommunene for sykehusene hver sparer et legeårsverk ved at disse utfører primærlegetjeneste. Rapportene omtaler også tverrsnittsundersøkelser av pasientbeleggene ved Innherred og Namdal sykehus med angivelse av blant annet andelen pasienter som ble vurdert til å være unødvendig innlagt. Selv om tillfesting av slike forhold må vurderes med forsiktighet, er det klart at dette representerer en betydelig utfordring til primærhelsetjenesten. Et annet spørsmål er hvorfor sykehusene trenger flere dager til utredning før såkalt unødvendig innlagte pasienter utskrives dersom det er rene medisinske feilvurderinger hos primærlegen som ligger bak innleggelsen. Han har jo som oftest måttet ta sin beslutning i løpet av noen få minutter.

Det er også foretatt estimater av betydning av primært forebyggende faktorer som røyk, mosjon osv. for pasienter i de to indremedisinske avdelinger. Nok en gang får vi presentert sterke indisier for sammenheng mellom livsstil og sykdommer som tynger helsebudsjettene. For de samme avdelinger ble det funnet at hver 8. innleggelse skyldtes svikt i oppfølgingen av behandlingsopplegget for pasienter med kroniske lidelser. Også dette representerer en klar utfordring til primærhelsetjenesten.

Thorsvik er eneansvarlig for Rapport nr. 5. Det er ikke lett å finne brukbare operasjonelle metoder for vitenskapelig behandling av de forhold han har gitt seg i kast med. Resultatet tyder på at han har lykkedes meget bra. Han uttrykker seg forsiktig og avbalansert og en må selvsagt være forsiktig med å trekke for vidtgående konklusjoner. Hovedinntrykket er imidlertid at vi her har et meget viktig bidrag til klargjøring av viktige faktorer når det gjelder videre utvikling av helsetjenesten. Rapport nr. 2 er en sammenfatning av forskjellige delprosjekter og ender opp ien tiltaksliste for Nord-Trøndelag. Tiltakslisten kan sikkert overføres til de fleste fylker og er neppe særlig kontroversiell. Undersøkelser av dette slag bør imidlertid skje i flere fylker på grunn av lokale variasjoner og da arbeidet i seg selv gir innsikt og forståelse for alle som blir involvert i prosessen fra fagfolk til politikere.

For alle som har arbeidet for å bedre kvaliteten på norske almenpraktikere, er rapportene oppmuntrende lesning. De taler for at høy faglig standard, gode arbeidsforhold og dermed stabilitet synes å være god ressursanvendelse. Det må være noe å ta med seg i forhandlinger med motparten.
Godt over 50% av innleggelsene i sykehus skjer som øyeblikkelig hjelp og for en stor del under legevakt. Det er et tankekors at denne viktige ressursallokeringen i stort omfang foretas av de mest uerfarne kollegene og at det er

mulig å påta seg slikt arbeid uten spesielt kjennskap til primærhelsetjenesten hverken lokalt eller generelt.

Rapportene er oversiktlige og greie å lese. De anbefales til alle som er opptatt av ressursutnyttelse, helsetjenestestruktur og videre utvikling av primærhelsetjenesten■

AIDS og juss

Petter Øgar

Kampen mot smittsomme sykdommer - fra Svartedauen til HIV-epidemien.
Asbjørn Kjønstad, Fredrik Mellbye
Universitetsforlaget 1987
84 sider. 78,-kr.

■

Det skrives nå så mye om HIV/AIDS-epidemien at det er blitt vanskelig å se skogen for bare trær. Det kan virke som om spørsmålet er så enkelt eller så viktig at alle kan eller bør ha en mening om det, - og at de har det. Den solide bakgrunn for egne meninger er det ofte vanskeligere å registrere. Viljen og/eller evnen til å erkjenne at HIV-/AIDS-epidemien er et samfunnsspørsmål der både medisinske, kulturelle, sosialpsykologiske, juridiske, etiske og økonomiske baller er i lufta, synes ikke å være utbredt i særlig imponerende grad.

I så måte bør foreliggende lille, lettleste bok tilhøre den obligatoriske basislitteratur for alle meningsberettigede.

Den gir en grei oversikt over gjeldende helselovgivning på området farlige/smittsomme sykdommer, og hvordan denne lovgivning hjemler/ikke hjemler de aktuelle tvangstiltak i dagens HIV-/AIDS-situasjon.

Den gir videre en god oversikt over hvordan denne lovgivning har vært praktisert og har virket overfor de store epidemiske sykdomsproblemer vi har hatt i kongeriket de siste 100 år.
Dels er det en vurdering i et rent juridisk perspektiv, og dels er det en fremtredende samfunnsmedisiners erfaring med den daglige håndheving av regelverket gjennom en mannsalder.

Det bør mane til ettertanke at vi i løpet av de siste 100 år har stått overfor sykdommer som har reist de samme spørsmål som i dagens HIV-/AIDS-debatt; meldeplikt/taushetsplikt - tvangstesting - tvangsbehandling - isolering/internering - yrkesforbud. Disse spørsmålene har tidligere både vært gjenstand for omfattende offentlig debatt, og forskjellige løsninger har vært prøvd slik at en har et faktisk erfringsmateriale å konsultere.

Selv om samfunnet er i stadig forandring, kan ikke disse nære historiske erfaringene være verdiløse.

Boka her et kapittel om medisinske grunnprinsipper om smittespredning uten revolusjonerende synspunkter.
Endelig får vi forfatternes syn på hvordan ny lovgivning bør utformes og praktiseres på bakgrunn av den foreliggende epidemiologiske situasjon og tidligere erfaringer.

Boka bør kunne leses med utbytte av alle med interesse for HIV-/AIDS-problemet. Den bidrar til et klarere bilde av skogen uten at trærne lider unødig overlast■

«Løype! Jeg har AIDS!»

Psykisk utviklingshemning - medisinske og tverrfaglige aspekter

I tiden 08-11 Febr. -88 holdes det i Trondheim kurs om medisinske og tverrfaglige aspekter vedrørende psykisk utivklingshemning.
Vi som har tatt initiativ til å arrangere kurset har først og frmest hatt som målgruppe almenpraktiserende leger og tilsynsleger ved HVPU institusjoner. Fra 1990 vil kommunene overta ansvaret for omsorgen av psykisk utviklingshemede som i dag hører inn under HVPU. Dette vil være en utfordring til oss som arbeider i den primære helsetjenesten. Vi bør lære mer om omsorgen for funksjonshemmede og deres familier og planlegge tilrettelegging av støtteapparatet rundt disse. Vi bør også legge opp til en god helsetjeneste rundt denne gruppen.
Jeg vil derfor oppfordre utpostens lesere om å søke på kurs nr. 395 ved Universitetet i Trondheim, søknadsfrist 150188.

KURS NR. 395.

PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING - MEDISINSKE OG TVERRFAGLIGE ASPEKTER

8.-11. februar 1988

Kurset er åpent, men er særlig begrenset på almenpraktikere, barneleger og nevrologer. Det vil være av stor interesse for leger med tilknytning til HVPU og områdepediatere og kommuneleger som ifølge desentraliseringen av omsorgen for psykisk utviklingshemmede i større grad kommer i kontakt med denne pasientgruppens og deres familiers spesielle problemer.

Kurssted: "2. etg." Kurs og konferansesenter, Dronningens gt. 12. Trondheim.
Kursavgift kr. 1 000,-.

Påmelding til: Universitetet i Trondheim, Det medisinske fakultet, Eirik Jarls gt. 10, 7030 Trondheim, innen 15. januar 1988.

Kursledelse: Overlege Eylert Brodtkorb, overlege Ole B. Schjetne og almenpraktiker Tor Åm.

Mandag 8. februar:

08.30: Mental retardasjon. Etiologi og epidemiologi.
09.30: Fragilt X-syndrom. Barnhalsovårdslakare Hans K:son Blomquist, Umeå.
10.30: Tubersø sclerose. (Overlege Per Brandt-Hansen, Akershus.)
11.30: Rett's syndrom. (O.B. Schjetne, Trondheim.)
15.00: Genentikk. (Overlege Arvid Heiberg, Frambu Helsesenter.)

Tirsdag 9. februar:

08.30: Downs syndrom. Spesielle medisinske problemer. (Overlege A. Hestnes, Tønsberg.)
09.30: Ortopedisk kirurgi ved cerebral parese. (Overlege Pål Benum Trondheim.)
10.30: Epilepsi. (Overlege E. Brodtkorb, Trondheim.)
11.30: Konsekvensen av kombinasjonen psykisk utviklingshemning/hørselskader. (Sosialpedagog A. Lindgren, Mogårdshemmet, Sverige.)
13.00: Tiltak ved synshemming hos psykisk utviklingshemmede. (Synspedagog P. Fosse, Tambartun skole.)
14.00: Problemadferd. (Psykolog Jon Morten Landrø, Trondheim.)
15.00: Psykofarmaka og psykisk utviklingshemmede. (Forskningsstipendiat O. Linaker, Trøndelag Psykiatriske sykehus.)

Onsdag 10. februar:

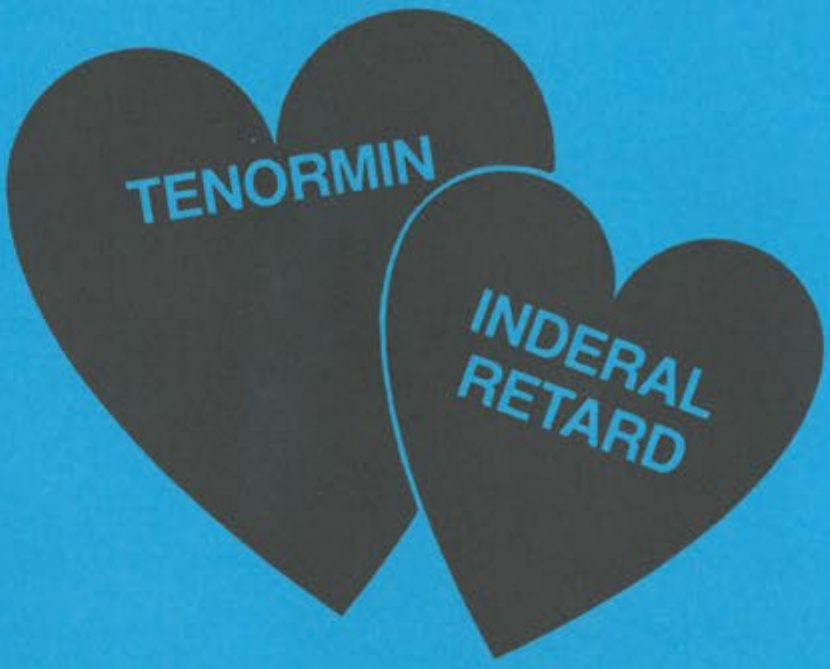
08.30: Hjernen bak språk, kommunikasjon og adferd. Diagnostiske, terapeutiske og pedagogiske konsekvenser. (1. amanuensis H. Borchgrevink, Oslo.)
10.30: Augumentativ kommunikasjon. (Psykolog Stephen von Tetzchner, Sentralinstitutt for cerebral parese, Oslo.)
13.00: Strukturert totalkommunikasjon hos multihandicappede med språksvakhet. (Psykolog Karl Jacobsen, Statens Sentralteam for døvblinde, Oslo.)
14.00: Hvordan kan medisinske framskritt virke inn på hyppigheten av psykisk utviklingshemning og forskjellige tilleggshandicap? (Overlege Ole Jacob Johansen, Trondheim.)
15.00: Tidlig diagnostikk, risikosymptom og tiltak. (Overlege Ole B. Schjetne, Trondheim)

Torsdag 11. februar:

08.30: Familien og det funksjonshemmede barnet. Forløp, reaksjoner og mestring. (Overlege Hilchen Sommerschild, Oslo.)
11.15: Barns rettigheter i lys av nye lover. (Jurist Jon Austad, Administrativ avd., Helsedirektoratet, Oslo.)
13.00: Habiliteringsarbeid i lokalsamfunnet. Paneldebatt. Innledningsforedrag. (Unni Bratt, sosionom. A. Grimsmo, distriktslege, O.S. Haga, områdepediater, I. Haagaas, barnelege ved sentralisert avd.)
14.30: Debatt. Oppsummering. Avslutning.

Det finnes to betablokkerere...

som kan doseres
én gang daglig
både ved hypertensjon og angina pectoris



. . . begge er resultater av ICI's originale legemiddelforskning

ICI

For ytterligere opplysninger se Felleskatalogen.

RUTLE, OLAV
Slettmark 2
2050 JESSHEIM

RETURADRESSE:
Distriktslegekontoret
6657 Rindal

Tetralysal «Farmitalia»

Tetracyklinpreparat.
KAPSLER *150 mg og 300 mg: Hver kapsel inneh.:*
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 à 300 mg 2 ganger daglig, eller 1 kapsel à 150 mg 4 ganger daglig. (Behandlingstid fra en uke og oppover). Hvis preparatet må gis til
barn: Vanlig dosering 8–10 mg pr. legemsvekt pr dag.
Kapslene svelges hele med rikelig drikke (ikke melk).

Se for øvrig Felleskatalogen

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

Doseringsintervall:

l = lymecyclin = Tetralysal
d = doxycyclin

Lymecyclin/doxycyklin – farmakolinetikk:

	C max (mg/l)	t max (h)	t 1/2 (h)	AUC (mgh/l)
l	2.4 ± 1.0	2.9 ± 1.2	9.9 ± 2.7	19.3 ± 9.0
d	2.0 ± 1.0	1.8 ± 1.1	11.7 ± 3.5	12.7 ± 4.9

- **Tetralysal doseres morgen og kveld, hvilket gir kontinuerlig 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. $\frac{\text{30 pkn}}{2}$ **til**
kr. 93,60 (20 pkn) pr. person.

b) Bronkitt 10 dager: kr. 93,60 (20 pkn) (3)
c) Salpingitt 14 dager: kr. 126,90 (30 pkn) (5)
d) Sinusitt 14 dager: kr. 126,90 (30 Pkn) (4)

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

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