

Trening av pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom

Jeg har langtkommen kronisk obstruktiv lungesykdom og har i to år fulgt treningsopplegg i gruppe. Min erfaring er at det har vært lagt for mye vekt på kondisjon, spenst og balanse. Jeg har savnet myk oppvarming og tilstrekkelig lang avslapning til slutt. Fysioterapeuten har hele tiden presisert at vi må finne eget tempo. Å gjennomføre dette er ikke enkelt – vi vil henge på – med resultat at mange strekker seg for langt, og at resultatet ikke blir maksimalt.

Jeg tror at forståelse av pustens emosjonelle sider blir for lite ivaretatt. Ifølge psykomotorikeren Eline Thornquist (1) nevnes sammenhengen mellom psyke, følelser og pust (åndedrett) bare bisetningsvis i skolemedisinens bøker. De rent fysiske parametre som aktivitet, temperatur, CO₂ og O₂ settes ikke inn i en sammenheng. Psyke og følelser blir omtalt som om de ikke egentlig hører med. Skal man forstå åndedrettet, kreves helhetsforståelse av kropp og sjel.

Eline Thornquist skriver om psykens betydning og om åndedrett som følelsesmessig barometer (1). Dette må vektlegges mer i fremtiden. Pasienten må ledes inn i denne tankegang og erkjenne egen skrøpeligheit. Som i andre yrker viser det seg ofte at det er mer erfarne fysioterapeuter som har tilegnet seg den nødvendige helhetsforståelse. I ungdommens entusiasme har ikke alle lært at å forandre andre er bortimot umulig.

Vi og våre hjelpere må erkjenne og godta at vaner og holdninger må endres. Ting tar tid – ting tar år. Det er mange faktorer i samspillet. Trolig er røykestopp den viktigste enkeltfaktor, men vi må ikke glemme at den bare er én av flere. Kliniske studier er mangelful i fysioterapien. Vi må skjerpe den kritiske sans og være villig til å endre opplegg i takt med ny erfaring og erkjennelse.

Jeg har nå funnet en gruppe som praktiserer myk start i sittende stilling og varsom progresjon med enkle øvelser. Til slutt er det lagt inn 15 minutters generell avspenning.

Dette er ikke bare kritikk, men forsøk på en vinkling ut ifra det Trygve Braatøy forkynte: Det er pasienten som er spesialist på sin egen sykdom (2).

Nesttun

Per Vollset
pasient og lege

Litteratur

1. Thornquist E. Lungefysiologi. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
2. Braatøy T. Pasienten og lægen. Oslo: Cappelen, 1952.

Prehospitalt EKG og trombolytisk behandling

Kongsvinger sykehus og ambulansetjenesten i Sør-Hedmark (Kongsvinger, Eidskog, Grue og Odal) har det siste året gjennomført en prøveperiode for å bedre behandlingen til pasienter med hjerteinfarkt. Resultatet er avansert behandling som startes allerede hjemme hos pasienten – av ambulansepersonell. Fra 10.6. 2002 var man i full drift, og flere pasienter har allerede hatt nytte av denne behandlingen.

I hver ambulanser er det installert utstyr for 325 000 kroner. Pengene er gitt som gave fra blant annet Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Lions, som nok en gang har bidratt til at Kongsvinger sykehus kan være i front når det gjelder å ta i bruk nye og bedre behandlingsformer prehospitalt.

Ambulansepersoneell rykker ut til pasienter med brystsmerte og tar et 12-punkts-EKG. Elektrokardiogrammet overføres til Kongsvinger sykehus og tolkes der av vaktstående lege. Dersom pasienten har infarkt, vil man straks starte trombolytisk behandling utført av ambulansepersonell. Deretter fraktes pasienten under nøye overvåking og behandling til sykehuset for videre oppfølging.

Til sammen 32 ambulansarbeidere har det siste året gjennomgått individuell opplæring i denne behandlingsformen, noe ambulansarbeiderne selv er svært godt fornøyd med.

Kongsvinger sykehus har fra før godt innarbeidede prosedyrer for behandling av pasienter med brystsmerte og infarkt. Det er utarbeidet prosedyrer for EKG og trombolytisk behandling. Dette innebærer en kompetanseheving og en ny og meningsfylt oppgave. Ambulansearbeiderne er stolte over å få være de første ambulansarbeiderne i Skandinavia som tar i bruk prehospitalt trombolytisk behandling uten at lege eller spesialsykepleier er til stede hos pasienten.

Vi håper at flere ambulansetjenester rundt omkring i landet, både de med kort transporttid og de med lengre transporttid til sykehus, ser nytten og nødvendigheten av prehospitalt EKG og trombolytisk behandling. Denne form for behandling vil kunne gi pasienten færre liggedøgn i sykehus, mindre skade på hjertet og – for ikke å forglemme – et lengre liv.

Kongsvinger

Frode Haukås
Ambulansetjenesten

Moderne psykiatri og legeetikk

23.6. 2002 hadde Aftenposten en reportasje om en alvorlig sinnslidende i fengsel (1). Og det er ikke første gang. Aftenposten har hatt slike reportasjer med mellomrom i årevis. Alvorlig sinnslidende får ikke nødvendig legehjelp, ikke nødvendig opphold i psykiatriske sykehus.

Det har vært slik siden 1970-årene. Siden den gang har psykiatrien alene vært innstilt på å behandle alminnelige psykologiske reaksjoner hos ellers friske mennesker, reaksjoner på livets påkjenninger og motgang, overarbeidethet eller utbrenthet, sorgreaksjoner, sosiale vansker, ekteskapsvansker osv. Resultatene er i slike tilfeller meget bedre, tidsperspektivet kortere, innleggelse ofte unødvendig, eller iallfall er ikke langvarig sykehusopphold nødvendig. Og det er ro og orden i avdelingen.

Psykiatrien finner det ubekvem og for belastende å ta seg av alvorlig sinnslidende fordi de ofte må behandles uten den sykes eget samtykke. De må ofte tvangsbehandles, tvangsmedisineres, tvangsretineres i psykiatriske sykehus, frihetsberøves, kanskje i årevis. Slik behandling kan være nødvendig for at den syke ikke skal forkomme, skade seg selv eller andre, eller havne i fengsel. Men for psykiatrien, den moderne psykiatri, er det bedre at den syke lider overlast enn at psykiatrien belastes med på ansvarlig måte å måtte drive med tvangsbehandling.

Rådet for legeetikk bør nå behandle det forhold at alvorlig sinnslidende blir forsømt – og ta det opp med Norsk psykiatrisk forening. Den moderne psykiatris holdning er uforenlig med selve essensen i legens gjerning: å yte syke nødvendig legehjelp.

Oslo

Lars Seier

Litteratur

1. Olsen IA. Psykotisk mann i varetekt i 4 måneder. Aftenposten 23.6.2002.

Basofil punktering av erythrocytter og blyforgiftning

Tore Amundsen og medarbeidere gir i Tidsskriftet nr. 15/2002 en interessant oversikt over blyforgiftning og presenterer i en ledsagende artikkel en kasuistikk (1, 2). Hos denne pasienten, som var betydelig anemisk, ble det funnet basofil punktering av erythrocytter i et perifert blodutstryk, noe som ledet den diagnostiske oppmerksomheten i retning blyforgiftning. Fenomenet er, som nevnt i

artiklene, vel kjent i amerikansk barnemedisin, der barn som vokser opp i slumboliger med gammel, flassende blyholdig maling har høy risiko for å utvikle tilstanden. Barneleger hvis praksis omfatter barn fra slike boligområder, vil derfor ofte rutinemessig screene sine pasienter på blyinnholdet i blod.

Noe overraskende, siden artiklene utgår fra et hematologisk miljø, nevner imidlertid ikke forfatterne i sin diskusjon av diagnose og differensialdiagnose en hematologisk sykdom som også forårsaker anemi med basofil punktering av erytrocytter. Fenomenet ble muligens første gang beskrevet av Krivit og medarbeidere i 1956 (3). Siden blyforgiftning kunne utelukkes som årsak, konkluderte forfatterne med at det måtte foreligge en ny type ikke-sferocytisk hemolytisk anemi. 18 år senere kunne Valentine og medarbeidere vise at tilstanden skyldtes redusert aktivitet av et inntil da ukjent enzym, pyrimidin 5'-nukleotidase (4). Senere er pyrimidin 5'-nukleotidase-svikt beskrevet hos en rekke familier med ulik etnisk bakgrunn, den er autosomal recessivt arvelig og nevnes i standardlærebøker i pediatri. Vi beskrev tilstanden for første gang i Skandinavia hos et norsk søskenpar i 1983 (5–7), og en oppdatert oversikt ble publisert i Tidsskriftet i 1999 (8). Det kan være av interesse å nevne at mekanismen for den basofile punktering trolig er den samme både ved blyforgiftning og ved pyrimidin 5'-nukleotidase-svikt, siden enzymet ser ut til å hemmes av bly.

Oslo *Thor Willy Ruud Hansen*

Litteratur

1. Amundsen T, Næss IA, Hammerstrøm J, Brudevold R, Bjerve KS. Blyforgiftning – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1473–6.
2. Amundsen T, Næss IA, Hammerstrøm J, Brudevold R, Bjerve KS. Blyforgiftning – en kasuistikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1471–2.
3. Krivit W, Smith RT, Marcin JF, Read R, Good RA. Congenital nonspherocytic hemolytic anemia. Two non-familial cases with red cell survival studies. J Pediatr 1956; 49: 245–55.
4. Valentine WN, Fink K, Paglia DE, Harris SR, Adams WS. Hereditary hemolytic anemia with human erythrocyte pyrimidine 5'-nucleotidase deficiency. J Clin Invest 1974; 54: 866–79.
5. Hansen TWR, Seip M, deVerdier C-H, Ericson Å. Erythrocyte pyrimidine-5'-nucleotidase deficiency. Report on two new cases, with a review of the literature. Scand J Haematol 1983; 31: 122–8.
6. Ericson Å, deVerdier C-H, Hansen TWR, Seip M. Erythrocyte nucleotide pattern in two children in a Norwegian family with pyrimidine-5'-nucleotidase deficiency. Clin Chim Acta 1983; 134: 25–33.
7. De Verdier C-H, Ericson Å, Hansen TWR, Seip M. Cytosine and urasil nucleotides in erythrocytes from two patients with pyrimidine 5'-nucleotidase deficiency. Biomed Biochim Acta 1983; 42: S293–4.
8. Seip M. Pyrimidin-5'-nukleotidase-svikt – kongenitt hemolytisk anemi med basofil punktering av erytrocytter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2996–8.

T. Amundsen svarer:

Thor Willy Ruud Hansen har et poeng, og vi takker for en interessant og veldokumentert kommentar. Differensialdiagnoser til «basofil punktering» av erytrocytter var primært en del av manuskriptet, men utelatt av plasshensyn og fordi arvelig hemolytisk anemi som opptrer i barneårene var mindre aktuelt som differensialdiagnose hos vår pasient (54 år og uten tegn til hemolyse). Imidlertid er vi enige i at arvelig hemolytisk anemi (pyrimidin 5'-nukleotidase-svikt) bør vurderes som differensialdiagnose ved funn av «basofil punktering» av erytrocytter, og da spesielt i pediatrik praksis.

Trondheim

Tore Amundsen

Blyforgiftning

I Tidsskriftet nr. 15/2002 er det to artikler om blyforgiftning, begge forfattet av Tore Amundsen og medarbeidere (1, 2). Blyforgiftning er en alvorlig tilstand – av og til livstruende – som man må kjenne til. Tilstanden er imidlertid trolig så sjelden at man med jevne mellomrom må minne Tidsskriftets lesere om den. Av pietetshensyn kunne det imidlertid ha vært hyggelig om det ble referert til tidligere omtale av blyforgiftning. Således har undertegnede beskrevet tilstanden i Tidsskriftet i 1968 (3). Jeg antar at manglende referanser til dette bare er en liten glipp, muligens fordi det ikke er så lett å få tak i så gamle referanser. Dette altså til underretning for forfatterne og andre som måtte bry seg om det.

Nordbyhagen

Jan Erikssen

Litteratur

1. Amundsen T, Næss IA, Hammerstrøm J, Brudevold R, Bjerve K. Blyforgiftning – en kasuistikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1471–2.
2. Amundsen T, Næss IA, Hammerstrøm J, Brudevold R, Bjerve K. Blyforgiftning – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1473–6.
3. Erikssen J. Blyforgiftning som Judicium Dificile. Tidsskr Nor Lægeforen 1968; 88: 750–5.

PLO misbruker ambulansane

Mads Gilbert nekter i sitt tilsvaret på vårt innlegg i Tidsskriftet nr. 13/2002 energisk på at palestinske ambulansar vert brukte aktivt i krigføringa (1, 2). Han viser m.a. til at Den internasjonale Røde Kors-komiteen (ICRC) ikkje har haldepunkt for misbruk av palestinske ambulansar – seinast i eit møte 12. april 2002. Han etterlyser konkret, verifiserbar dokumentasjon – og det skal han få.

Slik det vart framstelt i Reuter-journalisten Arieh O. Sullivans oppslag på Jerusalem Post si nettside 5. november 2000, ankom 27. oktober ei Raude Halvmåne-ambulans midt i ein strid mellom den israelske hæren

og væpna palestinarar nær landsbyen Kafri Klil nær Nablus. Ambulansen hadde med seg væpna palestinarar som så tok del i kampen (3).

No vil sikkert Gilbert nekte for at avisa Jerusalem Post er å lite på i denne saka. Kanskje har han større tiltru til ein fotoreportasje frå 27. mars 2002 utanfor Ramallah, der ein palestinsk ambulans vart stansa med eit sprengstoffbelte om bord. Hendelsen er festa til videotapen, som er sendt på CNN; vi har sett han.

Gilbert synest å ha stor tiltru til ICRC, så kvifor ikkje sitere frå ei offisiell pressemelding frå ICRC 27. mars 2002. Pressemeldinga kom som ein respons på den ovannevnte hendinga, der ein i ein ambulans frå Raud Halvmåne fann våpen samt eit sjølvmoordsbombebelte under ein bære med eit barn på:

«Den internasjonale Raude Kors-komiteen (ICRC) er sjokkert og forferda over rapportar i dag om at det er funne sprengstoff i ein ambulans frå Palestinske Raude Halvmåne (PRCS). ICRC fordømer slikt misbruk av ein ambulans og av Raude Halvmåne-merket. ICRC-delegatar har raskt vore i kontakt med israelske myndigheiter og PRCS og reist til staden nær Ramallah der ambulansen vart stoppa. Der observerte dei koreis ein gjenstand vart teken ut frå bilen og detonert i nærvær av fleire tilskodarar.» (4).

Ein kan undrast over kvifor ICRC, etter sjølvsyn 27. mars, først fordømer misbruk av palestinske ambulansar, for så 12. april å nekte for at dette har hendt.

Gilbert henviser også i det siste innlegget sitt til PRCS «som på det skarpaste tilbakeviser de siste israelske påstandene om funn av eksplosiver i en PRCS-ambulans». Ein kan vel seie at PRCS soleis er meir konsekvent enn ICRC, men kven er så leiar for PRCS? Jau, bror til Yasir Arafat, Fathi Arafat. Yasir Arafat er ein notorisk løgnar. Kva veit vi om broren? Ikkje så mykje. Kanskje er han ein ærleg mann, men vil ærlege menn som seier sanninga, kunne gå i lag med Yasir Arafat?

I alle høve har PRCS sin reaksjon på nemnde tilfelle ovanfor (som sannsynleg berre er toppen av isfjellet når det gjeld talet på ambulansemisbruk) ikkje imponert oss.

Er så dette god nok dokumentasjon for Gilbert?

Vårt håp er at denne informasjonen må vere med når våre kollegaer skal ta eit balansert standpunkt i Midtausten-konflikten.

Ulsteinvik

*Sigrid Saunes
Gunnar Saunes*

Litteratur

1. Saunes S, Saunes G. PLO misbruker ambulansane. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1313–4.
2. Gilbert M. PLO misbruker ambulansane. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1314.
3. www.jpost.com.
4. www.icrc.org/icrceng.nsf/index/16F861E75D9E8AD4C1256B8A0047B8F2?Opendocument