

## 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, CO<sub>2</sub> og O<sub>2</sub> 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 ambulanse 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 brystmerter 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 brystmerter 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 ubekvemt 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