

Å hjelpe betyr sjelden det samme som å behage

Dette sitatet fra den danske filosofen Løgstrup kom for meg under lesning av reportasjer i Aftenposten og Folkehelseinstituttets nyhetsblad *AIDS info* om avtakende AIDS-frykt og redusert bruk av prevensjon og økende smittefare. Det fortelles om velmente kampanjer som gir informasjon ingen bryr seg om. Folk er lei av pratet om sikker sex – angår det meg kanskje? Overlege Harald Moi ved Olafia-klinikken minnes debatten på 1980–90. De medisinske betraktninger om sykdom, invaliditet og ond død slo ikke an. Kondom- og T-skjortekampanjer kom i stedet og et mirakel skjedde: HIV-økningen stoppet opp, og nye medisiner gav lindring og tilsynelatende såkalt godt liv.

For flere enn meg var dette en udetonert tikkende bombe som ville eksplodere. Nå øker tallene. Prinsipper som helsevesenet tidligere feiret store triumfer på i epidemibekjempelse i 100 år, ble lagt vekk. Testing ble anonym og frivillig. Av en eller annen grunn gav det offentlige helsevesen fra seg de aksepterte maktmidler som hadde uttrydd lepra, tyfoidfeber, difteri, pest og kolera. Huskes må også tuberkulosen – «den hvite pest». Tvangstesting, isolasjon, masseundersøkelser og etter hvert medikamentell terapi førte da frem. Store folkebevegelser som Landsforeningen mot tuberkulose skapte aksept blant «vanlige folk», og det gikk hånd i hanske med det overordnede helsevesens tiltak. Det tok tid, med mange tunge enkeltskjebner, men det gikk.

Også tuberkulose og kreft ble tidligere sett på som spørsmål om moral og umoral, rett og galt. HIV-opplysningen sliter med slike holdninger den dag i dag. Det er en viss offisiell åpenhet i propagandaen, som møtes av frykt, og likegyldighet. Bagatelliseringen er der. Mange tør ikke undersøke seg og stå frem. Hvor stor påvirkning de homoseksuelle har i egne grupper vet jeg ikke. Det må finnes betydelige mørketall.

Jeg har ingen fasit, men spørsmålet om vi må ta i bruk de gamle epidemiologiske prinsipper, må reises. Om vår tilsynelatende mislykkede snillisme tåler en «krig» er ubesvart. I Norge har vi fortsatt en relativt homogen befolkning, noe som har vært viktig ved andre undersøkelser og tiltak. Kan det være en ressurs? Ved å behandle HIV/AIDS som en hvilken som helst annen kronisk sykdom kan stigmatiseringen fjernes. Vi kan skape nye forhold og ny åpenhet på nye premisser. Ved å sette nye ord på problemene kan vi oppleve det samme som skjer når solen står opp: at trollet sprekker.

Per Vollset
Nesttun

Ny skala for alvorlighetsgraden av delirium

Delirium (tidligere ofte kalt akutt forvirring eller akutt konfusjon) er en vanlig komplikasjon til akutt somatisk sykdom hos gamle, og forekomsten er anslått til 15–30 % blant eldre som innlegges akutt i indremedisinske avdelinger, og til 30–60 % etter operasjon for hoftebrudd (1). Symptomatologien kjennetegnes av raskt oppstått kognitiv svikt, svingende bevissthetsnivå, forstyrret søvnrhythme og enten redusert eller økt psykomotorisk tempo.

Det finnes diagnostiske kriterier for delirium både i ICD-10 og i DSM-IV (2). Confusion Assessment Method (CAM) er en kort screeningtest som gir diagnosen med ganske god presisjon (2). Den kriteriebaserte diagnosen gir imidlertid ingen informasjon om delirets alvorlighetsgrad. Denne kan variere betydelig, noe som naturligvis har stor praktisk betydning både ved forskning og i klinisk praksis.

The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) (3) er en enkel og rask skala for gradering av alvorlighetsgraden av delirium, forutsatt at diagnosen i utgangspunktet er stilt ved hjelp av et av de kriteriebaserte diagnosesystemene. Vi har oversatt skalaen til norsk. Oversettelsen er blitt validert ved at to personer uavhengig av hverandre, og uten kjennskap til originalen, oversatte den norske versjonen tilbake til engelsk. En systematisk sammenlikning av de to oversettelsene med originalen dannet utgangspunkt for en justering av den norske versjonen inntil meningsinnholdet var blitt mest mulig korrekt. Denne prosessen var basert på konsensus i oversettergruppen, der en av medlemmene har engelsk som morsmål (Juliebø V, Lerang K, Skanke H et al. Norwegian translation of the Memorial Delirium Assessment Scale. Presentasjon ved 17. Nordiske kongress i gerontologi, Stockholm 2004).

Vår norske versjon er fritt tilgjengelig på Internett (4).

Vibeke Juliebø
Karoline Lerang
Hanne Skanke
Morten Mowé
Aker universitetssykehus

Torgeir Bruun Wyller
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

- Gustafson Y, Lundström M, Bucht G et al. Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 810–4.
- Ranhoff AH. Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I: Engedal K, Wyller TB, red. Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribes, 2003: 245–63.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 128–37.
- Norsk utgave av MDAS – the Memorial Delirium Assessment Scale. www.legeforeningen.no/asset/23692/2/23692_2.doc (22.6.2004).

Pasientrettighetsloven og presidenten

Legeforeningens president, Hans Kristian Bakke, har gitt uttrykk for foreningens syn på Dokument 8-forslaget fra stortingsrepresentantene Bjarne Håkon Hanssen og John I. Alvheim om fastlegenes medvirkning til legemiddelassistert rehabilitering, blant annet i *Tidsskriftet* (1).

Presidenten skriver at «lov om pasientrettigheter gjelder når de (dvs. de rusavhengige) får behandling for misbruket sitt». Videre konstaterer han at om lag «550 tunge rusmiddelmissbrukere venter på å bli godkjent for legemiddelassistert rehabilitering (LAR)» og at køene til utredning og behandling øker «fortere enn man klarer å hjelpe pasientene» (1).

Dersom man gransker presidentens ordvalg og argumentasjon, antydes det at pasienter som er i behandling, har fulle rettigheter etter pasientrettighetsloven, mens rusmiddelmissbrukere som venter på behandling, ikke omfattes tilsvarende av lovens bestemmelser.

Forestillingen om at pasientrettigheter skal følge som konsekvens av behandlingssituasjonen, må avvises. Et slikt skille har ført til en restriktiv norsk praksis som kjennetegnes av treg medisinsk intervensjon og et rekordstort antall overdosedødsfall. De rusavhengige behandles snarere etter myndighetenes forskrifter enn i samsvar med deres behov. Som konsekvens ser man altså at køene av behandlingstrengende vokser samtidig som rekrutteringen av unge misbrukere tiltar, nettopp fordi et tungt rusmiljø eksisterer og stadig får utvikle seg.

Min innvending kan fortone seg som anstaltmakeri, men er i virkeligheten ramme alvor, fordi presidenten hevder å gi uttrykk for Den norske lægeforenings syn. Spørsmålet er hvorvidt presidentens tolking er i samsvar med pasientrettighetsloven, som definerer pasientbegrepet slik (§1-3): «En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (2). Foreligger det en misforståelse forårsaket av tidskonjunksjonen *når*, eller mener presidenten virkelig at rusavhengige som er i behandling, har fulle rettigheter etter loven, mens de som har henvendt seg til helsevesenet med anmodning om helsehjelp, men må vente, faller utenfor?

Harald T. Andersen
Oslo

Litteratur

- Bakke HK. Mer metadon – mindre rehabilitering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1559.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).