

teknologi og nye instrumenter var på vei inn. Urologene presenterte laserbehandling av svulster i urinblæren, ortopedene presenterte materialer hvor artroskopet var tatt i bruk i diagnostikken av kne- og skulderlidelser, og karkirurgene fremla de første resultatene på perkutan transluminal angioplastikk (PTA). Aortaaneurismene ble alle fortsatt operert åpent, og alternativ aktiv behandling eksisterte ikke. Gastrokirurgene presenterte erfaringer med kolskopet, men kirurgene var mest opptatt av åpne operasjoner. I dag er mange av dem erstattet av laparoskopiske inngrep. Høstmøtet 1981 hadde flere presentasjoner som diskuterte adipositas kirurgien og dens komplikasjoner. De fleste metodene er forlatt pga. dårlige resultater og alvorlige komplikasjoner. På årets høstmøte, 25 år senere, finner man igjen den samme problemstillingen, men nå med laparoskopisk teknikk som reduserer komplikasjonene og det kirurgiske traumet. For 25 år siden kunne generellkirurgen behandle de fleste av de sykdommene som er nevnt. I dag utføres disse inngrepene av subspecialister, mens en kirurg som «bare» er generell kirurg, ofte vil føle seg for lite kvalifisert til å utføre mange av dem.

Utviklingen de siste 25 årene har altså endret kirurgien radikalt. Kikkhullskirurgien har redusert det kirurgiske traumet betydelig, samtidig som nye metoder har gjort det mulig å behandle sykdommer man tidligere ikke kunne gjøre noe med. Parallelt med den enorme kirurgiske utviklingen har anestesifaget utviklet seg, slik at en stor del av kirurgien i dag kan utføres som dagkirurgi. Dagkirurgi var nærmest et ukjent begrep for 25 år siden. Denne utviklingen har også medført at vi i dag ikke har aldersgrenser for kirurgisk behandling, som man for 25 år siden så på som naturlig og riktig.

Utviklingen innen kirurgi fortsetter i økende tempo. På årets høstmøte presenteres resultatene fra robotassistert kirurgi og computerassistert navigasjon for å sikre bedre kirurgiske resultater. Teknologien flytter stadig grenser med hensyn til hva som er mulig å angripe kirurgisk. Utfordringen for kirurgene blir å veie mulighetene for å utføre en operasjon mot risiko og gevinst ved en slik behandling. I et samfunn der vi alle stadig forventer mer av hva som er mulig å utføre medisinsk, og kravene til funksjon øker, blir kirurgens oppgave vanskeligere. Her ser vi heldigvis at dagens muligheter til å samle og analysere resultater raskere enn tidligere kan gi oss kunnskap og støtte til vanskelige kirurgiske beslutninger.

Utdanning av kirurger blir en stor utfordring fremover. Teknologien medfører en spesialisering som begrenser den faglige bredden kirurgen kan mestre. Et problem er at det blir et mindre antall operasjoner som utføres åpent. Dette antallet skal så fordeles på flere kirurger. Dermed må det gjøres spesielle grep når det gjelder opplæring i tekniske ferdigheter. Utdanningskandidatene vil måtte få større muligheter til å øves opp i kirurgiske teknikker på modeller og simulatorer for å nå et akseptabelt ferdighetsnivå.

Hva forventer vi så vil skje med kirurgien de neste 25 årene? Flere kirurgiske sykdommer vil trolig bli behandlet farmakologisk. Enda flere kirurgiske behandlinger vil bli utført med minimalt invasiv teknikk. Indikasjonen for behandling vil flyttes i tråd med den teknologiske utviklingen og kravene fra pasientene. Kirurgi hos eldre mennesker vil bli en hovedutfordring. En stadig bedre utviklet computerassistanse vil medføre en mer kvalitetssikret og standardisert kirurgisk behandling.

De generelle kirurgene vil gradvis bli færre og muligens erstattet av traumatologiutdannede kirurger som vil ha en viktig funksjon i samordning og koordineringen av behandling av traumepasienten. I dag er det ingen spesialitet som tar et helhetlig ansvar for denne pasienten.

Lars R. Vasli
lars@vasli.no
Kirurgisk klinikk
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Geriatrici

Ved Legeforeningens 100-årsjubileum for 25 år siden var spesialiteten geriatri bare seks år gammel. Norsk geriatrisk forening ble stiftet 1.11. 1973 på et møte ved Ullevål sykehus. Foreningens lover ble vedtatt i januar 1974, og senere samme år fikk foreningen status som spesialforening i Den norske lægeforening. Geriatri ble godkjent som grenspesialitet av indremedisin i mai 1975.

Utgangspunktet er sagt å være Karl Evangs appell i 1948 med oppfordring til Nasjonalforeningen for folkehelsen om å engasjere seg i eldres helse. Lite skjedde før den første sykehusavdelingen for geriatri i Norge ble etablert ved Ullevål sykehus i 1978. I andre land vi liker å sammenlikne oss med var man for lengst i gang. På Ullevål sykehus kom også det første professoratet i geriatri i 1982.

I midten av 1980-årene var det 30 godkjente spesialister i geriatri i Norge. I begynnelsen av 1990-årene hadde vi fortsatt bare 50, derav 40 yrkesaktive. Legeforeningens generalplan for geriatri fra 1988 hadde et behovsestimat på 100 geriater. Per 2005 er det totalt 119 godkjente spesialister, derav 80 yrkesaktive.

Faget har likevel en rekke utfordringer: Vel 50 % av dem som i innlegges indremedisinske avdelinger i dag er over 75 år, og 25 % av disse har multiple helseproblemer med behov for tverrfaglig tilnærming. Økt helsetjenesteforbruk har selvsagt sammenheng med den demografiske utvikling med et økende antall eldre og med aktuelle epidemiologiske forhold. De neste 25 årene vil særlig bli en prøvestein i forhold til hvordan vi har planlagt helsetjenester for de eldste. Geriatrien forventes både å yte tjenester på hele eldre-feltet, fra sykehus til sykehjem, og dessuten stille opp for allmennhelsetjenesten når den har behov for det. Denne forventningen skyldes delvis at geriatrien selv ikke har levert klare nok premisser til diskusjonen om spesialitetens innhold.



Foto privat

Vi må snarest ta i bruk allerede etablert kunnskap. Vi vet at slag-enheter er nyttig for pasienter med hjerneslag. Vi vet også at tiltak i spesialavdelinger for geriatri gir helsegevinster for den enkelte sammenliknet med konvensjonell behandling.

Helhetsbehovet innen akademisk geriatri i Norge kan ivaretas ved en arbeidsdeling der ulike miljøer gjør deloppgaver. En forutsetning for dette er etablering av en forpliktende nettverksmodell. Det vil også bli slik at geriatriisk forskning drives av andre enn bare spesialister i geriatri.

Geriatrikspesialiteten vil i overskuelig fremtid primært være sykehusbasert, med særlig ansvar for den multisyke akutttinnlagte gamle pasient preget av funksjonssvikt og sårbarhet. Vi må også komme videre til konkret handling i forhold til sykehjemmene. Det må derfor være mulig å få til regelmessige møter mellom sykehusgeriater og sykehjemslege flere ganger i året, hospiterings-avtaler, besøk av geriatriisk team ved enkeltproblemer, formalisert rådgivning fra sykehusavdelingen og tellende tjeneste for arbeid i sykehjem.

Spesialisert og kunnskapsbasert geriatri vil være et viktig element for eldres likeverdighet i det fremtidige norske helsevesen.

Olav Sletvold

olav.sletvold@ntnu.no
Seksjon for geriatri
St. Olavs Hospital

Habilitering

Habiliteringsbegrepet anvendt i klinisk sammenheng er relativt nytt, og det er under debatt og utvikling både nasjonalt og internasjonalt. «Habilitering» vil de fleste i dag oppfatte som et paraplybegrep som har å gjøre med målrettet tilrettelegging for og systematisk gjennomføring av samordnede tiltak for at personer med alvorlig og sammensatt medfødt og/eller tidlig ervervet funksjonshemming skal kunne utvikle og/eller bevare mestringsevne. Habilitering innebærer samhandling på tvers av fag og forvaltningsgrenser. 25 år tilbake i tid var begrepet i ferd med å bli introdusert i Norge, i videreutviklingen av pionerfeltet «områdepediatri».

«Rehabilitering» er blitt anvendt klinisk helt fra krigens dager. Utgangspunktet lå nær «etterbehandling». I dag fremstår «habilitering» og «rehabilitering» qua teoretiske konstruksjoner som ganske like. Rehabilitering tar utgangspunkt i senere oppståtte funksjonshemninger. Felleselementene gjør at det er utgitt en felles forskrift om habilitering og rehabilitering.

Habiliteringstjenester etablert de siste 25 år

Barnehabiliteringsteam (senere barnehabiliteringstjenester) innenfor spesialisthelsetjenesten ble etablert fra sent i 1980-årene. Utgangspunktet var bl.a. pediatriiske miljøer og fagmiljøer ved de tidligere cerebrale parese-hjemmene. Voksenhabiliteringsteam (senere voksenhabiliteringstjenester) ble etablert ved HVPU-reformen i 1991. Disse skulle ivareta spesialiserte oppgaver som man ikke kunne forvente ville bli tatt hånd om av de ordinære spesialisttjenestene. Vanlig tilgang til de ordinære spesialisthelsetjenestene ble samtidig fremhevet. Mennesker med psykisk utviklingshemning (HVPU-tjenestenes målgruppe) utgjorde imidlertid bare én av målgruppene. I tillegg kom personer med henholdsvis:

- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- Omfattende cerebrale basert motorisk/sensorisk skade/lyte og/eller alvorlig nevro-muskulær degenerativ lidelse
- Visse syndromer med alvorlig og sammensatt funksjonshemming

Sett i ettertid kan man si at navngivingen av disse tjenestene kanskje ikke har vært noen fulltreffer. Det utøves egentlig ikke habilite-

ring, man bidrar snarere til habilitering med hovedforankring på kommunalt nivå ved å utøve spesialiserte støttetjenester.

Det gis i denne presentasjonen ikke rom for nærmere beskrivelse av hvordan barnehabiliterings- og voksenhabiliteringstjenestene har utviklet seg, men det må slås fast at fagfeltet har fått liten allmenn oppmerksomhet.

Funksjonshemninger

Medisinske problemstillinger finnes i rikt monn knyttet til etiologi, diagnostisering av funksjonshemming og ikke minst i form av ulike tilleggsproblemer. Det er oppgaver for helsetjenesten på alle plan. Paradoksalt nok er det påvist at personer med funksjonshemninger er underforbrukere av helsetjenester – også det på alle plan. Det er derfor aktuelt å fremheve disse pasientenes rettigheter (1).

Spesialiserte habiliteringstjenester

Det trengs grundigere teoretisk refleksjon over grensedragningen mellom ren medisinsk virksomhet knyttet til diagnostikk og behandling og virksomhet der medisinfaget inngår i en bred tverrfaglig tilnærming for å bedre en persons mestringsevne. Habiliteringstjenestene trenger styrking på det siste området. En debatt vil naturlig måtte komme og lede til en presisering av fagfeltet «habilitering og medisin».

Voksenhabiliteringstjenestene

Jeg vil i det følgende kun omtale voksenhabiliteringstjenestene. Det er imidlertid vesentlige paralleller på barnehabiliteringsfeltet. «Voksenhabilitering og medisin» er et nasjonalt og internasjonalt kompetanseområde som er i ferd med å bli definert. Det har klare trekk fra pediatrien og inneholder kunnskapselementer fra en rekke medisinske fag, så som psykiatri, nevrologi, fysikalsk medisin, genetikk, «sansemedisin» m.m. Dessuten inngår generell og spesiell habiliteringskompetanse (formet etter nasjonale forhold) – felles med andre profesjoner. I tillegg er det behov for å utvikle subspecialisert kunnskap, særlig ut fra spesialitetene psykiatri og nevrologi.

Utviklingstrekk og fremtidsutsikter

25 år tilbake i tid forelå det selvsagt klinisk kunnskap og erfaring hos pediater og leger innenfor HVPU-området. Noen få momenter i stikkordsform illustrerer hva vi nå vet mer om:

- Etiologi knyttet til en rekke syndromer
- Komorbiditet opp mot psykiatri og nevrobiologi
- Det motoriske og nevroortopediske feltet
- Tverrfaglig metodikk knyttet til anvendelse av avanserte tekniske hjelpemidler

Brukernes behov er fagområdets berettigelse. Fagets kompleksitet og sammensatte natur innebærer utfordring og stimulans, men dette kan fort bli dets bane – ved at fagområdet ikke blir tilstrekkelig erkjent. Habiliteringstjenestene har imidlertid etter hvert fått en tydelig plass i statens bestillingsdokumenter til de regionale helseforetakene.

Geirmund Skeie

geirmund.skeie@sykehuset-innlandet.no
Divisjon habilitering og rehabilitering
Sykehuset Innlandet

Litteratur

1. Meijer MM, Carpenter S, Scholte FA. European manifesto on basic standards of health care for people with intellectual disabilities. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities 2004; 1: 000.