

kiske plager (3). Hvis vi hadde et tolerant arbeidsliv for *folk*, med mindre vekt på effektivitet og lønnsomhet og andre av dagens idealer, hadde vi trolig også hatt mindre utstøting fra arbeidslivet.

#### Steinar Krokstad

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

1. Joner A. Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 940–41.
2. Krokstad S, Holthe H. Gruppeterapi for pasienter med sosial angst. Kognitiv terapi i Norge 2000; 1, nr. 4: 3–7.
3. Krokstad S, Westin S. Disability in society. Medical and non-medical determinants for disability pension in a Norwegian total county population study. Soc Sci Med 2004; 58: 1837–48.

#### A. Joner svarer:

Steinar Krokstad hevder at undertegnede mener at folk med sosial fobi og depresjon ikke forstår sitt eget beste, at deres leger med gode intensjoner velger å sykmelde dem av medfølelse og at dette faglig sett ofte er feil. Dette er en misforstått gjengivelse av innholdet i kronikken. Mitt poeng er at den læringspsykologiske konsekvensen av unnvikelse ved for eksempel sosial fobi i første omgang er positiv. Fravær av krav til møtedeltakelse kan være en stor lettelse for en arbeidstaker med sosial fobi. Imidlertid kan denne unnvikelsen virke vedlikeholdende på symptomene, fordi vedkommende ikke får reelle opplevelser som kan kaste lys over det dysfunksjonelle tankegodset som utgjør kjernen i plagene (1). Mitt poeng er ikke at pasienter ikke forstår sitt eget beste, men at den kortsiktige effekten – mindre plager – kan skygge for det som er det beste alternativet i det lange løp.

Videre hevder Krokstad at arbeidsplassen ikke er noen egnet arena for eksponering og atferdsekspesimenter, da dette krever mer kontrollerte betingelser. Her er vi nok faglig uenige. Via prosjektet Jobbmestrende oppfølging i NAV er det gjennomført kortsterapeutisk behandling av over 100 personer de siste to årene, og arbeidsplassen er i stor grad blitt brukt som arena. Erfaringer herfra viser at jobben kan være godt egnet for eksponering og atferdsekspesimenter og har ofte større generaliserbarhet til det virkelige liv enn konstruerte situasjoner.

Jeg stiller meg videre undrende til at arbeidsplassen ikke kan utgjøre kontrollerte omgivelser og opplever dette som en oppfatning av behandling som en relativt isolert virksomhet. Forskning viser at integrert bistand er avgjørende for at personer med psykiske lidelser skal kunne komme tilbake på jobb (2). I dette samarbeidet er arbeidsgiver en viktig deltaker, som gjennom tilrettelegging kan minske uforutsigbarheten og legge til rette for progresjon i krav og eksponeringsnivå. Mange mennesker med

milde depresjoner vil kunne stå i jobb forutsatt at arbeidsgiver tilrettelegger for den enkeltes behov i tilstrekkelig grad.

#### Andreas Joner

NAV arbeidsrådgivning Østfold

#### Litteratur

1. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. I: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA et al, red. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford Press, 1995.
2. Drake RE, Becker DR, Bond GR et al. A process analysis of integrated and non-integrated approaches to supported employment. Journal of Vocational Rehabilitation 2003; 18: 51–8.

## Kvar skal dei gamle behandlast?

Eg deler stort sett synet til Lars Helling i lesarinnlegget i Tidsskriftet nr. 7/2008 på sjukeheimsfunksjonen (1), men reagerer på dei mange udokumenterte påstandane hans. Helling skisserer verdfulle opprustingstiltak for sjukeheimane som, om dei vart gjennomført, ville resultere i at «svært mange sykehusinnleggelsar unngås». Finst det adekvat dokumentasjon på dette? Innlegging i sjukehus vert styrt av haldningar og krav så vel som sjukeheimsressursar.

Det blir feil å samanlikne legedekninga i sjukehus og sjukeheim per seng. Ei medisinsk avdeling med 80 senger har 6 000–7 000 pasientar per år og 12 000–15 000 polikliniske konsultasjonar. Ein sjukeheim med 80 senger har neppe meir enn 300–600 innleggingar. Minst halvparten av legene ved ei tradisjonell medisinsk avdeling er i utdanningsstilling, og mykje legetid går med til vaktfunksjon, dokumentasjon, fagutvikling mv.

Utsegna «De medisinske problemene hos sykehjemspasientene er således antakelig større enn sykehuspasientenes» kan Helling neppe meine. Eg er likevel samd i at legedekninga (og sjukepleiardekninga) ved sjukeheimane er altfor dårleg. Eg deler synet til Helling om at flytting av gamle sjuke er uheldig. Men «flytteargumentet» brukt mot intermediearavdeling blir likevel feil – fordi Helling og Garåsen og medarbeidarar (2) snakker om ulike pasientkategoriar.

Intermediæreiningar vil sikkert kunne fungere som supplement i nokre tilfelle, men neppe som eit etablert ledd i helse-tenestetilbodet til gamle. Den nyanserte konklusjonen til Garåsen og medarbeidarar styrker meg i dette synet: «... i hovedsak handler det om den strukturerte og systematiske kommunikasjon med ansvarspersoner i pasientens sosiale nettverk og med kommunenes helse- og omsorgstjenester – foruten enhetens helsefaglige kompetanse og ressurser.» Kan ein ikkje oppnå dette utan ein ny type «mellomstasjon» dersom aktørane i heile behandlingsskjeda tek sin del av samhandlinga samstundes som

alvoret i kompetanse- og ressursvikten på sjukeheimssektoren blir teken på alvor?

Dette inneber ei satsing både i spesialisthelsetenesta og i kommunane så dei gamle kan få ta del i spesialisthelsetenesta når dei treng det, på *sine* premiss og etter følgjande tre prinsipp: minst mogleg flytting, rask hjelp av kompetent helsepersonell og rehabilitering/aktivering som ein naturleg og integrert del av behandlingstilbodet. Vi treng ei djuptgåande drøfting av krav og forventningar, fagleg opprusting av sjukeheimane og tilrettelegging for gamle på sjukehuset (spesielt integrert aktivisering/rehabilitering og personale med geriatrisk kompetanse).

Kanskje vi då ikkje treng «nyskapinga» intermedieareining, som eg er skeptisk til. Ho kan bli teken til inntekt for noko ho ikkje er, nemleg eit reelt alternativ til spesialisthelsetenesta – med svekking av det ansvaret sjukehuset har i høve til dei gamle og som konsekvens forringe tilbodet totalt sett. Heller ikkje opprusting av sjukeheimane må tolkast og gjennomførast på ein måte som gir slik konsekvens.

#### Odd-Roe Skogen

Ålesund

#### Litteratur

1. Helling L. Sykehjem og medisinsk behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 843.
2. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller i intermediearavdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 283–5.

#### L. Helling svarer:

Jeg takker for Odd-Roe Skogens konstruktive og utfyllende kommentarer. Undertegnede har ingen dokumentasjon for mine påstander og har ikke lett etter det heller. Jeg har bare rent logisk – og ut fra erfaring – kommet til konklusjonene.

Det er meget mulig at «holdninger og krav» har så stor innflytelse at rasjonelle innleggelsesrutiner er vanskelig å få til, og problemene er mange. Mange av sykehusinnleggelsene går via legevakt, ofte ganske sjablongmessig og uten særlig vurdering. Ordningen med «beordring» av fastleger som tilsynslege (mer eller mindre motvillig) er ikke noen god løsning. Jeg ser heller ikke intermediearavdelinger som noen løsning. Vi er antakelig også enige om at vi må finne en bedre løsning enn dagens ordning med de gamle som pakkepost inn og ut av sykehus.

Jeg er helt enig i Skogens ønsker slik han legger dem frem i de to siste avsnittene av sitt innlegg. Men hvordan skal vi få dette til? Hva skal vi foreslå for våre helsebyråkrater lokalt og sentralt?

#### Lars Helling

Lillehammer