Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Selvhjelpsgrupper virker

I Tidsskriftet nr. 18/2008 beskriver Søvik & Larsen nytten av selvhjelpskurs ved kronisk sykdom (1). Jeg har bakgrunn i spesialitetene revmatologi og fysikalsk medisin og rehabilitering og vil gjerne supplere med noen erfaringer med og dokumentasjon om selvhjelpskurs.

Så langt tilbake som i 1987 begynte vi med gruppetilbud til fibromyalgipasienter ved Arendal sykehus. Vi foretok en kontrollert klinisk ettårsstudie med grupper som fikk hjelp til selvhjelp med et program med informasjon, samtale- og avspenningsøvelser, kalt Agder smerteskole (2). Det ga positive evalueringer, men viste ingen sikker samfunnsøkonomisk gevinst. Så kontaktet jeg den store «guru» på området, Kate Lorig ved Stanford-universitetet i USA, som startet sine første selvhjelpskurskurs i 1979. Hennes Arthritis self-management program hadde gode langtidsresultater (3). Jeg gikk hennes leder- og trenerkurs i begynnelsen av 1990-årene og fikk tillatelse til å oversette og bruke programmet i Norge.

Det resulterte i et prosjekt i Sosial- og helsedirektoratets regi, med kontrollgruppe og oppfølging og med gode resultater etter fire og 12 måneder (4). Det forundret meg imidlertid at heller ikke dette prosjektet ga økonomisk gevinst for den enkelte eller samfunnet, ifølge Agderforsknings evaluering. Lorig og medarbeidere kom deretter med et nytt kurs beregnet på flere grupper av kroniske sykdommer. Det ble positivt evaluert også fra et samfunnsøkonomisk standpunkt. Jeg innarbeidet de nye perspektivene i kurskonseptet Livsgnist, som ble et treårsprosjekt i stiftelsen Helse og Rehabilitering ved fem rehabiliteringssentre i fem fylker (5).

Ved Sykehuset Østfold Fredrikstad oversatte man Lorig og medarbeideres nye kurs i sin helhet og brukte det i Selvhjelpsprogram for kronisk syke og funksjonshemmede i 2002. Jeg samarbeidet med prosjektleider Birgitta Lundberg, som også oversatte Lorigs bok *Å leve et friskere liv*. Dette er modellen for de fleste kursene som brukes ved lærings- og mestringsentrene ved de enkelte sykehus og rehabiliteringssentre og av frivillige organisasjoner i dag.

Jeg er enig med forfatterne i at man i fremtiden bør satse mer på opplærings-tilbud for at brukere med kroniske helseproblemer kan mestre hverdagen bedre. Ytterligere forskning og evaluering er nødvendig.

Det er vanskelig på forhånd å forutsi hvem som kan oppnå de beste resultatene. Tilgjengeligheten til kurs bør bli bedre for potensielle brukere på landsbasis. Leger og helsepersonell må bli flinkere til å informere brukerne og henvise til de steder der selvhjelpsgrupper tilbys.

Odd Arne Kogstad
Søgne

Litteratur

1. Søvik M, Larsen T. Kronisk syke har nytte av selvhjelpskurs. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2085–6.
2. Kogstad OA, Hintringer F, Jonsson YM. Smerteskole. Behandlingstilbud for fibromyalgipasienter og andre med kroniske, ikke-ondartede smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1725–8.
3. Lorig K, Lurin J, Gines GE. Arthritis self-management. Nurs Clin North Am 1984; 4: 637–45.
4. Forsøksprosjekt Trygd og rehabilitering. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 1995.
5. Prosjekt 1997/17: Mestringskurs. Oslo: Stiftelsen Helse og Rehabilitering, 2000.

Har Radiumhospitalet en tobakkspolitikk?

Mot slutten av medisinstudiet foregår en god del av undervisningen på Radiumhospitalet. Vi som deltar, har måttet passere inngangspartiet og kioskområdet flere ganger den siste tiden. Jeg er ikke alene om å ha notert meg et og annet i den forbindelse:

Det første som møter en, er askebegrene utenfor hovedinngangen. Rundt dem er det ofte intravenøstativer med poser av ymse slag og i enden av infusjonsaggregatet en frossen røyker iført husets kledelige morgenkåpe. Man kan ikke forvente at alle som får en kreftdiagnose skal stumpe røyken. Ikke alle kreftformer er forårsaket av tobakk, og noen er også så alvorlige at en ev. røykeslutt ikke vil forandre prognosen nevneverdig. Det skjærer likevel litt i øynene når dette er førsteinntrykket. Videre inn finnes det en hyggelig kiosk der man kan få seg en deilig kopp kaffe eller noe godt å bite i. Denne er omkranset av sittegrupper der pasienter, pårørende og studenter kan hygge seg i omgivelser noenlunde fri for hvitt tøy.

På studiet har vi lært at eneste måte å begrense bruken av stimulantia på er å regulere pris og tilgjengelighet. Kiosken på Radiumhospitalet tilbyr over 30 ulike sorter tobakk for inhalasjon. Det har slått flere av oss at dette kanskje er litt i overkant, og

atskillig mer enn nødvendig i en gjennomsnittlig Narvesen-kiosk. Nesten litt ironisk når det over den store tobakksshyllen henger et skilt med teksten: «Hva kan vi friste deg med?» Jeg tipper at både røykere og eksrøykere ser mer på røyken enn på pølsene.

Lars Reime
Oslo

Nasjonalt rapporterings-system også for den norske helsetjenesten

Helsevesenet endrer seg stadig – mot mer sammensatte og komplekse systemer. I disse systemene er feil og avvik uunngåelig, men de blir samtidig i liten grad akseptert (1). Personellet som er involvert i de uheldige hendelsene, blir ofte urettmessig stilt til ansvar for de feil som blir begått (2, 3).

Undersøkelser fra USA viser at uheldige hendelser medfører at mellom 44 000 og 98 000 sykehuspasienter dør hvert år på grunn av menneskelige feil (4). Tilsvarende tall for norske sykehus er beregnet til ca. 2 000 i året. Rapporter fra luftfarten har vist at det er samvariasjon mellom feilhandlinger, hendelser og ulykker. Denne samvariasjonen er i dag en av de mest fremtredende teorier brukt i moderne luftfartsorganisasjoner for å forebygge ulykker. Assisterende direktør Rolf Gunnar Jørstad ved Norsk pasientskadeerstatning beskriver en formidabel og tilsynelatende uholdbar mengde uheldige hendelser i helsevesenet (5). Dagfinn Høybråten (helseminister i perioden 2001–04) uttalte at uheldige hendelser er en gullgrube til kunnskap og forbedringer. «En systematisk, anonym rapportering kan redde liv, spare kostnader og gi mange større livskvalitet. Det vil gi mer tilfredse pasienter og tryggere helsearbeidere» (6).

Et nasjonalt rapporteringssystem, basert på de erfaringer luftfarten har bygd opp, kan være et bidrag til å nå dette målet. Det er likevel to utfordringer. For det første: Hvordan skal man få helsearbeidere til å rapportere egne (og andres) feil (3)? For det andre: Hvordan skal man kunne håndtere rapportene som blir sendt inn?

Innenfor luftfarten har dette vært en lang prosess. To forhold har vist seg å være av betydning. Det ene er beskyttelse av fly-