

Poliklinikk og avdeling – en enhet

Sykehusavdelingene er overbelastet. Pasientene ligger i korridorene, og personalet kjemper en håpløs kamp mot ventelistene. Det har utløst et naturlig krav om flere senger for å bygge seg ut av kaos – til tross for at Norge allerede ligger i tetgruppen med 5,8 sykehussenger pr. 1 000 innbyggere.

Studerer man sykehusstatistikk,¹ blir man slått av hvor store variasjoner det er i liggetiden ved norske sykehus, både gjennomsnittlig og for de enkelte sykdommene. I 1975 varierte for eksempel gjennomsnittlig liggetid pr. opphold i 7 fylker mellom 9,2 og 12,4 dager. Mer detaljert statistikk fra 4 fylker viser at liggetiden etter abort varierte mellom 2,7 og 5,2 dager, for lårhalsbrudd hos kvinner mellom 14,8 og 30,5 dager og for prostata lidelser mellom 15,3 og 21,2 dager. Dette tyder på at arbeidet er forskjellig organisert ved sykehusene, og antagelig er det mulig – iallfall delvis – å organisere seg ut av kaos.

Poliklinikkene er en del av sykehusenes samlede ressurser, og mange har spurt seg om poliklinikkene kan avlaste avdelingene. To artikler i «Tidsskriftet» svarer bekræftende på dette spørsmål, én fra medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø² og én i dette

nummer fra kirurgisk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus.³ Man skulle tro at medisin i Tromsø og kirurgi i Akershus er svært forskjellig, men det er slående likheter mellom opplegg og erfaringer i disse to artikler.

Utgangspunktet er at avdeling og poliklinikk utgjør en enhet og derfor må organiseres som en enhet. Begge sykehusene har funnet at poliklinikkene bør ha egne lokaler og eget personale, bortsett fra legene som bør arbeide både ved avdelingene og ved poliklinikkene etter en fast turnus. Dette sikrer et felles faglig syn, letter samarbeidet og gir de underordnede leger bedre utdanning. Alle ventelistepasientene bør vurderes og i mange tilfelle utredes ved poliklinikken, slik at innleggelse helt kan unngås eller bli kortvarig. For eksempel ble hele 60 % av Tromsø-pasientene undersøkt og behandlet ved poliklinikken, slik av ventelistene skrumpet ned til 15–30 pasienter. Og ved Sentralsykehuset i Akershus ble 67 % av ventelistepasientene innlagt fra poliklinikken, og av dem som ble operert, ble 63 % operert innleggelsesdagen eller dagen etter. Slike resultater krever omhyggelig organisasjon, som må tilpasses til forholdene ved hvert enkelt sykehus. Sykehuset må derfor vurdere sin egen situasjon, arbeidsmåte og muligheter, slik disse to artikler gir eksempler på. I mange tilfelle vil en bedre organisasjon kreve nye res-

surser til poliklinikkene, både lokaler og stillinger. Men disse utgifter vil være vesentlig lavere enn hva det vil koste å bygge ut sengeavdelingene. Det største problemet er likevel å bryte igjennom tradisjonelle arbeidsmåter og endre syn og holdninger.

Pasienter som legges inn tiltrengende øyeblikkelig hjelp, reiser spesielle problemer, særlig ved kirurgiske avdelinger. Solheim peker på at hele 61 % av disse pasientene ikke ble operert i hans materiale, og i alt 43 % ble utskrevet samme dag eller dagen etter. Observasjonen av disse pasientene kunne ha vært gjennomført ved en mottagelsesavdeling. Dette ville ha forenklet arbeidet ved sengeavdelingene. Her er det behov for fortsatte studier og praktiske forsøk.

En stor del av poliklinikkens oppgave er kontroll av tidligere pasienter. Det er viktig å organisere dette arbeidet slik at pasientene får samme lege hele tiden. Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer. Likevel må det understrekes at i norsk helse-tjeneste er det primærlegene som skal ha det direkte ansvar for pasientene. Poliklinikkene skal ikke utbygges som et alternativ til primærhelsetjenesten. Samarbeidet mellom poliklinikkene og primærlegene blir derfor særlig viktig. Det krever at begge parter gir hverandre god informasjon og sørger for at pasientene behandles på rett sted.

Koordinering av avdelingenes og poliklinikkenes arbeid gir

¹Statistisk Sentralbyrå: ØMI-statistikk 1975 for alminnelige somatiske sykehus. Arbeidsnotat 22/7-1977, 47

²Burhol, P. G. & Waldum, H. L.: Organisering og drift av en medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 753-754

³Solheim, K.: Bruk av sykehussenger i kirurgisk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 1530-1532

Hypertensjon hos eldre og gamle

Ned med høyt blodtrykk¹ er en utmerket innledning til en omfattende kampanje mot et stort helseproblem. Når Lund-Johansen sammen med Humerfelt og Sulheim også har utgitt en ny ajourført utgave av Hypertensjon i almenpraksis,² skulle alle Norges leger ha tilstrekkelig medisinsk grunnlag til å observere, utrede og behandle unge og middelaldrende med hypertensjon. Det er enighet om at denne gruppen med hypertensjon er meget stor, og at antihypertensiv behandling etter dagens retningslinjer vil kunne gi individene og samfunnet en betydelig helsegevinst.

Samtidig fremhever Lund-Johansen at hos eldre må andre regler benyttes når det gjelder observasjon og behandling av blodtrykket,

¹Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 427-430

²Dumex, Norge 1977

mange fordeler. Ventelister og ventetider blir vesentlig kortere, og pasientene sparer tid og kan ofte slippe innleggelse. Det sparer også sykmeldingstid og reduserer utgiftene for både folketrygden og pasientene. Legene får opplæring og trening i en mer rasjonell arbeidsmåte, og de får følge pasientene gjennom lengre tid, slik at de får bedre grunnlag for sine vurderinger. Sykehusene bør derfor ta opp den utfordringen som ligger i disse to artiklene.

Peter F. Hjort

og gir enkelte eksempler på dette. Til avslutning understrekes betydningen av kontinuerlig etterutdanning innen hypertensjonsområdet.

Det kan ikke være tvil om at blodtrykket hos eldre og gamle er et viktig klinisk spørsmål. Dette vises tydelig i Fugelli og medarbeideres store og meget interessante arbeid Forskrivning av antihypertensiva i almenpraksis.³ Nitti prosent av alle pasientene, i alt 3 253, var over 50 år, og i disse aldersgrupper var det dobbelt så mange kvinner som menn. Over 70 år var det så mange som 600 pasienter.

Dessverre er det i Norge ingen undervisning i geriatri, og de få leger som er interessert i geriatri, har ikke hatt anledning til å undersøke og følge et større antall eldre og gamle med hypertensjon i tilstrekkelig lang tid.

Heldigvis kan vi benytte oss av Storbritannias omfattende erfaringer innen geriatri fra de siste 30 år. «National Health Service», som begynte sitt arbeid i 1948, hadde ved samarbeid mellom politikere, administratorer og leger lyktes å etablere omfattende geriatrike tjenester innen alle regioner i Storbritannia, fulgt av blant annet spesialistutdannelse for leger og opprettelse av professorater i geriatri ved mange av de medisinske fakulteter. En omfattende viten om Eldres og Gamles hypertensjon er samlet, og det er i de siste 10-15 år publisert mange kliniske undersøkelser fra samme emneområde.

Blant britiske geriater er det bred enighet om at medikamentell antihypertensiv behandling ikke er indisert for de fleste av de gamle. Dette er også blitt den vanlige oppfatning blant Norges geriater.

³Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 325-327

Hvem er eldre og hvem er gamle? I skrift og i tale er begge betegnelser i en årrekke blitt brukt om hinannen uten nærmere presisering. I forbindelse med drøftelsene av blodtrykket kan det være hensiktsmessig at personer i aldersgruppen 60-69 år kalles eldre og alle over 70 år gamle. Vi vet at blodtrykket øker med alderen og hurtigere etter 40 års alder. Derimot ser det ut til at blodtrykket ikke sikkert øker etter 65 års alder. Hos eldre kvinner er blodtrykket høyere og mer labilt enn hos eldre menn. Gruppen eldre karakteriseres også av at de typiske aldersforandringer som kan ha innflytelse på diagnosen og behandlingen av blodtrykksykdommen, er lite fremtredende sammenlignet med hos gamle.

I tiden fremover kommer gruppen eldre til å bestå av middelaldrende som er blitt eldre sammen med sin blodtrykksbehandling. Etter dagens retningslinjer skal den antihypertensive behandling hos dem fortsette «inntil videre». Dette er spesielt viktig hvis det også foreligger komplikasjoner til blodtrykksykdommen.

Teoretisk skulle det ikke ta lang tid før alle de eldre (60-69 år) som trenger antihypertensiv behandling er begynt med denne før 60-årsalderen. Hvis man hos en eldre person skal vurdere høyt blodtrykk som ikke tidligere er registrert, kan det være riktig å bruke blodtrykk 200/110 og høyere som grunnlag for drøftelse av den antihypertensive behandling.

Finnes det normalverdier for blodtrykk hos eldre og gamle? Det er karakteristisk og hemmende for geriatrik medisin at det ikke finnes normalverdier innen biokjemi eller fysiologi osv. på samme måte som for unge og middelaldrende individer. Forklaringen er blant annet at eldre og gamle blir påvirket av aldersprosesser, og virkningene av