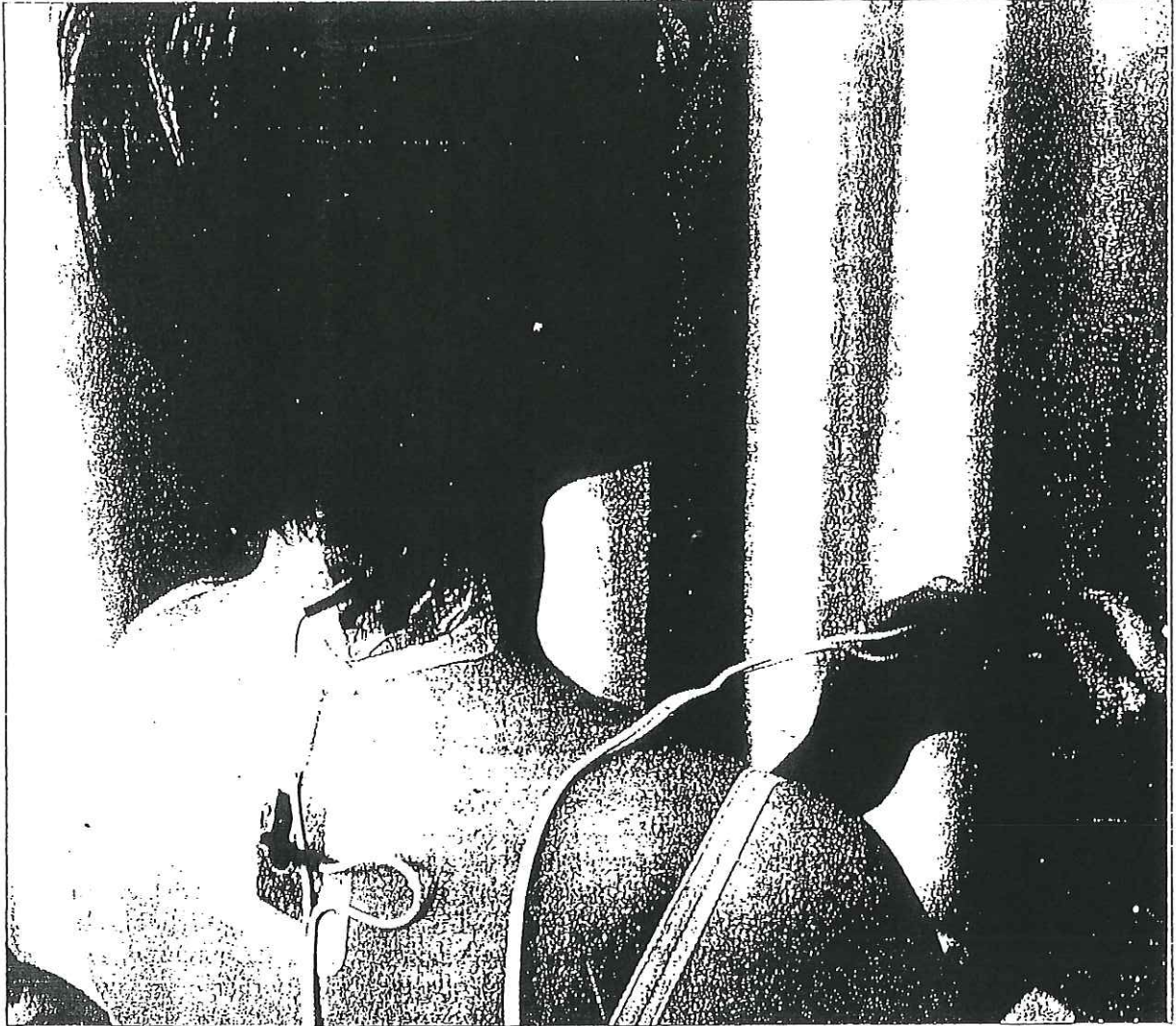


Smerteklinikken på Haukeland



Det blir fokusert mykje på smerter og smertebehandling for tida. Smertegrupper og smerteklinikker fins no fleire stader i landet. Smerteklinikken på Haukeland sjukehus i Bergen er den fyrste tverrfaglege smerteklinikken i Noreg. Den blei starta i 1983. Jeanne Boge er sjukepleiar på smerteklinikken, og fortel her om behandlinga der.

I DEI SISTE ÅRA HAR DET VORE fokusert mykje på smerter og smertebehandling. Det har kome i stand smertegrupper og smerteklinikkar fleire stader i Norge. Trass i auka interesse for smerter arbeider få helsearbeidarar med smerter på heiltid.

Tverrfagleg samarbeid er eit nøkkelord i alt arbeidet som vert utført ved smerteklinikken i Bergen, som er den fyrste tverrfaglege smerteklinikk i Norge. Ved hjelp av Landsforeningen mot Kreft og Haukeland sjukehus, starta Stein Husebø klinikken i 1983. Smerteklinikken er underlagt anestesi-avdelinga ved sjukehuset. Forutan lege er det tilsett sekretær, fysioterapeut, psykolog, medisinerstudent (eit år permisjon frå studiet) og sjukepleiar. Alle vert lønna av Landsforeningen mot Kreft, med unnatak av fysioterapeuten som får 2/3 av si lønn frå Fondet i Fysioterapiforbundet. Det er Haukeland sjukehus som held lokaler og betaler utstyr.

Smerteklinikken har ingen sengeplasar. Klinikken behandlar pasientar med kreft og smerter, og pasientar med smerter utan malign grunnliding. I 1987 var 460 pasientar behandla ved klinikken, av desse 236 kreftpasientar.

Målet med arbeidet kan uttrykkjast med følgjande utsagn:

«Det er personen som opplever smerter. Smerter høyrer heime i kroppen og sjela. Både kropp og sjel er integrert i verda til personen. Eit menneske som er truga i sin eksistens og treng hjelp. Terapi må integrerast i omsorg for å hjelpe personen. Målet med omsorg er å tek seg av heilskapen er ikkje å reparera eller konservera menneskekroppen, men å gje mål og mening til heile livet.» (Degenaar 1979 - fritt oversett.)

For å nå i mål bruker ein fleire metoder:

- Direkte pasientkontakt
- Forskning
- Undervisning
- Rådgeving
- Samarbeid med helsepersonell på Haukeland sjukehus, - i regionen, på landsbasis, i Norden og internasjonalt.

Transkutan Elektrisk Nervestimulering (TNS) er eit viktig behandlingstilbod med få biverknader. (se foto s. 4)

- Nært samarbeid mellom dei tilsette ved smerteklinikken.

Det haldningsskapande arbeidet går som ein raud tråd gjennom alle aktivitetar som vert utført. Smerteklinikken står for eit holistisk helseideal. Behandlinga går ut på å få pasienten attende til ein likevektstilstand der balansen mellom personen og hans biologiske og sosiale miljø er gjenopprett. Helseidealet er positivt. Eit viktig moment er trua på mennesket sine eigne ressursar i kampen mot sjukdom og lidning (Alvsvåg 1979). For å hjelpe mennesker i kampen mot smertene er følgjande viktig: 1. Påverke vevsskade eller smerteinformasjon. 2. Påverke smerteinhibisjon. 3. Påverke smerteoppleving. 4. Påverke konsekvensane av smertene.

EIN VANLEG DAG PÅ SMERTEKlinikken startar med telefonid mellom klokka 08.00 og 09.00. Deretter følgjer morgonmøte for dei tilsette. Morgonmøtet vert innleia med fagleg innlegg. Sidan vert dagen planlagt og pasientar diskutert. I vekeplanen går det fram kor mykje tid som vert avsett til dei ulike aktivitetar ved klinikken.

På inntaksmøtet som vert avholdt kvar tirsdag, vert det avgjort kva pasientar som skal innkallast og kven som skal sjå til pasienten fyrst. Inntaksmøtet er etterfølgd av møte i smertegruppa. Her vert pasientar vurdert/diskutert. Pasientane er ikkje til stades på møtet. Både på inntaksmøtet og på møtet i smertegruppa er dei tilsette ved smerteklinikken representert, dessutan nevrolog, nevrokirurg, psykiater og onkolog. I enkelte saker vert også anna helsepersonell innkalla.

For å dokumentere at det ein gjer overfor pasientane virkar er det nødvendig å forske. Av forskningsprosjekt kan nevnt:

- Tørste hos alvorleg sjuke og døande.
- Transkutan Elektrisk Nervestimulering mot kroniske smerter.
- Gruppebehandling av pasientar med kroniske smerter.
- Sarotex som smertestillande medikament.
- Transkutan Elektrisk Nervestimulering mot Angina Pectoris.
- Kommunikasjonsproblem ved terminal sjukdom.

Smerteklinikken er representert i «Rådgevingsgruppa for omsorg for alvorleg sjuke og døande» ved Haukeland sjukehus. Denne gruppa arrangerer omsorgskurs og arbeider for at alvorleg sjuke og døande skal få god omsorg og adekvat medisinsk behandling. Rådgevingsgruppa er også oppteken av pårørende og helsepersonell sin situasjon. For tida er lege og sjukepleiar ved smerteklinikken representert.

Rådgeving og undervisning er viktige ingrediensar i arbeidet. Gjennom telefon og i dagleg arbeid prøver dei tilsette ved smerteklinikken å auka forståinga for smerter og betra smertebehandlinga. Forutan undervisning som inngår i dei daglege aktivitetar, er representantar frå smerteklinikken ofte å finna som foredragshaldarar på kurs for helsepersonell.

Smerteklinikken har ikkje høve til å dra heim til pasientar, men har ofte samarbeid med primærlege og heimesjukepleiar. Eit av måla er at flest mogeleg skal læra mest mogeleg om smerter. For å nå dette målet er det viktig at ein ikkje overtek arbeid som kollegar like gjerne kan utføra, men at ein prøver å dyktiggjera personalet som har det daglege tilsyn med pasienten.

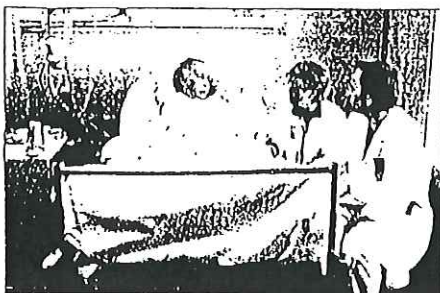
OMLAG HALVPARTEN AV PASIENTANE som vert behandla ved smerteklinikken har kroniske smerter utan malign årsak (i 1987, 224 av totalt 460 pasientar). Dei fleste av desse pasientane kjem til poliklinikken, medan enkelte er inneliggjande ved sjukehuset.

Hos pasientar med kroniske smerter kan patofysiologiske eller patoanatomiske forklaringsar til smertetilstanden stå i mistilthøve til grad av invaliditet. Smertetilstanden har ofte ingen markert start med vevsøydelegging. Det har ofte starta gradvis og diffust. Pasientane har ofte lang sjukehistorie med ulike utredningar, operasjonar og stort medikamentforbruk, utan eller med negativ effekt på smertene.

Følgjene av smertetilstanden dominerer pasienten sitt liv. Dette kan føre til m.a.:

- Inaktivitet.
- Isolasjon.

Smerte som karriere: Familien og omgjevnadene orkar ikkje med pasienten sine klager og sjukdom. For å ha



Anestesilege Alan Owen-Falkenberg, sykepleiar Eli Svarstad og pasient Lizzie Ann Amundsen samtaler om smertebehandlninga.

kontroll må pasienten ha «meir smerter».

Tallrike ulemper ved bruk av medikament.

Tap av arbeid.

Familiekonflikter. «Sjuk familie».

Negativ utvikling av stemningsleie og kjensler.

Redusert sjølvkjensle.

Vedvarande psykiske problem.

Ofte depresjon.

Kva kan smerteklinikken tilby pasientar med kroniske smerter? Når størstedelen av dei tilviste pasientane lir av ein så samansett og komplisert smertetilstand, gjev det ei naturleg forklaring på kvifor det er nødvendig med tverrfagleg samarbeid for å forventa positive resultat av vurdering og behandling. Sjølv om dei fleste pasientar ved smerteklinikken har ei organisk forklaring på sine smerter, utviklar størstedelen psykosomatisk lidning. Dette understrekar at det er viktig med psykolog og psykiater i teamet.

På smerteklinikken vert det lagt vekt på å skapa eit tillitstilhøve mellom pasient og personalet. Utgangspunktet er at smerter er det pasienten seier det er. Pasienten må oppleve å bli truidd. Jacox gjorde i 1979 ein studie som viste at sjukepleiarar stolte meir på sine egne observasjonar med omsyn til kor vondt pasienten hadde det, enn på pasienten sine egne utsagn. Dette trass i at den mest pålitelege indikator på kor vondt eit menneske har det er eigen, verbal, subjektiv rapport.

Hos dei fleste pasientar med kroniske smerter er det ikkje mogeleg å ta bort smertene. Det vert brukt mykje tid på å gje pasient og pårørende innsikt i sjukdommen si årsak og følgjer. Pårande vert innkalla saman med pasienten ved fyrste konsultasjon. Sidan ved behov.

I samarbeid med ulike ekspertar ved sjukehuset vurderer ein om pasientane

er godt nok undersøkt og om dei har fått fullgod behandling. Analgetikaforbruket vert nøye analysert, og i dei fleste tilfeller er det ynskjeleg og mogeleg å redusera medikamentinntaket.

TNS (Transkutan Elektrisk Nervestimulering) er eit viktig behandlingstilbod. Den smertelindrande effekten av TNS overgår ofte effekten av analgetika. Det er få eller ingen biverknader. Cirka 30 % av pasientane som får prøve ut TNS bruker framleis apparatet etter eit år.

Nerveblokader er lite brukt ved smerteklinikken, men det hender at pasientar får sympaticusblokader og lsemelinblokader.

Psykolog og fysioterapeut driv gruppebehandling av pasientar med kroniske smerter. I desse gruppene får pasientane råd og vegleiing av helsepersonell, samstundes som dei også kan vera til god hjelp for kvarandre.

Sjukepleiar har per i dag minst med dei kroniske smertepasientane å gjera. Dette kan endre seg. Ho samarbeider med fysioterapeut i å gje pasientane instruksjon i bruk av TNS, og i evaluering av effekten. Ho planlegg, assisterer ved og delvis utfører enkelte nerveblokader.

EIN REKNAR MED AT 2/3 AV pasientane med kreft vert plaga av smerter mot slutten av sjukdommen. Undersøkingar frå hospice i England viser at 90 % kan få effektiv smertelindring ved samla innsats, kunnskap og omsorg (Husebø, 1986). Sjukepleiar har hovodansvaret for organiseringa av omsorga for pasientar med kreft og smerter som vert behandla ved smerteklinikken. Dei fleste pasientane er inneliggjande på Haukeland sjukehus. Kreftpasientane som smerteklinikken kjem i kontakt med har ofte kort att å leva når klinikken vert kontakta. Fyrste konsulta-

sjon utfører lege og sjukepleiar saman. Ein del av oppfølgingsarbeidet utfører sjukepleiar på eiga hand.

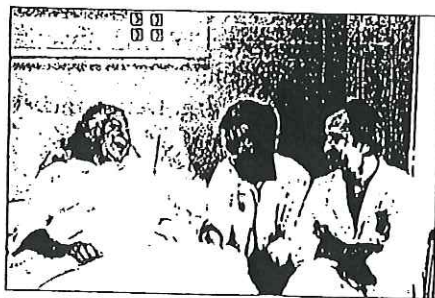
Før pasientsamtalen vert det samla informasjon frå kardex, journal, kurver og gjennom samtaler med pleiepersonalet og eventuelt lege (pasienten sin primærlege/avdelingslege skriv alltid tilvising til smerteklinikken). Kontaktsjukepleiar til pasienten er sentral i all smertebehandling. Ho bør vera med under pasientsamtalane. Slik kan ho vere ei god støtte for pasienten, ho kan repetere informasjon og samstundes får ho sjå og høyre korleis smerteklinikken arbeider.

MALET MED BEHANDLINGA er å gje best mogeleg smertebehandling med minst mogeleg biverknader.

Pasientane me kjem i kontakt med har ofte prøvt fleire typar medisin mot smerter og biverknader, men medisinen er ikkje verksam lenger eller har for mange ulemper. Smerteklinikken bruker fleire typer medisin både mot smerter og biverknader, men morfin er utan samanlikning det medikamentet som vert mest brukt mot kreftpasienten sine smerter.

Før oppstartning med medikamentet får pasienten ein gjennomgang av korleis medikamentet skal brukast for å gje god smertelindring både natt og dag. Medikamentet har fleire ulemper: Pasienten får vita at han kan bli troytt, tørr i munnen, obstipert og av og til kvalm. Det er lettare å hindra enn å behandla obstipasjon, derfor får pasientane avføringsmiddel til faste tider alt frå fyrste dagen dei startar med opoidar.

For mange betyr ordet «morfin» å bli narkoman. Pasienten får vita at det ikkje er nokon fare for at han skal bli narkoman, men det vil skje ei fysisk til-



venning ved bruk av morfin over tid. Den fysiske tilvenninga inneber at ein ikkje brått kan slutta med morfin, men gradvis må redusera inntaket av medikamentet.

Tidlegare var ein redd for at morfin-effekten ville tape seg om ein kom opp i høge dosar. Dette førte til at ein venta lengst mogeleg med å bruke morfin. I dag veit ein at ein kan koma opp i høge doser utan at effekten taper seg, men opptrapping kan bli stogga av biverknader. Dette vert pasienten orientert om.

Om mogeleg får pasienten medisinen oralt. Det er den enklaste måten å administrere medikamentet på. Om pasienten til dømes har tarmslyng og derfor er forhindra i å ta medisinen gjennom munnen, kan han få medikamentet kontinuerleg tilført under huden ved hjelp av ei sprøytepumpe. Ved bruk av epiduralkateter har ein høve til å gje pasienten både morfin og Marcain (lokanestetikum). Trass i at pasientar bruker sprøytepumpe eller epiduralkateter kan dei vere heime. Det er vanleg at heimesjukepleiar hjelper til med opprekking av medisin og ettersyn og stell av subcutan kanyle/sprøytepumpe/epiduralkateter. Dessutan er det sjukepleiar som vanlegvis evaluerer effekten av medisinen.

Uansett kva måte pasienten får smertelindring på, vert det lagt vekt på at pasienten får delta i avgjerder vedrørende behandlinga. Om pasienten ikkje er medviten stiller det seg sjølvstansvis. Det vert lagt stor vekt på å tilpassa behandlinga slik at den på enklaste måte kan utførast både på institusjon og heime. Det må ikkje vera for «firkanta» reglar. Det er pasienten som lir om det ikkje vert teke omsyn til akkurat denne pasienten sin situasjon. I mest all smertebehandling er dei pårørende sterkt involvert og ein er ofte avhengig av deira støtte og hjelp for å få smerte-

behandlinga til å fungere. Opplæring av pårørende er derfor viktig.

Ei av oppgåvene til sjukepleiar ved smerteklinikken er å gje personalet opplæring i bruk av medikament, epiduralkateter, sprøytepumpe og anna. Det er personalet som omgir pasienten som står for den daglege pleie og observasjon. I neste omgang er det vanleg at sjukepleiar på post gir opplæring til pårørende og heimesjukepleiar.

ILEGEJOURNALAR FINN EIN SJELDAN merknader om pasienten sine kjensler eller vurderingar om pasienten har innsikt i sjukdom og behandling (Saunders og Baines, 1984). I karex finn ein oftare slike vurderingar, men langt ifrå alltid.

Ved smerteklinikken vert det lagt vekt på at pasienten skal vera godt informert om sjukdom og behandling. Informasjon gir tryggleik. Trygge pasientar slappar betre av og treng mindre smertestillande medisin enn pasientar som spenner muskulaturen (Næss, 1982). Om pasienten har smerter frå kreftsvulsten, vil han heile tida bli minna om at han er sjuk. Mental smerte vil som oftast forsterkast av alle former for fysisk lidning (Saunders og Baines 1984). Derfor må ein alltid sjå på psykisk lidning i samanheng med fysisk smerte.

Det kan vera tungt å vera saman med pasientar som har smerter og snart skal dø. Pasienten kan oppleva tunge kriser som kan visa seg på ulike vis: Sjokk, skuldskensle, fornektning, aggressivitet, depresjon og resignasjon (Lindquist, 1983). Ein kan få ei kjensle av å ikkje strekkja til. Trass i at ein ikkje er spesialist på kriseteoriar og smertebehandling treng ein ikkje kjenna seg hjelpeless. Det viktigaste er at ein viser interesse og prøver å forstå. Det er sjeldan nødvendig med psykologisk/psykiatrisk hjelp (Saunders og Baines).

Lichter (1979) skriv at pasientar er mindre redd for døden enn for å lide åleine. Under fyrste samtale med pasienten prøver ein å få ein oversikt over pasienten sitt sosiale nettverk og bu-situasjonen. Er det nokon som står pasienten nær? Er det nokon som kan hjelpe pasienten med smertebehandlinga heime?

«De fleste mennesker uttaler at de ønsker å dø hjemme. Dette ønsket er blitt bekreftet gjennom systematiske studier både blant den vanlige befolkning generelt og av kreftpasienter på sykehus spesielt». (Alvsvåg 1979, s. 86)

«Men samfunnsstrukturen gjør det vanskelig å imøtekomme pasientens ønske om å få dø hjemme. Mindre familier, endrede boforhold, at kvinnene tar større del i arbeidslivet utenfor hjemmet og den økende mobilitet i befolkningen gjør det vanskelig å ta seg av de kronisk syke, gamle og døende i hjemmene» (Alvsvåg 1979, s. 87)

Smerteklinikken prøver mest alltid å etablere kontakt med nokon av pasienten sine pårørende. Ved at pasienten har effektiv smertelindring, kan det vera lettare å vera saman med dei han er glad i. Pasientar som ikkje har smertekontroll kvier seg for å dra heim. Pårørnde kvier seg også. Tryggleik vedrørende smertebehandlinga er ein forutsetning for at pasienten skal ha glede av å vera heime. Trass i effektiv smertelindring kan det vera vanskeleg for pasienten å dra heim om han ikkje har nokon som hjelper seg. Familiemedlemmar kan vera yrkesaktive og borte store delar av dagen. Sjukemelding av pårørende kan vera ein måte å løysa slike problem på. Dette vert praktisert ved smerteklinikken. I tillegg er det ofte bruk for hjelp frå heimhjelp/heimesjukepleiar.

Pårørende må kjenna seg trygge på behandlingssopplegget og vera godt informert om tilstanden til pasienten. Dei må få ei kjensle av at helsepersonell er tilgjengeleg om dei skulle trenga støtte. Pårørende må ikkje påleggjast

større oppgaver enn dei maktar eller har lyst til. Pårørande kan oppleve det som eit nederlag at pasienten må på sjukehus. Dei har ikkje vore flinke nok. Dei treng stadfesting på at dei har vore flinke nok. Også på sjukehuset er det viktig at pårørande får delta i omsorga for sine næraste. Å vera nær heilt til slutten vil ofte bli til hjelp i sorga, og hindra at pårørande kjenner skuld etterpå.

Om pasienten ikkje har nokon nære pårørande, kan sosialt samvær vera samvær med helsepersonell og medpasientar. Kvaliteten på samspelet mellom pasient og personell vil truleg vera av overmåte stor verdi i slike høve.

Religiøse konflikter kan oppstå når livet nærmar seg slutten. Signal på slike konflikter prøver ein å fanga opp. Sjukdom og smerte kan hindra ein i å søkja åndeleg føde. Ein prøver å danne seg eit bilete av kva åndelege syslar pasienten set pris på, og om desse kan bli tilfredsstillt.

Smarter kan hindra pasienten i å gå på konsertar eller i kyrkja. Likevel er det mogeleg for pasienten å høyra musikk eller samtala med presten. Morfin kan gjera pasienten så trøytt at han ikkje orkar å lesa. Likevel kan pasienten ha gleder av at nokon les for han.

Ein skal ikkje regna med at alle pasientar har religiøse behov som dei treng hjelp til å få dekkja, men det er viktig at ei ter seg slik at pasienten trygt kan fremja slike behov.

HOS PASIENTAR MED KREFT og smerter kan situasjonen endre seg mykje frå dag til dag. Dette inneber at ein ofte må endre behandlingsopplegget. Om pasienten til dømes bruker morfin, kan døgnbehovet for morfin raskt endre seg. Det er ei føremøn at dei som står nærast pasienten har høve til å justera dosane innan gitte rammer.

Smarter er eit viktig varsel som må takast alvorleg. Smarter kan varsle spredning av sjukdommen. Hos mange pasientar vert spredning diagnostisert klinisk lenge før ein klarar å påvise spredning ved hjelp av moderne diagnostiske metoder. Ved smerteklinikken starter ein smertebehandling ut ifrå grundig anamnese og kliniske funn, trass i at for eksempel røntgenbilda enno ikkje viser spredning. Om smertene har si årsak i psykososiale og åndelege problem, vil ein vanlegvis ikkje få nokon effekt av smertestillande medisiner.

Ein må stadig evaluera om pasienten får den hjelp han treng mot sine smerter. Pasienten må sjølv få høve til å fortelja oss kva han opplever som mest plagsomt og smertefullt, og korleis smertebehandlinga verkar. Lindring av plagsomme symptom ved alvorleg sjukdom og død er tidkrevande. For å sjå om pasienten får fullgod smertebehandling, pleier sjukepleiar ved smerteklinikken å evaluera behandlinga mest dagleg den fyrste tida etter at behandlinga er starta. Legen ved klinikken er med i den grad det er nødvendig

eller mogeleg. Kor tett oppfølging som er nødvendig varierer frå pasient til pasient.

Trass i maksimal smertebehandling vil det vera pasientar som likevel har smerter. Slike pasientar kan vera krevasive å pleia. Ein kan få ei kjensle av at ein ikkje strekkjer til, av di pasienten har vondt trass i at han får den beste omsorg, pleie og medisinsk behandling. Frustrasjon og negativ innstilling til pasienten kan bli resultatet, om det ikkje er eit støttande miljø som hjelper ein (Sofaer, 1983). God kunnskap om smertebehandling kan førebyggja slik frustrasjon, ved at ein blir flinkare til å omgåast pasientar som har smerter.

Ein opplever at sjukepleiarane ofte er ivrigare enn legane for å få til god smertebehandling. Grunnen er truleg ikkje at sjukepleiarar er edlare mennesker enn legane, men at sjukepleiar opplever smertene til pasienten sterkare enn legen. Legen kan forlata pasienten og avdelingen. Sjukepleiarer må bli hos det lidande mennesket. Ved å gje pasienten god smertebehandling, tek ein ikkje berre godt vare på pasienten, men også på pleiaren.

I arbeidet ved smerteklinikken er opplæring av helsepersonell sentralt. Det vert arbeid for at flest mogeleg skal bli flinke til å behandla smerter. I dagleg virke på dei ulike avdelingar prøver representantar frå smerteklinikken å gå føre med eit godt eksempel. Ein lærer mykje ved å gå på mange ulike avdelingar. Gode idear frå ein post prøver ein å overføra til andre postar. Haldninga-

Forts. side 25.



Tverrfagleg samarbeid er eit nøkkelord på smerteklinikken. Her er helle gruppa, frå venstre: sjukepleiar Jeanne Boge, psykolog Gunnar Rosen, fysioterapeut Alice Kvåle, sjukepleiar Eli Svarstad, sekretær Wenche Kubon, lege Stein Husebø, stud.med. Sameline Grimsgård.

transport og oppbevaring blir av stor betydning. I praksis viser det seg at mange prøver ødelegges før de når laboratoriet og at sykepleieren er helt avgjørende for å bedre disse rutinene.

Vi håper at informasjonsarbeidet skal føre til økt oppmerksomhet om meningokokksykdom blant publikum, bedre kunnskaper om det typiske utslettet og mer intens overvåking av feberbarn i hjemmene. Løft lett på dynen og undersøk om febrile barn har fått utslett en gang i løpet av natten. Samlet burde dette kunne gi håp om lavere dødelighet – uansett om vaksineforsøket viser beskyttelse eller ikke.

Sommeren 1987 ble vaksinen første gang prøvet på 18 friske frivillige på SIFF. Hjerter- og kretsløpfunksjoner, nyrer, lever og blod ble omhyggelig kontrollert de første timene etter vaksinasjonen. Bortsett fra stigning i antallet hvite blodlegemer (som er bra) ble

det ikke påvist avvik fra det normale.

Vi har senere vaksinert 200 personer med to injeksjoner. Ømhet på injeksjonsstedet er observert av nesten alle. En tredjedel har angitt lette generelle plager som uvelfølelse, hodepine o.l. i løpet av de første døgn etter vaksinasjonen. Syv personer har fått feber over 38°C. Dersom vi sammenligner med f.eks. trippelvaksinen, er den nye meningokokkvaksinen en svært «snill vaksine». Det har ikke vært noen tegn til allergiske reaksjoner, og ingen har hittil hatt symptomer som har gjort oss eller vaksinandene engstelige.

Før det store beskyttelsesforsøket starter, vil 500 være vaksinert med grundig oppfølging. De 5 000 første ungdomsskoleelevene vil så observeres i én måned før hovedgruppen får vaksinen. Alle de frivillige er forsikret av Sosialdepartementet. Et uavhengig råd av erfarne barneleger mottar informa-

sjon om bivirkninger og mulige komplikasjoner. De kan, når de finner grunn til det, forlange forsøket stoppet.

I årsskiftet 1990/1991 kan vi vite om vi har et våpen til å stoppe den norske meningokokkepidemien som de siste årene har krevd mer enn 300 liv.

Før vi kommer dit, vil vi ha vært igjennom det største kliniske forsøk i vår historie. 2/3 av alle ungdomsskoleelever har frivillig valgt «tort og svie» for å gjøre andres framtid tryggere. Lærere, skolehelsetjenesten og pressen har sammen gjennomført informasjonskampanje om vaksinasjon. Sykehus og primærhelsetjeneste har gjort sitt ytterste for å diagnostisere 100 % av mistenkte meningitt- og sepsistillfeller korrekt. Og, – alle nordmenn kjenner symptomene på meningokokksykdom. Klarer vi den – så er mye mulig i forebyggende helsearbeid! ■

SMERTEKLINIKKEN -

Forts. fra side 8.

ne som smerteklinikken representerer er vanlegvis samanfallede med anna helsepersonell sine haldningar til mennesker som har smerter. Mest alt helsepersonell er opptekne av å gje pasientane god smertebehandling. Smerteklinikken prøver å auka kunnskapane om smerter og smertebehandling, slik at helsepersonell vert i stand til å gje pasientane den smertelindring dei gjerne ynskjer å gje.

Ved å undervise på kurs, bruke telefonen og skrive om smerter, prøver ein å spre kunnskap om smerter – ikkje berre til helsepersonell på Haukeland sjukehus – men også til distrikta rundt og i landet for øvrig. Smerteklinikken har kontakt med helsepersonell i Norden, England, USA og Canada som driv liknande arbeid med det smerteklinikken i Bergen driv.

I 1987 blei det sett ned ei arbeidsgruppe av Helsedirektøren for å utreda «Smerteklinikk virksamhet i Norge». Arbeidsgruppa konkluderer blant anna med at det er bruk for tverrfaglege smerteklinikkar ved alle norske region-sjukehus. Desse klinikkane bør utviklast til ressursentra for undervisning og forskning kring smertelindrande pasientbehandling.

Ved alle sentralsjukehus må det også vera organisert smerteklinikk verksemd. Her vil lokale tilhøve avgjera samansetninga og funksjonsmåten av ei smertegruppe. Ei naturleg ordning vil vera at anestesilege, nevrolog eller lege ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering har ansvaret for kroniske smertepasientar. Dei to sistnevnte kan eventuelt dela ei stilling. Det må også vera tilsett kontorhjelp og sjukepleiar på heiltid.

Ved fylkessjukehusa vil det vera bruk for innsats frå ein lege og ein sjukepleiar ein til to gongar i veka. Det må vera tilgang på kontorhjelp.

Ved alle sjukehus bør det opprettast omsorgs- eller rådgjevingsgrupper for omsorg, pleie og behandling av alvorleg sjuke og døande mennesker (NOU 1984). Smerteklinikken/gruppa vil vera ein naturleg del av, eller samarbeidspartnar med desse omsorgsgruppene.

Foreningen for kroniske smertepasientar har cirka 320 medlemmer frå heile landet, og har sitt hovedsete i Bergen. Denne positive framveksten er ein styrke for smerteklinikken. I framtida vil denne foreningen truleg virke som ei pressgruppe i arbeidet for å betra smertebehandlinga i Noreg.

Mykje av den smerteklinikkverksemd som fins i Norge har kome i

stand på grunn av enkelte entusiastiske personar. Økonomiske ressursar kjem i liten utstrekning frå offentleg helsevesen. I framtida er det å vona at det vert større engasjement frå offentleg sektor. Smerteklinikken i Bergen har kome langt i forhandlingane med Haukeland sjukehus og fylket for å få avlønning av dei tilsette ved smerteklinikken over på offentlege budsjett.

LITTERATUR:

- Alvsvåg, H. 1979. *Tår vi leve med døden?* Universitetsforlaget.
- Degenaar, J. J. 1979. Some philosophical considerations on pain. *Pain*, 7, 281-304.
- Husebø, S. 1986. *Smertelindring*. Landsforeningen mot Krefst.
- Husebø, S. 1987. Kronisk smerte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 10-11.
- Husebø, S. 1985. Årsrapport 1985. *Smerteklinikken Haukeland sjukehus*.
- Kvåle, A. og Husebø, S. 1987. TENS. Transkutan Elektrisk Nerve Stimulering. *Smerteklinikken Haukeland sjukehus*.
- Lichter, I. 1987. *Communication in Cancer Care*. Churchill Livingstone.
- Lindquist, K. 1983. *Å være sammen med døende*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Næss, K. 1982. *Om smertestillende midler og akupunktur*. Fabritius.
- Saunders, C. og Baines, M. 1984. *Leve med døden*. Tano.
- Sofaer, B. 1985. *Pain: A Handbook for Nurses*. Harper and Row, Publishers. ■