

Anafylaksi og matallergi

Johan-Arnt Hegvik & Tarjei Rygnestad hadde nyleg ein artikkel i Tidsskriftet om behandling av alvorlege allergiske reaksjonar (1). Dei nemner at ein bør tenkje på alvorleg allergisk reaksjon ved uventa kollaps.

Der er viktig å vite at ein anafylaktisk reaksjon kan vere det første tegnet på matallergi, utan at det har vore symptom oppfatta som matallergi tidlegare (2). Då dei åt måltidet, var dei fleste ikkje klar over at det var noko dei hadde allergi mot i maten (2).

Ei spesiell form for reaksjon er anstrenghesutløyst matallergisk reaksjon, som kan komme ved anstrenging fleire timar etter matinntaket (3). Til Nasjonalt meldesystem for alvorlege allergiske reaksjonar på mat (3, 4) har vi fått rapport om slike reaksjonar, som elles er godt kjende frå litteraturen.

Dei fleste dødelege eller alvorlege reaksjonane på mat skjedde i fleire undersøkingar hos vaksne, gjerne unge vaksne, men med enkelte unntak der også små barn døyde eller fekk sterk reaksjon (2, 4).

Elles bør vi hugse at ein matallergisk reaksjon stundom kan vere bifasisk. Etter ein mild tidleg fase kan det komme ein sterkare reaksjon som kan vere dødeleg (5). Allergiske reaksjonar på mat må derfor ikkje berre behandlast forsvarleg, men pasienten må òg observerast lenge nok, slik at ein ser at betringa varer.

Endeleg synest det som om aktiv astma er ein sterk risikofaktor for dei mest alvorlege reaksjonane (2). Det er oftare pustevanskar og respirasjonsstans enn sjølv sjokktilstanden som gir dødeleg utgang ved matallergi (6).

Oslo

Martinus Løvik

Litteratur

1. Hegvik J-A, Rygnestad T. Behandling av alvorlige allergiske reaksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1018–20.
2. Bock SA, Muñoz-Furlong A, Sampson HA. Fatalities due to anaphylactic reactions to foods. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 191–3.
3. Løvik M. Anstrenghesutløst alvorlig reaksjon ved matallergi. Nytt fra miljø- og samfunnsmedisin 2001; 5, nr. 8: 1.
4. Løvik M, Wiker HG. Nasjonalt meldesystem og register for alvorlige allergiske reaksjoner på mat – det første halvåret. Nytt fra miljø- og samfunnsmedisin 2001; 5, nr. 7: 2.
5. Foucard T, Malmheden-Yman I. Food-induced anaphylaxis. Pediatr Allergy Immunol 2001; 12 (suppl 14): 97–101.
6. Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from study of fatal reactions. Clin Exp Allergy 2000; 30: 1144–50.

J.-A. Hegvik & T. Rygnestad
svarer:

Vi takker for kommentaren til vår artikkel om behandling av alvorlige allergiske reaksjoner (1). Løviks kommentar om matvareallergi er viktig og interessant. Hans innlegg utfyller artikkelen og gir opplysninger som det er viktig å være klar over.

Trondheim

Johan-Arnt Hegvik
Tarjei Rygnestad

Litteratur

1. Hegvik J-A, Rygnestad T. Behandling av alvorlige allergiske reaksjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1018–20.

Epilepsi og plutselig død

I Tidsskriftet nr. 11/2002 har Rasmus Lossius & Karl O. Nakken en interessant artikkel om epilepsi og plutselig død (1). Denne problemstillingen er ikke sjelden i rettsmedisinsk sammenheng.

Lossius & Nakken angir at ved plutselig og uventet dødsfall bør pårørende varsles så snart som mulig. Hvis legen betrakter dødsfallet som «unaturlig», skal han melde dødsfallet til politiet/lensmannen.

I helsepersonelloven § 36 pålegges legen ganske riktig å melde unaturlige dødsfall til politiet. Det er imidlertid ikke legens oppgave å ta stilling til om et dødsfall er unaturlig – dette har lovgiveren gjort i forskrifts form. Ifølge forskriftens § 2 er et dødsfall av ukjent årsak et unaturlig dødsfall når døden har inntrådt plutselig og uventet, og dermed alltid et meldepliktig dødsfall.

Når et dødsfall er meldt til politiet, skal de vurdere hvorvidt de vil rekvirere en sakkyndig likundersøkelse. Dette er regulert i straffeprosessloven § 228 og med forskrifter i påtaleinstruksens kapittel 13. Det fremgår her at dødsfall som kan skyldes straffbar handling, skal være gjenstand for sakkyndig likundersøkelse, mens andre unaturlige dødsfall, deriblant plutselige, uventede dødsfall, bør være gjenstand for sakkyndig likundersøkelse. Det er altså ofte en rettsmedisinsk obduksjon som gjennomføres i disse tilfellene, og da er det ikke legen som rekvirerer obduksjon. Det legen imidlertid bør gjøre, er å gi politiet slike helseopplysninger om den avdøde som kan kaste lys over dødsfallet. Deres sakkyndig likundersøkelse rekvireres, vil disse opplysningene viderefremmes til den som skal utføre likundersøkelsen.

Obduksjonsloven (Lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik m.m.) angir at det ikke er anledning til å utføre sykehusobduksjon dersom det er grunn til å anta at det vil bli rekvirert en sakkyndig likundersøkelse. Man må altså avvente politiets reaksjon før man eventuelt kan gå til det skritt å rekvirere sykehusobduksjon. Dersom sykehusobduksjon skal utføres, er det, som forfatterne skriver, viktig å angi den relevante problemstillingen på rekvisisjonskjemaet.

Oslo

Sidsel Rogde
Rettsmedisinsk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Lossius R, Nakken KO. Epilepsi og plutselig død. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1114–7.

Normalfordelingen – livets lov?

Midt i 1960-årene holdt direktør i Rikstrykerverket Finn Alexander et tankevekkende foredrag på et møte for bl.a. formennene i de tidligere fylkesnemndene for uføresaker. Under foredraget kom han inn på trygdemisbruk. Han sa at ifølge normalfordelingskurven (gausskurven), ville det alltid være 5–7 % som misbrakte trygdeordningene, og det ville ikke være mulig å hindre dette, uansett hvor store ressurser som ble satt inn for å stoppe det. På den annen side ville det også være 5–7 % som ikke fikk fra trygden det de hadde krav på.

I aviser og på TV dukker det stadig opp reportasjer om blant annet helsekøer, mangel på helsepersonell, feilbehandling og aktiv dødshjelp. Helsedirektør Evang innså i 1960-årene etter hvert at de medisinske muligheter utviklet seg så raskt og ville bli så ressurskrevende og dyre at det snart ville bli vanskelig for alle å få den behandling som var mulig. Og hvem skulle da bestemme over hvem som ikke skulle få behandling: Stortinget? Regjeringen? Fylkeskommunen? Helsedirektøren? Legene? Også hans etterfølger, Torbjørn Mork, var inne på det samme på et fylkeslegemøte i 1970-årene.

Fortsatt venter syke på sykehusbehandling. Pleietrengende eldre menns blir liggende hjemme, da det ikke er nok sykehjemsplasser. Hjemmesykepleien i de fleste kommuner er overarbeidet og greier ikke å fungere som den skal. Det synes derfor som

om Alexanders normalfordelingsresonnement gjelder innen helsetjenesten generelt. Man må kanskje forvente at det er en 5–7 % risiko for at et behandlingsresultat ikke blir helt perfekt, selv om behandlingen er skjedd «lege artis». Kanskje må vi akseptere som normalt at helsepersonell i sitt arbeid ikke kan unngå en viss feilprosent og at det ikke kan skaffes nok bevilgninger og tilbud til å dekke alles behov for medisinsk behandling og pleie.

Min konklusjon blir at i lang tid vil 5–7 % av pasientene ikke få den behandling og pleie som de har behov for! På den annen side vil 5–7 % være prioritert, bl.a. fordi noen har midler til behandling ved private helseinstitusjoner.

Moss

Odd H. Lien

Pensjon når?

Fra 1994 til 2000 har det vært en økning på 153 % i antall uføretrygdete leger. Ifølge Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er utbetalingene til sykefravær kraftig økende.

For praktiserende leger, det vil si nesten alle leger utenfor institusjon, er det per i dag ingen pensjonsordning før fylte 67 år. I Tidsskriftet nr. 10/2002 forfekter Odd J. Frisvold det syn at det ikke gjøres nok for legepensjonistene (1). Ca. en tredel av pensjonerte leger er medlem i Eldre lægers forening. Flertallet er altså tilsynelatende ikke lenger så opptatt av legeidentiteten, og det er slett ikke alle som har til hensikt å doktorere til de bæres ut.

Økningen i antall uføre og syke leger sier noe om grad av slitasje i dagens legehverdag. Som 57-åring med 31 år i praksis kunne jeg godt tenkt meg en form for pensjon. I så måte er jeg ikke et døyt bedre enn mange jevnaldrende i andre yrkesgrupper. Jeg synes ikke det er så gildt å arbeide lenger. Jeg bruker mer krefter enn tidligere og har måttet redusere vesentlig på arbeidsbelastningen. Mine jevnaldrende kolleger oier seg ofte, de også, og mange har forsøkt å tilpasse seg. Tidligere var det å gå over i stillinger som bedriftslege og tilsynslege anerkjent som en verdig sorti. Dette er langt mindre vanlig i dag. De leger som har økonomi til å trappe ned, er heldig stilt. Imidlertid er mange bundet økonomisk, gjerne i gruppepraksis, med store etablerings- og driftskostnader som skal betales.

Tallene fra SOP forteller at det for et stadig økende antall leger kan være ønskelig å avslutte yrkeslivet før fylte 67 år, uten først å møte veggen. Terskelen for uføretrygd er ganske sikkert fortsatt veldig høy for leger. På et nylig avholdt kurs om legers og pasienters psykiske helse og egenomsorg stod en av våre mest avholdte og dyktige kolleger frem og fortalte om sin utbrenthet og sitt lan-

ge sykefravær. Blant 86 deltakere var det mange som kjente seg igjen.

Vi ønsker alle en anstendig og akseptert yrkessorti. Blant kursdeltakerne var det generell enighet om og entusiasme for at Legeforeningen må arbeide aktivt med spørsmål som angår praktiserende legers pensjonsforhold.

Oslo

Gunnar Bendiksbø

Litteratur

1. Frisvold OJ. Hva med legepensjonistene? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1036.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no eller
A-post
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40

Bruk kun én forsendelsesmåte.

Oppslagsbok for rusmiddelfeltet

Berg JE

Rusmiddelmisbruk

Behandling og tiltak i allmennpraksis. 304 s, tab. Oslo: Gyldendal, 2001. Pris NOK 285
ISBN 82-05-28068-1

Lege og økonom John Erik Berg har skrevet en oppslagsbok for rusmiddelfeltet. Han henvender seg primært til allmennpraktiserende leger, men i noen grad også til andre fagfolk, ansatte i forvaltningen og pårørende. Forfatteren har årelang erfaring fra arbeid innen rusfeltet. Han ønsker at boken skal være noe mer enn en oppslagsbok og heller en innledning til samtaler om det gode liv og om rusens betydning for livet.

I det innledende kapitlet om rus gis en rask innføring i feltet. At kun ett stoff, opiat, er valgt ut for å illustrere avhengighet, reflekterer antakelig forfatterens virkefelt de senere årene, men det er ikke sikkert dette er et klokt valg. Dette kompenseres noe av oversikten over de ulike stoffene og relaterte emner. Denne oversikten er kortfattet og grei, og inneholder mange emner som er mat for arbeidere i rusfeltet.

I bokens beste kapittel presenterer Berg det sosialmedisinske feltet rundt misbrukeren. Her illustreres ulike forståelsesmodeller ved gode eksempler og forståelse for emnet. I delen Diverse råd finnes nyttige slike. Det savnes noe om urinprøver som kontroll – et viktig og vanskelig emne. Videre omtales spørreskjemaer til diagnostisering og behandling. Boken inneholder også et godt og fyldig kapittel om legemiddellassert rehabilitering. Til slutt kommer det to meget fyllestgjørende kapitler om ulike aktører innen rusfeltet. Et godt stikkordregister avslutter boken. Boken henviser dessverre ikke til kilde-litteratur og inneholder ingen referanseliste. Boken burde vært strammere redigert. Den skjemmes dessverre av noe rot i fremstillingen og bør gjennomarbeides før neste utgave.

Enhver bok om rusfeltet er for så vidt en innledning til samtale om rus og ville således oppfylle forfatterens intensjon. Men denne boken er først og fremst en god oppslagsbok innen rusfeltet. Språk og vendinger er i mange tilfeller best egnet for leger. Blir den videreutviklet og oppdatert, kan den bli for rusfeltet det Rolf Hanoas bok har vært for det sosialmedisinske felt (1). Den bør (og vil nok) derfor bli å finne på allmennpraktikerens kontor.

Jørgen G. Bramness

Statens rettskassikologiske institutt

Litteratur

1. Hanoa R. Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon. 15. utg. Oslo: Gyldendal, 1998.