

enn i de tilstøtende områder, ev. så krampaktig at en slik tilstand erfaringsmessig gir nettopp slike plager som de aktuelle. Først når pasientene blir klar over denne sammenhengen, kan de slå fra seg sine mistanker om sykdom og i stedet oppøve den følsomhet overfor kroppens signaler som kan hjelpe dem til å bli kvitt sine symptomer.

Mange pasienter har vært sendt for spesialistvurderinger, men uten at det har kommet noe ut av disse. Ikke sjelden undrer pasientene seg over hvorfor ingen lege har kunnet fange opp det fysiske grunnlaget som altså, tross alle negative prøveresultater, imidlertid finnes for deres plager. De konkluderer gjerne med at den kliniske undersøkelsen må ha vært altfor dårlig.

Så vidt jeg vet, har en gammeldags legeferdighet som muskelpalpasjon ingen høy status i moderne medisin. Jeg tror det er å beklage.

Sandnes

Einar Hafsaahl

Litteratur

1. Malterud K. Somatisering – en dårlig diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1092.

Metanolanalyser som «alle» kan utføre – diagnostisk hjelp eller etisk problem?

I den senere tid har flere nordmenn dødd av eller fått varige, alvorlige skader, av metanolforgiftning.

Påvisning og konsentrasjonsbestemmelse av metanol i etanol utføres – i offentlig sammenheng – i dag av laboratoriene ved de store sykehusene og av KRIPOS. Det tar ofte 1–2 dager eller mer før resultatene foreligger. Årsaken til dette er ikke at selve analysen tar lang tid (mindre enn en time), men at prøvene skal fraktes til de (få) offentlige laboratorier som utfører denne type analyser, og at de der kanskje må «stille i køen» av andre viktige analyser.

Det er sannsynlig at muligheten for å redde flere mennesker fra død eller alvorlige skader vil kunne øke hvis en foreløpig analyse av den beslaglagte eller innleverte spriten kan utføres langt hurtigere, dvs. «på stedet». Da kan pasienten bli transportert hurtigere til et større sykehus, slik at diagnose kan stilles og behandling iverksettes raskere.

Det finnes faktisk en slik metode tilgjengelig. Metoden er ikke lenger kjent blant dagens kjemikere og farmasøyer, rett og slett fordi den er «for gammel» – den «forsvant» fra litteraturen og farmakopeene i begynnelsen av 1960-årene.

Metoden er en «reagensglassmetode» hvor en gitt mengde mistenkelig sprit tilsettes visse mengder av fire ulike løsninger (reagenser). I løpet av 30 minutter fremkommer det en rødfarge hvis metanol er til stede;

jo høyere metanolkonsentrasjon, jo sterkere farge. Fargen kan sammenliknes med løsninger av etanol med kjente metanolkonsentrasjoner, som er behandlet på samme måte. Metoden er selvsagt ikke så nøyaktig som den gasskromatografiske metode som i dag anvendes ved laboratoriene, men den er nøyaktig nok til å bestemme om spriten for eksempel inneholder 0,1; 1; 2; 5; 10 eller 15 % metanol. Metoden kan ikke på noen måte være et alternativ til den gasskromatografiske metoden som anvendes ved laboratoriene, men er en form for «førstehjelpsanalyse».

En slik analyse kan utføres nærmest overalt: Ved legevakter, alle sykehus, små sykestuer, helsestasjoner etc., altså overalt hvor kontakt med mistenkelig sprit kan tenkes. Dette reiser spørsmålet: Da kan vel også andre enkelt utføre analysen – for eksempel smuglere, mellommenn og kjøpere av illegalt importert etanol? Svaret er ja. Dette reiser et etisk problem: Bør metoden offentliggjøres av grunner nevnt ovenfor – eller – bør den forbli glemt fordi «uønskede» personer kan tenkes å benytte seg av den?

Jeg mener at de sistnevnte betenkelighetene ikke er viktige nok i forhold til fordelene man kan oppnå ved en hurtig analyse som kan bidra til en tidligere diagnose. Og det er jo faktisk slik at en «analyse» utført av lovbrysterne også kan spare liv. En spredning av metoden til mulige brukere i helsevesenet vil derfor være nyttig.

Oslo

Ragnar Bye
Farmasøytisk institutt
Universitetet i Oslo

Elektronisk pasientjournal

I Tidsskriftet nr. 26/2002 ble det publisert to artikler om bruk av elektronisk pasientjournal i sykehus (1, 2).

Jeg har fra tidligere to års erfaring med elektronisk pasientjournal i allmennpraksis. Jeg hadde da tilgang på informasjon og funksjoner via ett eneste dataprogram. Ulike prøvesvar ble lagt inn i journalsystemet elektronisk, noen ganger også manuelt. PC, skriver, blanketter og andre kontorrekvisita var alltid tilgjengelig når jeg ble konsultert. Pasientdata ble hentet frem ved et tastetrykk på timelisten. Utstedelse av resepter, sykmeldinger, rekvisisjoner osv. gikk lett unna med PC. Manuell utstedelse av de samme dokumentene opplevde jeg som håpløst. Dette er åtte år siden!

Jeg har nå arbeidet i fem år med elektronisk pasientjournal i sykehus. Nå er det ett program for journaltekst, ett for røntgensvar, ett for klinisk-kjemiske laboratoriesvar, ett annet for mikrobiologiske prøvesvar, osv. Hver gang kreves det innlogging og pasientsøk med inntasting av 11-sifret fødselsnummer.

Mye informasjon gjøres ikke tilgjengelig på PC. PC er normalt ikke tilgjengelig der pasienten er. Ved innleggelse må det skrives (for hånd) en mer eller mindre grundig prejournal, fordi det tar tid før innkomstjournalen blir skrevet. Medikamentliste eksisterer i mange versjoner: i prejournal, på kurveark, i innkomstjournalen, på utskrivningsblankett og i epikrise. Resepter må skrives ved utreise. Hørte jeg gjenbruk av informasjon?

Resepter, sykmeldinger og rekvisisjoner skrives utelukkende for hånd, det er rett og slett raskest. Sykepleierne håndskriver sine rapporter på tykt kartongpapir som genererer tykke journaler. Pasientlister lages manuelt.

Lærum anfører at det trengs mer forskning og mer penger til utvikling av elektronisk pasientjournal. Min påstand er heller at sykehusene kan ta egne grep for å gjøre den anvendelig. Man må ha som overordnet målsetting at elektronisk pasientjournal skal være det bærende systemet for informasjonsutveksling (i motsetning til papir). Vi klinikere må kunne forholde oss til ett eneste dataprogram for informasjonsutveksling, slik allmennlegene kan det. Kliniske avdelinger og serviceavdelinger må tvinges til å velge systemer sammen.

Det er ingen grunn til at sykehuslegene skal ha mindre anvendelige systemer enn allmennlegene i tiden fremover. Det er vel så mye behov for gode beslutninger som penger til utvikling og forskning.

Bergen

Øystein Fløtten

Litteratur

1. Høie IM. Sykehusleger utnytter ikke elektronisk pasientjournal. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2565.

2. Lærum H, Ellingsen G, Faxvaag A. Elektronisk pasientjournal ved somatiske sykehus – utbredelse og klinisk bruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2540–3.