

Både Thelle og en av mine korridorleger hører til eliten innen antioksidantforskningen (bl.a. magnesium, selen, sink) i Norge. Det må ha vært en uforklarlig sperre som har gjort at Thelle ikke har begynt selvmedisinering med magnesium. Nå er imidlertid alt så mye, mye bedre. Kanskje takket være min datter og magnesiumtablettene.

Kongsvinger *Nils Kristian Johnsrud*

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.

D.S. Thelle svarer:

Nils Kristian Johnsrud peker på et interessant behandlingstilbud, som nok også undertegnede har forsøkt (1) – dessverre ikke med samme gode resultat. Forslaget kom fra en kjent kardiolog, men jeg klarte ikke å finne overbevisende dokumentasjon for at dette skulle ha effekt ved paroksysatisk flimmer hos ellers hjertefriske. Dyrestudier og enkelte mindre kliniske studier viser at magnesiummangel bidrar til økt dødelighet hos hjertesyke individer, men hva er magnesiummangel når man har et «vanlig» kosthold (2–4)? Og har man hjertesykdom når man har paroksysatisk supraventrikulær takykarytmi?

Jeg tror vi må se på denne tilstanden som et mulig resultat av en lang rekke ulike årsaker som kan påvirke flere mekanismer. Litt forenklet kan man vel si at forkammertakykardier er et resultat av en diskrepans mellom forkammerets anatomiske størrelse og repolariseringen i cellene, spesielt i lungevenenunningene. Jo større forkammeret er, desto mer sannsynlig er det at noen celler er repolarisert før kontraksjonen er ferdig, som f.eks. ved mitralstenose. Men også en raske repolarisering i et forkammer av normal størrelse vil lede til premature kontraksjoner. Det er et mangfold av mekanismer som bestemmer hva som skal hende, og magnesium hører med i noen av disse, men kanskje ikke i alle?

Göteborg

Dag S. Thelle

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.
2. Miyoshi K, Taniguchi M, Seki S, Mochizuki S. Effects of magnesium and its mechanism on the incidence of reperfusion arrhythmias following severe ischemia in isolated rat hearts. Cardio-vasc Drugs Ther 2000; 14: 625–33.
3. Ince C, Schulman SP, Quigley JF, Berger RD, Kolasa M, Ferguson R et al. Usefulness of magnesium sulfate in stabilizing cardiac repolarization in heart failure secondary to ischemic cardiomyopathy. Am J Cardiol 2001; 88: 224–9.
4. Farouque HM, Sanders P, Young GD. Intravenous magnesium sulfate for acute termination of sustained monomorphic ventricular tachycardia associated with coronary artery disease. Am J Cardiol 2000; 86: 1270–2.

Automatisk epikrise til pasienten? Ja!

Jeg gratulerer Jens Hugo Trumpy ved nevrokirurgisk avdeling i Tromsø med artikkelen i Tidsskriftet nr. 4/2002 (1). Det er svært hyggelig at en norsk sykehusavdeling endelig gjør det som mange har ment er det eneste riktige, nemlig å sende epikrise til pasienter som har vært innlagt. I tillegg er det gjort en evaluering av ordningen ved at man har spurt dem det gjelder om de setter pris på en slik praksis.

Da jeg første gang skrev om dette i Tidsskriftet i 1994 (2) slo VG det opp over to sider. Det å lage en utskrivningsrapport når pasienten utskrives fra sykehuset, en rapport som pasienten selv skal lese, forstå og signere, slik det gjøres ved amerikanske sykehus, har i USA først og fremst et juridisk formål. Det som er viktigst for pasienten, er følelsen av å bli godt informert om hva som har foregått, hva som ble funnet, hvordan det behandlingsmessige opplegget blir videre, hvem som har det medisinske ansvaret etter utskrivningen osv. Her har vi fortsatt mye å lære. En god begynnelse er det opplegget som Trumpy beskriver fra Tromsø, hvor pasienten får en kopi av epikrisen, enten den kommer straks etter utskrivningen eller noe senere.

Fortsatt holder jeg en knapp på at det beste ville være en rapport (epikrise) som forelå idet pasienten gikk ut av sykehusdøren, hvor oppholdet ble beskrevet og gjennomgått på en slik måte at pasienten selv var i stand til å forstå innholdet og meningen. Denne kunne så gå i kopi til pasientens faste lege. Svar på prøver og liknende som ikke forelå da pasienten ble utskrevet, må kunne ettersendes, og ikke brukes som argument for å vente med epikrisen til senere. En slik rapport må formuleres på den måten at menigmann kan forstå innholdet og meningen. I den grad pasientens faste lege har behov for ytterligere medisinske opplysninger (som operasjonsbeskrivelse, svar på alle prøver som ble tatt osv.), kan sykehuset på forespørsel sende dette til legen.

Stavanger

Olav Thorsen

Litteratur

1. Trumpy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394–6.
2. Thorsen O. Utskrivningsrapport til pasienten på amerikansk vis – noe for oss? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2882.

Redningshelikoptertjenesten i Bodø

Atle Ulvik og medarbeidere drøfter i Tidsskriftet nr. 1/2002 bruk av redningshelikopteret i Bodø for ambulanseoppdrag i perio-

den 1988–98 (1). En av deres hovedkonklusjoner var: Det er ingen helsemessig gevinst i at redningshelikopteret er fast bemannet med anestesilege eller i å opprette tilstedevakt for leger i tjenesten. Undertegnede leger deltar i denne tjenesten i dag og ønsker å kommentere artikkelen.

Kun 5 % av pasientene i studieperioden fikk akuttmedisinsk behandling (1). Nye tall viser at mer enn 30 % av pasientene mottok akuttmedisinsk behandling i 2001. Også antall utførte tiltak i 1988–98 avviker fra 2001. Utførte oppdrag i 2001 vedrørende livstruende skade eller sykdom der umiddelbar behandling er nødvendig og alvorlige skader eller sykdom med manifest svikt av vitale funksjoner (NACA-gruppe 5–6) utgjorde 15 %. Skade eller sykdom som er potensielt livstruende (NACA-gruppe 4) utgjorde 37 %. I dag er således over halvparten av dem som behandles under primæroppdrag, potensielt eller manifest livstruende skadet eller syk, ev. med svikt i vitale funksjoner.

Ulvik og medarbeidere hevder at den faktiske tidsbesparelsen kun vil være 14 minutter ved tilstedevakt og at dette vil gi liten helsegevinst ved oppdrag «der sekundene teller». Med utgangspunkt i flylogg og en fremtidig beregnet reaksjonstid på sju minutter ved tilstedevakt viser våre data at man vil oppnå en tidsgevinst på inntil 29 minutter. Luftambulansen har aldri vært tiltenkt pasienter «der sekundene teller» (< 1 min). Vi er således enig med Ulvik og medarbeidere at for disse pasientene er luftambulansen uegnet. Tar man derimot utgangspunkt i det velkjente akuttmedisinske begrepet «den gylne time» (the golden hour), vil den utregnede tidsgevinsten (både den til Ulvik og medarbeidere og vår) få konsekvenser for en betydelig større pasientgruppe enn for dem hvor «sekundene teller».

En styrking av akuttmedisinske kunnskaper i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten erstatter ikke behovet for et anestesilegebemannet luftambulansetilbud, men bedrer det generelle akuttmedisinske tilbudet til befolkningen.

Vår hovedinnvending er at Ulvik og medarbeidere trekker konklusjoner om dagens situasjon og om fremtidig organisering av tjenesten på grunnlag av en beskrivelse av virksomheten som ligger tilbake i tid. Tall fra 2001 viser at den anestesilegebannede luftambulansen ved redningshelikoptertjenesten i Bodø er et verdifullt akuttmedisinsk tilbud. For å kunne gi et like verdig tilbud til en større del av befolkningen må det innføres tilstedevakt for anestesilegene.

Bodø

Raymond Teigen

Jens Kløver

Joacim Linde

Sven Håkon Urving

Jan-André Westlie

Litteratur

1. Ulvik A, Rannestad BS, Carlsen AW, Nielsen EW. Redningshelikoptertjenesten i Bodø – avansert akuttmedisin eller alternativ transport? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 25–9.

Legevaktkjøring – er kvaliteten god nok?

28.12. 2001 mistet jeg en kjær fetter. Vi var jevnaldrende. Han hadde koronarsykdom, men var velbehandlet. 61 år og i arbeid.

Han ble plutselig syk. Store smerter i brystryggen. Svimmel, blek, kvalm. La seg og tilkalte legevakten. Kollega mente ryggkink. Løftet på beina og testet bevegelse av tær. Gav en stikkpille sammen med muskelavslappende, Voltaren 100 mg og Nozinan 25 mg. Timene gikk uten bedring. Legevakten ble på nytt kontaktet. Derfra ble det gitt beskjed om dobling av doser. Neste morgen var han ute av stand til å komme opp av sengen. Medtatt, svimmel og slapp. Fortsatt vondt. Til frokost en kopp te. På formiddagen ble han funnet livløs i sengen. Tilkalt ambulansepersonele kunne bare konstatere at døden var inntruffet.

Retrospektivt er det her lett å spekulere i diagnoser. Personlig tror jeg han hadde et dissekerende aortaaneurisme. Diagnosen på dødsattesten ble infarctus cordis. Angina pectoris. Ryggsmertene.

Jeg skal ikke spørre om å få se legevaktjournalen. Jeg kan forestille meg den. Sterk tidsnød og andre presserende oppgaver som ventet.

Her ble det ikke tatt blodtrykk, puls, temperatur, respirasjonsfrekvens. Enkle, men svært viktige parametere. Med disse for hånd kan man ev. trekke slutninger i utviklingen. Han hørte hjemme i en observasjons-/overvåkingsavdeling. Der hadde man kunnet stille en sikker diagnose og iverksette behandling.

Aneurismer er farlige. Prognosen ikke god. Men i avdeling som steller med denne lidelsen, er ikke engang hjelpepleiere i tvil. Medtatt pasient med akutte abdominalsmerter eller lyskesmerter, hurtig puls og lavt blodtrykk er velkjent. Kanskje noe mer komplisert i torakalregionen, der ryggsmertene sier noe om lokalisasjonen. Men hjertet kan også gi liknende symptomer.

Så lenge en lege gjør så godt han kan, blir han sjelden å bebreide. Men samfunnet har endret seg. Det stilles store krav fordi behandlingsmuligheter finnes. Da jeg som ung lege kjørte legevakt, var sykehuset meget imøtekommende. Derfra ble det sagt: «Heller én pasient for mye enn én for lite.» Det gav trygghet i tvilen.

Vi skal kvalitetssikre legevaktarbeid. Det gjelder også sykebesøk. Bare slik kan vi møte pårørende med god samvittighet.

Sandefjord

Klaus Søiland
spesialist i indremedisin

Henvisningspresidenten

Det er mangt et modus vivendi en fagforeningsleder må påta seg ansvaret for. Dette er forståelig i en del situasjoner der etablerte arenaer er utgangspunktet og en diplomatisk tone er påkrevd. Når det derimot gjelder en helt nyetablert ordning som fastlegeordningen, så er det nesten uforståelig at tidligere leder i Aplf objektiviserer seg vekk fra sitt hjertebarns totalbilde. Nå er det det muliges kunst som råder. Vi som er utøvere av det allmennmedisinske fag, må finne oss i at vårt fag ikke er vårt eget, allerede før et år er gått. Det er provoserende å lese bl.a. «Et konstruktivt samarbeid mellom allmennlegen og annenlinjetjenesten vil motvirke slike virkninger» (1). Det er en formulering som ville gitt samme mening uansett hva, men kanskje det ville vært riktigere å si det dersom man hadde beholdt de tette skott og forfektet fastlegeproteksjonen med faglig styrke. Motsigelsen kommer et avsnitt lenger nede, der vår president skriver: «Vi er alle tjent med at allmennlegen gjøres i stand til å ha det koordinerende ansvaret for pasienten og sørge for nødvendig seleksjon» (1).

Er det slik man får et svakt inntrykk av: Skal ordningen evalueres for igjen å vurdere om man skal endre forskriftene til det som er ment med en fastlegepolitikk? I tilfelle – hvordan skal dette evalueres, og når kan man vente et resultat?

Jeg ser ikke bort fra at det snart reiser seg et politisk kor om andre særinteresser som «tjener» pasienten på samme måte. Det vil gjøre veien kort til en meget uthulet fastlegeordning som vi jo må «la få fred slik at den går seg til» (les: slik at de som protesterte, ikke gidder å protestere mer!).

Det er på tide at vi som forening ikke fortsetter med det jeg velger å kalle «pølsebodkonsultasjoner». «Jeg skal være kort, for jeg skal bare ha en henvisning til spesialist, han sa nemlig at det skal du skrive ut,» er ikke et ukjent krav, og dette vil nå bare bli forsterket. Det er viktig at spesialistene og deres ansatte, privat og i sykehus, sier til pasienten som vil ha time: «Snakk med fastlegen din og la hun/han se på deg først, så vil fastlegen avgjøre hva som skal gjøres videre: Det kan godt tenkes at du kan få den hjelp du søker der.» Det er en holdning man burde kurse en del kolleger i å innta.

Det virker på meg som om svært mange av oss er altfor slepphendte med både reseptblokken og henvisningsblokken fordi «det er minst bråk på den måten», slik en kollega uttrykte det. Det er ikke pasientens decibelnivå som avgjør hvordan vi skal utøve vårt fag. Beklageligvis ser det ikke ut til at vår president applauderer at faget skal være vårt. Da er det for mye å forvente at en fastlegeordning fører til en fastlegeholdning også blant våre samarbeidspartnere i annenlinjetjenesten. De burde i alle fall hatt «tid på seg til å la dette få virke en stund slik at man

kunne fått litt erfaring». Det er påfallende at en slik argumentasjon ikke ble brukt i den sammenheng, men bare der det dreier seg om det muliges kunst.

Tananger

Terje Vevatne

Litteratur

1. Bakke HK. Henvisningsordningen til spesialist. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 343.

Presidenten svarer:

Fastlegeordningen innebærer at den allmennlege pasienten har valgt, har et særskilt oppfølgingsansvar for de helsetjenester som tilbys, også ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Allmennlegens funksjon og vurderinger skal bidra til en bedre bruk av helseressurser. Henvisningsordningen er etablert med dette formål, men må vurderes og justeres dersom den ikke fungerer etter intensjonen.

Den henvisningsordning som ble etablert sammen med fastlegeordningen, foranlediget en rekke reaksjoner fra befolkningen. Det ble reagert på at ordningen kunne innebære at pasienter under behandling i spesialisthelsetjenesten ble «tvunget» til å skaffe henvisning og til å fornye henvisning, og at kvinner ble avskåret fra å kunne benytte den gynekolog de hadde benyttet i lengre tid. Mange av reaksjonene kunne forklares med praktisering av henvisningsordningen. Stortinget og helseministeren varslet på dette grunnlaget behov for endringer. Legeforeningen var enig i at henvisningsordningen måtte endres på noen punkter for å motvirke uheldige utslag i praktiseringen. Foreningen utarbeidet konkrete forslag til endringer som skulle ivareta allmennlegens funksjon, forsvare ressursbruk, befolkningens behov for tilgjengelighet og behovet for informasjonsutveksling mellom nivåene. Vi har tatt initiativ til at henvisningsordningen evalueres som en del av den øvrige evalueringen av fastlegeordningen. Legeforeningen vil også selv følge nøye at henvisningsordningen fungerer etter intensjonene.

Oslo

Hans Kristian Bakke
Den norske lægeforening

Legeforeningens ansikt utad

Da jeg den 15. oktober 2001 hørte nyhetene på P4 og senere debatten på samme kanal ble jeg meget opprørt. Daværende visepresident og Aplf-leder Hans Kristian Bakke forsvarte allmennlegenes forskrivningspraksis av piller til jenter ned til 12 års alder, og det forhold at de unnlot å orientere foreldrene under henvisning til forskrifter i pasientrettighetsloven. Han påstod at han hadde flertallet