

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 ambulanspersonale 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

Henviseingspresidenten

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 muligste 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 henviseingsblokken 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 muligste kunst.

Tananger

Terje Vevatne

Litteratur

1. Bakke HK. Henviseingsordningen 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. Henviseingsordningen er etablert med dette formål, men må vurderes og justeres dersom den ikke fungerer etter intensjonen.

Den henviseingsordning 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 henviseingsordningen. Stortinget og helseministeren varslet på dette grunnlaget behov for endringer. Legeforeningen var enig i at henviseingsordningen måtte endres på noen punkter for å motvirke uheldige utslag i praktiseringen. Foreningen utarbeidet konkrete forslag til endringer som skulle ivareta allmennlegens funksjon, forsvarlig ressursbruk, befolkningens behov for tilgjengelighet og behovet for informasjonsutveksling mellom nivåene. Vi har tatt initiativ til at henviseingsordningen evalueres som en del av den øvrige evalueringen av fastlegeordningen. Legeforeningen vil også selv følge nøye at henviseingsordningen 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

av norske leger med seg i sitt forsvar av denne allmennelegepraksis.

Det faktum at den seksuelle lavalder er 16 år, og at det er kriminelt å ha sex med barn under denne alder, endret ikke denne holdningen. Hormonpreparaters effekt på barn var han ikke i nærheten av. Derimot sier spesialisten i allmenntilleggsmedisin at «hvis allmenntilleggslegen har inntrykk av at 12-åringen kan ta vare på seg selv, er det helt i orden å foreta forskrivningen av p-piller uten å orientere foreldrene».

Etter at en incestdømt 42-åring fikk utskrevet Viagra i fengselet i samme periode som han forgrep seg på sønnen sin som kom på besøk, er det nå blitt avdekket nok et tilfelle av Viagra-forskrivning til sexforbryter i fengsel. I NRK Dagsrevyen 12. februar 2002 fremkommer Legeforeningens holdning: «President i Den norske lægeforening, Hans Kristian Bakke, sier til NRK at han synes det bør være lov til å skrive ut Viagra-resept til innsatte som er dømt for seksualforbrytelser.»

Den image som Legeforeningen signaliserer i mediene ved disse to eksempler, gjør at jeg føler meg beklemmt over mitt medlemskap i foreningen. Bli slike holdninger som beskrevet vurdert og klarert av Profiltutvalget, Helsepolitisk avdeling og Informasjonsavdelingen i Legeforeningen på forhånd?

Notodden

Torgeir Haugen
praktiserende spesialist
i barnesykdommer

Presidenten svarer:

Jeg kan bekrefte at ulike avdelinger i Legeforeningens sekretariat konsulteres når tilfellsvalgte utfordres på vanskelige saker i mediene. Det har også vært tilfellet i de to sakene Torgeir Haugen viser til. Like lite som alle medlemmer av Legeforeningen er enige i alt det Legeforeningen til enhver tid står for, vil alle medlemmer være enige i de syn som fremføres i mediene. De to aktuelle eksemplene er vanskelige saker hvor det er nødvendig å anvende en prinsipiell tilnærming.

P-piller til 12-åringer. Mitt budskap var å gjengi dagens rettstilstand, for å få frem at legen må foreta en konkret medisinsk vurdering. Jeg tok dermed ikke avstand til de regler Stortinget nylig har besluttet videreført, om at legen kan ta hensyn til ønske fra barn i alderen 12–16 år om ikke å involvere foreldrene. Dersom jeg hadde innfridd Haugens forventning om å markere at denne ordningen er uheldig og at ingen barn under noen omstendigheter bør få forskrevet p-piller før de er over 16 år (uten foreldres kunnskap), ville det bety en endring av Legeforeningens politikk. Som president legger jeg stor vekt på at slike endringer først bør gjennomføres etter en grundig demokratisk prosess internt i Legeforeningen.

Viagra til pedofilidømte innsatte. Denne saken har fått en uheldig og unyansert vinkling i mediene. Legen er omtrent blitt fremstilt som «instrumentet» for overgrep uten at legens forutsetninger for rekvireringen fremgår. Da Legeforeningen ble bedt om å uttale seg, ville det enkleste vært å understøtte den stemning som allerede var skapt i mediene. Mitt mål var et annet: Å få frem helt sentrale nyanser som gjorde seg gjeldende i den konkrete saken og til virkninger av Viagra. I så måte var det viktig å understreke den prinsipielle rett til medisinsk behandling som også innsatte i fengsler har. Det betyr naturligvis ikke at det er rett av en lege å forskrive Viagra til en pasient dersom han bør forstå at hensikten er å benytte dette for å kunne foreta overgrep.

Oslo

Hans Kristian Bakke
Den norske lægeforening

rettelserrettelserrettel

Arvelige forhold ved Alzheimers sykdom

Anne Rita Øksengård
Knut Engedal

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 530–1

I Tidsskriftet nr. 5/2002 side 531 første spalte skal stå: ...og familiær frontallappsdemens, med mutasjon i taugenet på *kromosom 17* (9, 10).



bøkerbøkerbø

AIDS i det nye århundre

Kakar DN, Kakar SN

Combating AIDS in the 21st century

Issues and challenges. 299 s, tab.

New Delhi: Sterling Publishers, 2001.

Pris NOK 110

ISBN 81-207-2405-4

Dette er en meget spennende bok om utfordringer i kampen mot AIDS på verdensbasis.



Den er tiltenkt politikere, helseadministratører, helsearbeidere og andre som interesserer seg for emnet. Boken er skrevet av en antropolog og en medisinere med samme etternavn. Den siste, Shivendra N. Kakar, har sin arbeidsplass i Oslo. Forfatterne

presenterer en meget tverrfaglig tilnærming for å forstå og bekjempe epidemien.

Boken går over seks kapitler som gjennomgår HIV/AIDS-epidemien historisk frem til i dag, smittemåter, HIV-relatert sykdom, behandling og forebygging. Et eget kapittel er viet kommersiell sex og kjønnssykdommer. I dette kapitlet får leseren et tilbakeblikk i prostitusjonens globale historie, som bakgrunn for å kunne tenke smitteprofylakse. Imidlertid er de siste års eksplosive epidemi blant intravenøse misbrukere i Øst-Europa viet lite oppmerksomhet. Stoffmisbrukets antropologi er like viktig som seksualatferdens i våre nærområder i øst. På dette området får vi dessverre lite hjelp av denne boken. Fagstoffet for øvrig er stort sett behandlet meget grundig og oppdatert frem til for kort tid siden, med til sammen 1456 henvisninger. Dette gjenspeiler en imponerende stoffmengde.

Det kapitlet som jeg fant mest interessant og nyskapende, var kapittel 6 om smitteforebygging. Det er listet mer enn 20 kritiske kjernepunkter som forfatterne mener er relevante for å bremse epidemien. De fleste av disse er knyttet til seksuell smitte, hvor forfatterne åpenbart har stor innsikt i ulike kulturers praksis og tenkemåte. Dette er forfriskende lesning hvor hovedbudskapet jeg sitter igjen med, er lokal kulturforståelse som grunnlag for intervensjon. Ikke alt passer for hjemlige forhold, men ikke desto mindre ute i den store verden. Det er direkte underholdende å lese forfatternes meget detaljerte problematisering av HIV-risikoen knyttet til f.eks. kvinnelige dansere rundt om i verden. «Det er ikke selve dansen som er problemet, men det den fører med seg når dansingen