

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

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 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 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 muligste 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, forsvarlig 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