



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Kikhoste hos spedbarn

For ett år siden, da min datter var tre uker gammel, fikk hun kikhoste. Hun var veldig syk og lå i respirator i en uke. Mye av årsaken til at hun ble så syk, er nok at vi ikke ble tatt alvorlig i legesystemet. Vi var i kontakt med helsesøster, legevakt og primærlege før vi til slutt tok affære og drog direkte til sykehuset. Den første natta på sykehuset hadde hun over 50 anfall. Et anfall var så kraftig at hun hadde hjerte- og pustestans. Jeg blir livredd når jeg tenker på hvordan det hadde vært om hun hadde vært hjemme da.

Nå er det gått ett år, og følelsene har på en måte roet seg. Men så møtte jeg en mor med en datter på tre måneder som hadde hatt samme opplevelse: tre legebesøk uten å bli tatt alvorlig. Da hun til slutt fikk dratt til sykehuset, var jenta så syk at innleggelse var nødvendig. Diagnose: kikhoste.

Vi har nå skiftet fastlege. Jeg må innrømme at jeg blir sjokkert når legen på nabokontoret til vår «gamle» fastlege ikke visste om at så små babyer kunne få kikhoste. Ikke engang vår lege, som opplevde å overse et så alvorlig sykdomstilfelle, har overført sin kunnskap om kikhoste hos spedbarn til sine kolleger. Spedbarn har gjerne ikke den karakteristiske kikingen ved kikhoste i så stor grad, og sykdommen gir ikke utslag på CRP (som synes å være noen legers eneste bekreftelse på om et barn er sykt eller ikke).

Tone S. Nyeng

Trondheim

> Se også side 476

Den sørgelige egenandelstaksten 1bd

Dette var et tilbakeskritt for oss som ønsker å drive fornuftig allmennpraksis. Jeg skammer meg når jeg etter et telefonråd forteller pasienten at samtalen koster 35 kroner, og at pasienten kan betale neste gang hun er innom kontoret eller når takst 1bd er registrert noen ganger. Ved betalingsstidspunktet skal dette påføres egenandelskortet med rette datoer, men hva hvis pasienten fikk frikort i mellomtiden? Skal jeg da si at du må betale selv om du fikk frikort sist måned, og at du kan kreve beløpet tilbakebetalt fra trygdekantoret? Skal faktura sendes dersom pasienten ikke har betalt innen en fastsatt tid? Her må det

lages et system for å fange opp slike utestående småbeløp. Det kan jo bli mange måneder, iblant flere år, mellom hvert legebesøk for sjeldne legebrukere.

Jeg gir uttrykk for min beklagelse over ordningen for ikke å miste ansikt overfor pasienten. Jeg forklarer at det ikke er legen som tjener mer på dette, for mange hevder at legene er grådige. Dette skal jeg gjøre kanskje 20 ganger i snitt daglig. Kanskje blir det lettere å ta pasienten inn til en kort konsultasjon. Det blir nok flere korte konsultasjoner fremover, en atferdsendring fremtvinget av ny normaltariff.

En del innbyggere i kommunen er uten fastlege, slik som asylanter og studenter, som ringer og ber om råd. Her kan jeg vel skyte en blå pil etter telefonegenandelen? Slike brukere er ofte dårlige betalere ved fakturerte småregninger.

I dag skal jeg snakke i telefonen med datteren til et eldre ektepar som begge går hos meg med sine vansker. Datteren bor langt unna. Hvem av dem skal betale for slik rådgivning – datteren eller hver av hennes foreldre? Kanskje vil hun ikke at de skal vite at hun har ringt til legen? Vil noen av dem godta å måtte betale for dette?

Det blir mye arbeid med små fakturaer og mer regnskapsarbeid på kontoret. Trivsel i yrkeslivet er knyttet til følelsen av å gjøre noe som er meningsfylt. Jeg lurte på om det finnes andre yrkesgrupper som rutinemessig sender ut slike små fakturaer. Arbeid med å sende, innkreve, regnskapsføre og revidere slike fakturaer overstiger langt fakturabeløpet. Selv et fakturagebyr på 45 kroner dekker neppe de reelle kostnadene.

Det gir en sterk bismak å bruke min og legesekretærens tid på slikt arbeid. Hvis det er et underliggende motiv å ta bort takst 1bd, bør dette frem i dagen.

Jan Herman Høst

Leknes

Fondet for danske medisinske studenter

Fondets styre har i snart 25 år gitt to til tre danske medisinerere mulighet til en ukes opphold ved Beitostølen Helseportsenter, der avdelingsoverlegene har gitt dem undervisning i handikappedisin. Alle stipendiater har vært svært fornøyde.

Styret har nå overført Fondets midler til Universitetene i København og Århus til

videre forvaltning. I sin tid var det Hans Chr. Godal som foreslo dette.

Vi takker mange for samarbeidet. Fondet er nå på ca. 250 000 norske kroner. Bare stipendutbetalinger er belastet Fondet. Alle som har ytet sin skjerv, kan glede seg over at omtrent 75 danske leger til slutt vil ha nytt oppholdet i de norske fjelde.

Carl Severin Albretsen

Asker

Arrbehandling

Kim A. Tønseth og medarbeidere gir i Tidsskriftet nr. 21/2003 en teoretisk gjennomgang av keloide og hypertrofiske arr basert på litteratur fra Medline (1).

Ved Plastikkirurgisk avdeling og Fysioterapiavdelingen på Haukeland Universitetssykehus har vi i 20 år samarbeidet tverrfaglig om behandling av slike arr. Våre rutiner er utviklet i samarbeid med tilsvarende avdelinger i Europa, særlig Universitetssykehuset i Leuven, Belgia (2). Våre felles retningslinjer er i tråd med Mustoe og medarbeidere sine anbefalinger fra 1992 (3).

Kun ved små arr er behandling med silikon førstevalget. Vi venter noen uker etter reepitelialisering før behandlingen startes. Hvis arret utvikler seg i negativ retning til tross for silikonbehandling, supplerer vi med kompresjon.

Store (brannskade)arr behandles med forebyggende kompresjonsbehandling. Silikon kommer inn som et supplerende tiltak hvis rødheten i arrene vedvarer i månedsvis etter oppstart med kompresjon. van den Kerckhove har vist at kompresjon særlig har en positiv effekt på arrets tykkelse, og at silikon virker best på å dempe fargen (2). Hydrering og okklusjon står sentralt ved silikonbehandling av arr, og i mange studier rapporteres det at okkluderende bandasjer bedrer både farge, forskyvbarhet og tykkelse samt smerte og kløe (4, 5).

Ved bruk av silikonplaster/silikonengelplate er det svært viktig at pasienten gradvis bygger opp en toleranse fra to til maksimum 12–18 timers bruk per døgn og ikke starter umiddelbart etter kirurgi med 24 timers behandling, slik Tønseth og medarbeidere anbefaler (1). Det er også svært viktig at de hygieniske forholdsregler følges, for å unngå maserasjon av arret og irritasjon av frisk hud (2). Steroider er aldri førstevalget og forsøkes aldri så tidlig som