

ved å få vedtatt WHO's konvensjon mot tobakk. En rekke samfunnsmedisinere, også norske, har bidratt i WHO og i medlemslandene med tålmodig, hardt, men lite synlig arbeid. Langvarig og solid arbeid fra samfunnsmedisinere og andre ligger også bak den norske tobakkslovgivningen.

Samfunnsmedisinernes innsats i den statlige helseforvaltningen, fra departement via direktorat/tilsyn til fylkeslegene, og som kommuneleger, skjer vesentlig på annen måte enn gjennom høy profil i mediene. De vet at det som i det lange løp gir resultater, er solid og tålmodig daglig arbeid, med respekt for god forvaltningsskikk, selv om det kan bli så som så med berømmelse. I fjor sommer kom en ny norsk lærebok i samfunnsmedisin som selvsagt har et kapittel om røyking (4). Røyking er også omtalt i kapitlet om ungdoms helse ofl.

Jacobsen skriver til slutt i sitt innlegg at samfunnsmedisinene «har en meget viktig rolle i dagens kompliserte samfunn» (1). Der er vi helt enige.

Anne Alvik
Oslo

Litteratur

1. Jacobsen CD. Samfunnsmedisinen og det forebyggende helsearbeidet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 389–90.
2. Alvik A. Professorer i tåkeheimen – eller i røyken? Aftenposten (morgenutgave) 28.1.2003.
3. Johnsrud N. Røykeaksjon redder liv. Dagsavisen 13.2.2004.
4. Lund KE. Røyking – kulturfenomen og risikofaktor. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red: Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal, 2003: 323–39.

C.D. Jacobsen svarer:

Jeg satte stor pris på Anne Alviks kommentar og takker for hennes engasjement. Men jeg grubler fortsatt over fenomenet. Når tok helsedirektørene Mork og Alvik et selvstendig initiativ i tobakksspørsmålet? Jeg har selv vært med på forskjellige handlingsplaner mot tobakk opp gjennom årene. Ingen av dem har vært initiert av helsedirektører eller sentrale helsepolitikere. Dessverre er helsebyråkratiet unnlattelsessynder betydelige på dette området. Hvorfor, Alvik?

Carl Ditlef Jacobsen
Nordbyhagen

Nikotin verre enn heroin?

Legeforeningen støtter opprettelse av sprøyterom, der narkomane kan bruke illegale rusmidler straffefritt og med assistanse av helsepersonell (1). Den samme Legeforeningen har i lengre tid gått i bresjen for å hindre røykere i å bruke sitt legale rusmiddel nikotin: Røykeforbud for sykehusansatte i arbeidstiden, ikke bare

i røykerom, men også utendørs. Også pasientene vil Legeforeningen tvinge til nikotinabstinens mens de er på sykehus. Foreningen har gått imot røykerom på arbeidsplasser og serveringssteder, der røykerne kunne bruke sin nikotin uten å plage andre. Røykerne fratas retten til å gjøre sine egne valg. Sprøyterom for narkomane er derimot i orden.

Jeg har problemer med å se logikken. Vel er røyking farlig og nikotin vanedannende. Men de fleste røykere lever et veltilpasset liv og må ikke begå kriminelle eller selvdestruktive handlinger for å kjøpe sitt rusmiddel, som dertil er kraftig avgiftsbelagt, og som finansierer ulike gode formål. Slik er det ikke akkurat med narkotikamisbrukere. Kriminaliteten som følger med, er et stort samfunnsproblem. Misbrukerne ødelegger sine liv fort – mye fortere og mer lidelsesfullt enn en storøyker. Elendigheten er påtrengende. Likevel går altså Legeforeningen inn for å legge til rette for og akseptere bruk av narkotika, mens den på moralistisk vis vil legge alle tenkelige hindringer i veien for røyking.

Jeg støtter verken røyking eller narkotikamisbruk. Det er mulig delvis legalisering av narkotika er riktig vei å gå for å bekjempe helseproblemer og skadevirkninger. Men jeg har problemer med å akseptere Legeforeningens moralistiske korstog mot nikotin, spesielt når den inntar en liberal holdning til langt mer destruktive rusmidler. Hvis Legeforeningen nå er liberal i narkotikas spørsmål og støtter sprøyterom, bør den dempe sin moralisme mot røykere og revurdere sin motstand mot røykerom.

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

1. Legeforeningen sier ja til sprøyterom. Aftenposten (morgenutgave) 11.2.2004.

Legeattester for å hjelpe pasienten

I sin undersøkelse publisert i Tidsskriftet nr. 2/2004 påviser Pål Gulbrandsen og medarbeidere at innholdet i legeattester tenderer til å fremstille pasientens situasjon på en strategisk måte for å oppnå en ytelse (1). I en annen artikkel i samme nummer viser Halvor Nordby at sykdomsbegrepet er mangfoldig og endrer betydning etter i hvilken sammenheng det benyttes (2).

Gulbrandsen og medarbeidere trekker i sin artikkel frem behovet for legeattester i forhold til offentlige trygdeordninger, spesielt uførepensjon (1). Som grunnlag for uførepensjon etter folketrygdloven § 12-6 (tidligere § 8-3) skal det foreligge «varig sykdom, skade eller lyte» som et vilkår for at ytelse kan innvilges. Det skal legges til grunn et sykdomsbegrep som er vitenska-

pelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis. Mer enn 90 % av pasientene som ønsker sykmelding, får dette utstedt av legen. Dette kan tyde på at legens og pasientens forståelse av sykdomsbegrepet og lovens medisinske krav i daglig praksis er sammenfallende (3). Nyere signaler fra Rikstrygdeverket tyder på at funksjonsnivoen, i større grad enn før, også skal vektlegges, og at sykmelding og arbeidsuførhet i større grad blir et forhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og i mindre grad avhengig av diagnosen.

Undersøkelser tyder på at selve sykdommens betydning ved uførepensjonering allerede er mindre enn tidligere antatt og mindre enn hva lovgiver forutsetter (4). Ifølge en lokalpolitiker brukes uføretrygd nå som et sosialt virkemiddel ved omstillinger i næringslivet (5). Dette står i sterk kontrast til uttalelser fra sosialministeren om at det er for enkelt å få trygdeytelser og at legene må ta hovedansvaret for dette (6).

Skal visjonen om et inkluderende arbeidsliv virkeliggjøres, bør holdningene til betydningen av diagnosen og sykdom som forutsetning for trygdeytelser nedtones. Da kan behovet for et sykdomsbegrep bygd på medisinske diagnoser i trygdelovgivning bli overflødig. I stedet for å innskjerpe legenes praksis i arbeidet med legeattester bl.a. i trygdespørsmål, slik Gulbrandsen og medarbeidere konkluderer med (1), bør vi få en diskusjon om de medisinske vilkår som forutsetning for uføretrygding i det hele tatt er nødvendig. Den lovforståelse som praktiseres i dag, tar i realiteten i ikke ubetydelig grad hensyn til sosiale forhold og arbeidsmarkedet, faktorer som legen har liten innflytelse på.

Erik Rødevand
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192–4.
2. Nordby H. En enhetlig eller mangfoldig forståelse av sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 201–2.
3. Larsen BA, Førde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1442–4.
4. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1479–85.
5. Jakobsen O. Trygd. Dagbladet 19.1.2004.
6. Meland SI. For enkelt å bli sykemeldt. Adresseavisen. 6.2.2004.

P. Gulbrandsen og medarbeidere svarer:

Vi slutter oss til Rødevands synspunkter i siste avsnitt i innlegget hans. Vi tror at han må ha misforstått artikkelen vår. Spesielt viser vi til de to siste setningene i artikkelen, der vi skriver: «Det er etter vår oppfatning lite fruktbart å møte denne nødvendige avmedikaliseringen med gjen-

tatt innskjerping av legenes praksis. Det ville være mer nyttig med en gjennomgripende diskusjon om i hvor stor grad samfunnet trenger medisinske diagnoser for å ta stilling til spørsmål om fravær fra jobb, uførepensjon, uteblivelse fra eksamener og flyreiser eller tilståelse av forsikringsutbetalinger.»

Pål Gulbrandsen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Olaf Gjerløw Aasland

Reidun Førde

Legeforeningen

MRSA-infeksjon og MRSA-kolonisering

Det har vært en tidobling av antall infeksjoner med meticillinresistente gule stafylokokker (MSRA) meldt til Meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS) siden 1995. I 2003 er det meldt over 200 tilfeller. I de senere årene er de fleste MRSA-tilfellene blitt smittet i Norge og utenfor sykehus.

MRSA-infeksjon er klassifisert som en allmennfarlig sykdom. Det medfører at trygden gir full refusjon på diagnostikk, behandling og smitteoppsporing. MRSA-kolonisering, derimot, regnes ikke som allmennfarlig. Dette er ikke umiddelbart enkelt å forstå. Man kan forestille seg at en person som er MRSA-kolonisert over hele kroppen, er vel så smittefarlig som en person med MRSA-infeksjon i et leggsår. Dette gjelder ikke minst pasienter som har hyppig kontakt med helsevesenet.

Et annet paradoks er at helseinstitusjonsansatte MRSA-bærere blir ansett som smittefarlige, slik at de har rett til sykepenger og yrkesskadeerstatning for noe som i første omgang ikke blir definert som sykdom. Dette gjelder enten de får påvist sin MRSA-bærerskap som ledd i smitteoppsporing ved institusjonen de jobber på, eller ved tilfeldig påvisning. For studenter og helsepersonell uten fast arbeidsgiver kan MRSA-bærerskap bli en personlig katastrofe, der de blir stengt ute fra arbeidsmarkedet uten rett til ytelser fra Folketrygden når det gjelder utgifter til å bli kvitt sin MRSA. På toppen av dette kommer andre økonomiske problemer.

Ved MRSA-kolonisering av hals eller urinveier kan det i tillegg til mupirocin- og klorheksidinbehandling bli aktuelt med antibiotikabehandling. Foreløpig er norske MRSA-stammer ikke høygradig resistente, men de kan, liksom utenlandske stammer, fort bli det. Da er behandlingsvalget enten de bivirkningsbelemrede glykopeptidantibiotika eller linezolid (en tablett to ganger daglig i 14 dager), der hver tablett koster 758 kroner.

Det synes heller ikke lett forståelig at Nasjonalt folkehelseinstitutt har besluttet at

bare MRSA-infeksjoner er meldingspliktige, ikke MRSA-kolonisering. MRSA-infeksjon er den eneste allmennfarlige sykdom hvor man skjelner mellom infeksjon og kolonisering. Infeksjon med *Chlamydia trachomatis* er en annen allmennfarlig sykdom. Det er mange asymptomatiske *Chlamydia*-bærere. De blir behandlet først etter screening, fordi de er smittefarlige, og fordi en del av dem etter hvert blir klinisk syke. *Chlamydia* kan gi alvorlige infeksjoner med irreversible komplikasjoner. Hvorfor skulle ikke det samme gjelde for asymptomatiske MRSA-bærere? MRSA er utvilsomt smittefarlig. 5–10 % av bærerne blir klinisk syke, og MRSA kan gi livstruende sykdom med irreversible komplikasjoner.

Skal vi ha en sjanse til å lykkes med å bekjempe MRSA-epidemien, må vi få opphevet det kunstige skillet mellom kolonisering og infeksjon. Vi håper derfor at Helsedepartementet vil ta initiativ til å endre smittevernloven på dette området, og at Folkehelseinstituttet nå ber om å få meldt både MRSA-kolonisering og MRSA-infeksjon.

Kjersti Wik Larssen

Olaf Scheel

St. Olavs Hospital

På Legevakten etter fall på glattisen

Jeg var maksimalt uheldig da jeg falt på glattisen og skadet både albuen og skulderen. Smertene tiltok og jeg mistenkte beinbrudd. Først ringte jeg til min fastlege for å avklare hvor jeg skulle vurderes og behandles. Han rådet meg til å oppsøke Legevakten i Oslo for å få tatt røntgenbilde og bli vurdert av leger der.

Før jeg snakket med fastlegen min hadde jeg liten tiltro til Legevakten pga. egne og andres erfaringer fra andre store byer i Norge. Jeg hadde dannet meg et bilde av Legevakten som et sted med overarbeidede leger som ikke har tilstrekkelig tid til å undersøke, behandle eller kommunisere med pasienter. Dessuten hadde jeg hørt at ventetiden var lang.

På Legevakten tok jeg en kølapp og ventet på tur. Det var mange andre uheldige mennesker der som også hadde skadet arm eller bein. Personlig informasjon ble registrert av en sykepleier, og jeg måtte vente ca. én time før jeg kom inn til legen. Legen tok seg tid til å undersøke og kommunisere med meg tilfredsstillende. Røntgenundersøkelsen viste som forventet at det var brudd i underarmen samt blodansamling i albuleddet. Etter å ha konferert med legekolleger tappet hun blod fra leddet under lokalbedøvelse. Jeg hadde umiddelbar bedring både når det gjaldt smerter og bevegelighet. Jeg

ble forklart om prognosen og videre utsikter. Det ble bestilt en kontrolltime den påfølgende uke.

Jeg var tilfreds etter at jeg var på Legevakten i Oslo. Personalet var godt organisert i alle trinn og gjorde en utmerket jobb med de ressursene de har. Selv om det er mange som ventet på legetime eller behandling, var det ikke noe «kaos» hos personalet. Min skepsis til Legevakten er borte. Både leger, sykepleierne og annet personell var profesjonelle og omsorgsfulle og kommuniserte godt med pasientene. Som pasient trengte jeg ikke mer enn dette.

Chandra Sekhar Devulapalli

Oslo

■ RETTELSE

Spesialistutdanningen:
Godkjente spesialister 2003

Einar Skoglund

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 686–7

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 5/2004 side 686 (i ingressen), 3. og 4. linje, skal det stå: «Gjennomsnittlig utdannings-tid er 8,3 år og kvinneandelen 44 %.»

I figur 1, 1. kolonne, er det brukt feil fargekode i tegnforklaringen. Vi gjengir derfor figuren på nytt.

Antall spesialistgodkjenninger 1994–2003

