

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 skjeler 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 legekollega 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

