

å relatere deres erfaringer til noen teoretiske betraktninger.

Boken som helhet tar for seg det komplekse samspillet mellom samfunn, helse og medisinsk praksis, slik det kan arte seg i små samfunn der menneskene har flere roller som dels griper inn i hverandre. Utgangspunktet er en distriktsmedisinsk setting, men diskusjonen som føres er av en generell karakter fordi den angår grunnleggende spørsmål om hva det vil si å praktisere som lege. Det er derfor synd at debatten er redusert til et spørsmål om hvem som er flinkest av byleger og bygdeleger.

Hunskår vil ikke godta bokens status som lærebok og etterlyser dokumentasjon på våre synspunkter, til tross for at han hevder å anerkjenne at allmennmedisinens kunnskapsgrunnlag har sterke innslag fra samfunnsvitenskapene. Dersom samfunnsvitenskapene skal bidra til allmennlegenes kunnskapsgrunnlag, må disse fagene ikke underlegges biomedisinens naturvitenskapelige kunnskapsforståelse. Det vil i så fall bli som å bruke en tommestokk for å måle vekt.

Olaug S. Lian
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Lian OS, Merok E, red. Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
2. Hunskår S. Avsporinger om distriktsmedisin. Tilsvær. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2527–8.

Antikoagulasjonsbehandling og oralkirurgiske inngrep

Per Løkken & Per Skjelbred tar i Tidsskriftet nr. 18/2005 opp spørsmålet om det er nødvendig å seponere behandling med warfarin og acetylsalisylsyre før tannekstraksjon og andre oralkirurgiske inngrep (1). Dette er et prisverdig initiativ, og fremstillingen er balansert og utdypende. Deres konklusjon, som er godt underbygd av litteraturen, er at det vanligvis ikke er grunnlag for å seponere slik behandling ved inngrep i munnhulen, en konklusjon jeg slutter meg helt til. Kolleger er ofte altfor raske til å anbefale midlertidig seponering av behandling med warfarin og acetylsalisylsyre ved kirurgiske inngrep. Tannlegen eller kirurgen må ha etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen.

Et annet godt råd for å forebygge blødning etter inngrep i munnhulen er ikke særlig kjent blant våre kolleger. Fibrinolysehemmeren traneksamsyre er særlig effektiv ved lokal applikasjon, ikke minst i munnhulen, der spytt har høy fibrinolytisk aktivitet. En ampulle cyklokapron 500 mg til injeksjon blandes med tilsvarende volum vann til munnskylling fire ganger daglig i 3–5 dager. Dette forebygger effektivt blødning etter oralkirurgi. Utblandingen

i vann har utelukkende til hensikt å sikre et større volum skyllevæske for å gjøre munnskyllingen enklere og mer effektiv. Ved Seksjon for blodsykdommer ved Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet har vi i mange år benyttet cyklokapron-munnskyll som eneste profylaktiske tiltak ved oralkirurgiske inngrep hos pasienter med von Willebrands sykdom og mild hemofili og hos pasienter som behandles med warfarin (også ved INR > 3) og acetylsalisylsyre med svært godt resultat.

Geir E. Tjønnfjord
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Løkken P, Skjelbred P. Bør warfarin og acetylsalisylsyre seponeres før tannekstraksjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2498–9.

P. Løkken & P. Skjelbred svarer:

Geir E. Tjønnfjord presiserer viktigheten av at tannleger og kirurger har etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen. Vi er helt enig. Vårt opprinnelige manuskript inneholdt en beskrivelse av lokale hemostasetiltak, men dette avsnittet måtte av plasshensyn utgå.

Tannleger vil være i første linje når det gjelder å forebygge eller stoppe eventuelle blødninger i munnhulen. En utvidet versjon av vår artikkel vil om kort tid bli publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende, der et avsnitt med råd om lokale hemostasetiltak i munnhulen inngår. Med referanser nevnes midler og metoder som er tatt i bruk, f.eks. pakking av resorberbar gelatinsvamp eller oksidert cellulose i tannalveolen, fibrinlim, munnskyllinger, traneksamsyre og diatermi.

Surgicel (oksidert regenerert cellulose) har i flere studier med tannekstraksjoner gitt god hemostatisk effekt. I motsetning til biologiske proteinbaserte produkter, gir dette syntetiske preparatet ikke risiko for overføring av virusinfeksjoner. Etter sårrensing pakkes alveolen med Surgicel og stabiliseres med suturer. En kompress plasseres over såret og bites på i 10–15 minutter. Deretter inspiseres såret. Er blødningen stoppet, kan pasienten dimitteres, men gjerne oppfordres til å bite på kompressen ytterligere en time til. Resorberbar gelatinsvamp (Spongostan, Gelatamp), som brukes på samme måte, gir omtrent like effektiv hemostase. Kompressen som det bites på, kan gjerne være innsatt med traneksamsyre. Man bryter da en ampulle Cyklokapron, fukter kompressen med traneksamsyre, og lar pasienten bite på denne. Starter blødningen på nytt etter hjemkomst, kan pasienten trykke på såret ved å bite hardt i 20 minutter, f.eks. på et sammenfoldet rent lommetørkle, en gasskompress eller en fuktet tepose (te inneholder tannin som adstringerer og gir lokal hemostase). Et nytt lokalt hemostatikum,

TachoSil, er en medisineret svamp med blant annet humant fibrinogen og trombin. Dette preparatet skal bare brukes av erfarne kirurger.

Som Tjønnfjord påpeker er traneksamsyre et aktuelt preparat. Vi foreslår at tannlegen som første alternativ kan la pasienten bite på en kompress fuktet med Cyklokapron – dette fordi fem dagers munnskyllinger med preparatet vil koste så mye som 500 kroner. Vi er enig med Tjønnfjord i at det regimet han anbefaler kan være høyst relevant, ikke minst ved stor risiko for etterblødninger. I artikkelen i Tidende henviser vi til en nylig publisert oversiktsartikkel over aktuelle tiltak mot blødninger ved dentalveolær kirurgi, der preparatet foreslås brukt på samme måte som angitt av Tjønnfjord (1).

Behandles pasienten med warfarin og blødningen ikke stopper med lokale tiltak, bør systemisk behandling gis av lege. Et alternativ er injeksjon av fytomenadion (vitamin K₁), som senker INR-nivået i løpet av 4–6 timer. Dersom INR-nivået skal senkes raskt, er det vanligst å bruke faktortilførsel i form av ferskfrosset plasma.

Per Løkken
Det odontologiske fakultet
Universitetet i Oslo

Per Skjelbred
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Bågenholm T, Hellem S, Tornes K. Akutte skader og komplikasjoner ved behandlingsprosedyrer i munnhulen. Nor Tannlægeforen Tid 2005; 115: 38–47.

Er epikriser viktige medisinske dokumenter?

Spørsmålet burde ha vært unødvendig, men fra primærmedisinsk ståsted kan det synes som spørsmålet er høyst relevant. Den som har drevet allmennmedisinsk virksomhet i mange år, har ofte opplevd epikriser som kommer månedsvis etter utskrivning. Enhver vil forstå hvilke problemer dette skaper for den medisinske oppfølging. Pasienten blir innlagt for et medisinsk problem som ikke kan håndteres på primærmedisinsk nivå, og behandlingen skal kontinueres på de premisser som sykehuset legger. Det er derfor prisverdig at Kjell Martin Moksnes i Tidsskriftet nr. 17/2005 setter epikrisetid på dagsorden og uttrykker at «epikrisetid er kvalitetsindikator for helseforetakene» (1).

Det er selvsagt at medisinsk innleggelseskriv sendes på forhånd eller følger pasienten ved akutte innleggelses. Her gjøres det rede for sykehistorie og kliniske funn som er utgangspunkt for mer spesifikk utredning og behandling. Dette er en rasjonell og tidsbesparende arbeidsform, og den diagnostiske treffsikkerheten fra primærleger er høy.

I dag, da spesialistene – som skal utrede og behandle gamle pasienter med svikt i ulike organsystemer – er geografisk spredt til mange sykehus i helseregionen, burde det være selvsagt at følgeskriv følger pasienten med kopi til primærlegen. Den oppsummerende endelige epikrisen bør skrives ved utskrivningen og helst følge pasienten. Arbeidet for den epikriseskrivende legen er lettere når sykdomsbildet er ferskt.

Hva er det som kjennetegner «den gode epikrise»? Den skal referere sykehistorie, diagnostiske utredninger og funn med differensialdiagnostiske overveielser og konklusjoner, foretatte behandlinger og forslag til videre behandling og oppfølging. Nyere diagnostiske prosedyrer og laboratorieprøver må nøyaktig spesifiseres med annet enn forkortelser som ikke gir informasjon, men virker fordommende på primærlegen. Forkortelsene må være allment godtatt og entydige. Vi er ikke spesialister, men generalister som har behov for oversikten, ikke detaljene. Den gode epikrisen bør være en kilde til etterutdanning for de mange primærleger som arbeider spredt og med store avstander til lokalsykehuset. Dette blir selvsagt enda viktigere hvis den meningsløse reformen med sentralisering gjør avstandene enda større. Avstanden til lokale kveldsmøter ved sykehusene blir så store at deltakelse her blir umulig. Tidligere var dette en mer uformell form for etterutdanning.

Derfor er epikriser viktige medisinske dokumenter.

Per Steinar Steinsvoll
Sel kommne

Litteratur

1. Moksnes KM. Kan epikristiden forkortes? Tidsskr Nor Lægeforen 2005, 125: 2380–1.

Hvem kan være utstillere på legekurs?

Undertegnede var av dem som ønsket de nye reglene for sponing av utdanningsaktiviteter hjertelig velkommen da de ble vedtatt av landsstyret i Legeforeningen i mai 2004. Ingen lovtekst eller regelverk er annet enn retningsgivende og må alltid tolkes. Tolkingen bør være i tråd med lovens intensjon. Bakgrunnen for de nye reglene var at vår videre- og etterutdanning skulle skjermes for legemiddelindustriens målrettede og effektive markedsføring med de uheldige konsekvenser et slikt samrøre vil kunne ha.

Nidaroskongressen samler 600–700 leger til en ukes kongress annethvert år, og utgjør sammen med Primærmedisinsk uke de to største faglige arenaer for norske allmennpraktikere. Hovedkomiteen i årets Nidaroskongress har ønsket å tilby ledig utstillingsplass gratis til blant andre Leger

Uten Grenser, Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) og Utposten og har spurt Legeforeningen om en vurdering i henhold til de nye reglene. Svaret er at ingen av disse aktivitetene kan tillates å ha stands eller få utstillingsplass under kongressen. At Legeforeningen var negativ til at leverandører av programvare for elektronisk journal skal få gratis utstillingsplass, kan forstås. De er eksterne, kommersielle aktører som konkurrerer innbyrdes om allmennlegene som kunder. Men at allmennlegetidsskrifter og beslutningsstøtteprogram ikke skal kunne brukes og promoveres på en allmennmedisinsk kongress, er vanskeligere å forstå. Utposten er det eneste primærmedisinske tidsskriftet i Norge. Det har overlevd i snart 30 år på frivillig og ulønnet innsats. Norsk Elektronisk Legehåndbok selges riktignok til norske allmennleger, men har fremkommet på dugnadsbasis av et korps ulike legespesialister og brukes i stort omfang av leger og medarbeidere i allmennpraksis i Norge. Det er stor forskjell på kommersielle kanoner som oppnår markedsandeler gjennom tette bånd til enkeltleger, og dugnadsbasert fagutvikling.

Hva er bakgrunnen for Legeforeningens holdning i denne saken? Jeg håper ikke det er slik at Legeforeningen med denne tolkingen av reglene ønsker å krisemaksimere med tanke på at de vedtatte reglene i neste omgang skal revideres tilbake?

Anna Stavdal
St. Hanshaugen legesenter
Oslo

Presidenten svarer:

Takk for spørsmål angående retningslinjene for godkjenning av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning. Landsstyremøtet i Loen i 2004 vedtok prinsipper for samhandling mellom Legeforeningens organer og industrien. I vedtakets punkt 9 står: «Tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer.» Det er viktig å merke seg at firma i samme vedtak er definert som «legemiddelindustri, utstyrsfabrikanter samt andre typer firmaer med markedsinteresser eller private forretningsinteresser innen helse-tjenesten».

Etter dette vedtaket kom det opp flere problemstillinger både om fortolkninger av vedtaket og spørsmål om andre typer aktører kunne ha stands/utstillinger på tellende kurs. Før årets landsstyremøte i Bergen sendte derfor sentralstyret ut en oppfølgingssak til bred høring i alle foreningens ledd. Det ble bedt om synspunkter på bl.a. markedsføring av andre typer produkter. Tilbakemeldingene viste at de aller fleste mente at legers kurs ikke skulle være markedsføringsplass for noen type pro-

dukter. Det ble også poengtert at å prøve å skille ut noe ville være vanskelig gjennomførbart og skape gråsoner. I samsvar med dette vedtok landsstyret enstemmig på sitt møte i Bergen i mai 2005 at prinsippene i vedtaket fra Loen i 2004 skulle opprettholdes. Det ble også enstemmig vedtatt at «det tillates heller ikke markedsføring av andre typer produkter og tjenester i tilknytning til tellende kurs i legers videre- og etterutdanning».

Landsstyrevedtaket i Loen gav rom for fortolkninger. Vedtaket i Bergen i år var en klar innskjerping ved at man ikke ønsket noen form for markedsføring på kurs. Det forholder Legeforeningen seg lojalt til. Dersom man gikk inn og vurderte for og imot i enkeltsaker, ville man raskt være inne i den gråsoneproblematikken som landsstyret ikke ønsket, og som ville blitt svært vanskelig å praktisere.

Jeg har full forståelse for at gjennomføring av de vedtak landsstyret har gjort, krever omstilling. Men vedtakene er klare. I saksfremlegget til landsstyremøtet gikk sentralstyret inn for en evaluering etter at retningslinjene har fungert over noe tid, og dette skal bli fulgt opp.

Torunn Janbu
President

■ RETTELSE

Les mer om...
Stor praksisvariasjon ved redusert fosteraktivitet

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2591

I Tidsskriftet nr. 19/2005, s. 2591 skal det stå:

Blant kvinner som søkte fødeavdelinger på Østlandet og i Bergen pga. redusert fosteraktivitet, ble det registrert alvorlig asfyksi, død, veksthemming eller for tidlig født barn ved om lag en femdel av fødslene. Rutineutredningen varierte ...