

type depresjon hvor henvisninger er overflødige. Tidsskriftets system for fagfelle-vurdering har sviktet når det gjelder denne artikkelen, og jeg finner det meget betenkelig at man på denne måten bygger opp om en påstått tilstand som har en svært usikker vitenskapelig status. Som bosatt i Nord-Norge er jeg også opptatt av at vi leger ikke skal bidra til medikalisering og forverring av folkehelsen ved å skape inntrykk av at det er bevist at mørketiden skaper depresjon.

Vidje Hansen

Avdeling for klinisk psykiatri
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Johnsson A, Moan J. Rytmer, depresjoner og lys. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1044–7.
2. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 72–80.
3. Mersch PP, Middelndorp HM, Bouhuys AL et al. Seasonal affective disorder and latitude: a review of the literature. J Affect Disord 1999; 53: 35–48.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organization, 1993.

A. Johnsson & J. Moan svarer:

Vi har lest Vidje Hansens innlegg og er enige i at mye rundt begrepet «seasonal affective disorder» (SAD) er usikkert. I psykiatrien vil man kanskje finne verktøy for å stille «skarpere» diagnoser. Samtidig brukes begrepet i utstrakt grad i vitenskapelig litteratur. Vi er oppfordret til å bruke norske betegnelser/ord og valgte derfor oversettelsen «mørketidsdepresjon», som sannsynligvis blir forstått av de fleste ikke-spesialister. Et alternativ hadde vært «vinterdepresjon», som er brukt av blant andre Lewy og medarbeidere (1).

Døgnrytmenes betydning for «seasonal affective disorder» er basert på lysets interaksjon med biologiske klokke og dets faseforskyvende virkning. Breddegradsavhengigheten er fortsatt diskutert. Lysets spektrum og intensitet forandres med breddegraden, hvilket jo kan føre til mange årsakssammenhenger (miljø i bred forstand, psykososiale faktorer etc.). Vi er enige i at forskningen ennå ikke har løst spørsmålet om breddegradsavhengighet og «seasonal affective disorder», noe som også gikk frem av en oversiktsartikkel vi tok med. Vi vil imidlertid understreke betydningen breddegradsstudiene har i litteraturen. Lewy og medarbeidere har understreket at melatonin kan brukes som «markør» på døgnrytmen og indikator for faseforskyvinger forårsaket av lyset (1).

I en artikkel av denne type er det umulig å gjøre rede for alle vitenskapelige diskusjoner om kontroversielle definisjoner og mulige årsakssammenhenger. Vi er lei oss og beklager selvfølgelig dersom deler av artikkelen vår har ført til «medikalisering

og forverring av folkehelsen», som Hansen skriver. Det var det motsatte vi ønsket. Vi gir her noen referanser som kan være aktuelle i diskusjonen (1–5). Alle studier omkring lys, depresjoner og rytmer som nå kommer i litteraturen, peker på hvor viktig området er.

Anders Johnsson

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Johan Moan

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Lewy AJ, Lefler BJ, Emens JS et al. The circadian basis of winter depression. Proc Natl Acad Sci USA 2006; 103: 7414–9.
2. Avery DH, Eder DN, Bolte MA et al. Dawn simulation and bright light in the treatment of SAD: a controlled study. Biol Psychiatry 2001; 50: 205–16.
3. Lambert G, Reid C, Kaye D et al. Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. Am J Psychiatry 1003; 160: 793–5.
4. Magnusson A, Bøiwín D. Seasonal affective disorder: an overview. Chronobiol Internat 2002; 20: 189–207.
5. Teng C, Akerman D, Cordas T et al. Seasonal affective disorder in a tropical country: a case report. Psychiatry Res 1995; 56: 11–5.

Arne Pedersens minneforelesning

Arne Pedersens minneforelesning er blitt en tradisjon ved Legeforenings kurs for kvalitet og sikkerhet. I år ble forelesningen holdt 20. mars av Jens Winther Jensen, formann i Den almindelige danske lægeforening, og Beth Lilja Pedersen, sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Danmark har nå i vel to år hatt en lov om rapportering og forebygging av uheldige hendelser i helsetjenesten, og foredragsholderne gjorde rede for de meget positive danske erfaringene. Her i landet er man nå i ferd med å opprette et nasjonalt senter for pasientsikkerhet, og de danske erfaringene er viktig for norsk helsetjeneste.

Arne Pedersens minneforelesning har en spesiell bakgrunn. Pedersen var født i 1911 og hadde god helse til han fikk hjerteinfarkt i juli 1991. Etter det fikk han angina. 9.11. 1992, da han var på ferie i Vågå, falt han bevisstløs om. Konen fant ham og gav ham et kraftig støt i brystet, noe som fikk ham til å våkne. Han ble sendt til Lillehammer sykehus med brystsmerter, hoste og ekspektora. Diagnosen ble lungeemboli, og han fikk marevan og heparin. 12.11. ble han overført til et sykehus i Oslo.

Han hadde feber, TT var 14 %, og heparin ble seponert. Feberen holdt seg uten at man klarte å finne noen årsak. Han fikk antibiotika, men det utviklet seg bivirkninger, og det ble seponert. Både han og konen følte at de ikke fikk informasjon og at de ikke ble hørt. Til slutt fikk han permisjon 19.12. og søkte en privat lege, som la ham inn i et annet sykehus. Han hadde rask

flimmer, som rettet seg etter medisinsk behandling. Han fikk lov til å reise hjem på et kort besøk, men måtte tilbake til sykehuset etter en time. Det rettet seg igjen, og han fikk ny permisjon 21.12. Han døde brått hjemme samme ettermiddag.

Konen, Hulda Pedersen, klaget til Fylkeslegen over behandlingen på det første sykehuset. Konklusjonen ble at det ikke var begått medisinske feil, men sykehuset beklaget den menneskelige siden av behandlingen. Denne tragiske opplevelsen har forfulgt konen i alle år siden: «Jeg tenker på det dag og natt.» Ekteparet hadde ingen barn, og Hulda Pedersen har bestemt seg for å bruke det hun eier til to formål. Det ene formålet er å gjøre noe godt for andre mennesker gjennom Kirkens Bymisjon, det andre er å sette av penger til en årlig minneforelesning i Legeforenings regi. Den skal handle om uheldige hendelser i helsetjenesten, faglige og menneskelige – «for at andre pasienter og pårørende kan bli spart for det min mann og jeg måtte oppleve». Det er Legeforeningen som finner foredragsholderne, og de får et honorar og et grafisk blad laget av Eli Hovdenakk som takk.

Peter F. Hjort

Blommenholm

Tilsynssaker mot allmennleger – en rettelse

Statens helsetilsyn beklager at det i Molven & Holmboes tilsvare (1) til et innlegg av Oftebro og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 10/2006 (2) ble gitt en upresis gjengivelse av artikkelen det ble referert til (3). Denne artikkelen tar utgangspunkt i en gjennomgang av tilsynssaker mot allmennleger fra perioden 2000–02. Som Oftebro påpeker (2) var det i 44 % av tilfellene der fylkeslegene mente det var grunn til reaksjon at Statens helsetilsyn hadde sammenfallende vurderinger. Det var delvis sammenfall i 15 % av tilfellene. Dette innebærer manglende sammenfall i anvendelse/tolking av referanselitteratur eller vektlegging av elementer i hendelsesforløpet, uten at dette direkte påvirket vedtaket om reaksjon eller ikke.

I allmennlegesakene er det vesentlige vurderingstemaet om legen i tilstrekkelig grad har forholdt seg til muligheten for at alvorlig tilstand kan foreligge – eller om det i tilstrekkelig grad er truffet tiltak for å unngå uønsket behandlingsresultat (3). For å øke graden av forutsigbarhet i slike vurderinger bør saker innenfor sammenliknbare problemstillinger kunne ses i sammenheng. Vedtak om reaksjon bestemmes av grad av avvikende praksis fra det som angis i retningsgivende og anerkjent litteratur. Slik litteratur beskriver i det vesentlige beste praksis (best practice).

Ulike vurderinger i et system der sakene oversendes for ny gjennomgang, bør imidlertid ikke overraske. For eksempel kan det komme til nye opplysninger, påklaget helsepersonell får ny mulighet til å forklare seg, og nye eksterne vurderinger kan bli innhentet. Dette er en kvalitetssikring av saksbehandlingen og innebærer økt rettsikkerhet for partene. På den annen side ligger utfordringen i å utforme kvalitetsforberedende tiltak for å sikre lik tenkemåte i praksis. Dette arbeidet har pågått i noen år ved kurs og seminarer og utarbeiding av saksbehandlingsveiledere.

Når det er lagt opp til en behandling av saker der alle formelle reaksjoner skal gis fra den sentrale instans (Statens helsestilsyn), innebærer dette også en normering som helsetilsynet i fylkene forventes å forholde seg til. I gjennomgangen av praksis i tilsynssaker i 2003 og 2004 knyttet til spørsmål om forsvarlig behandling ble det funnet at Statens helsetilsyn opprettholdt vurderingen til helsetilsynet i fylkene i 72 % av sakene (4).

Jørgen Holmboe
Svein Zander Bratland
Olav Molven
 Statens helsetilsyn

Litteratur

1. Molven O, Holmboe J. God praksis – hva er det? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1357.
2. Oftebro H, Olsen J-O, Tjørve E. God praksis – hva er det? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1357.
3. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9.
4. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Bruk av advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 943–6.

Drap på kollega i Oslo

Undertegnede har reagert på uttalelsen fra ApLf's leder i Tidsskriftet nr. 9/2006 vedrørende drapet på en kollega i Oslo (1). Det ble der sagt at vi som fastleger ikke kan si nei til pasienter vi opplever som truende.

Jeg har personlig nettopp anmeldt en pasient som truet med «å slå meg i hjel» og har ikke til hensikt å se ham på kontoret en gang til. Politiet fant to skytevåpen hjemme hos denne personen. Skal man måtte vente til kniven sitter i kroppen eller skuddet er falt før man eventuelt kan vegre seg mot å motta en pasient som åpenbart ikke lider av livstruende sykdom, men for eksempel bare er ute etter rusmidler? Skal vi som leger ikke ha rettigheter i så måte?

Jeg synes det er på tide at vi tar disse spørsmålene opp på nytt og på bakgrunn av hvordan virkeligheten er blitt for de fleste som driver allmennpraksis. Dersom vi skal være pålagt å ta imot en farlig pasient fordi han tilfeldigvis har valgt deg som fastlege, synes jeg at den som måtte ønske det, må få anledning til å bevæpne seg. Slik situa-

sjonen er hos oss, kan vi ikke forvente umiddelbar hjelp fra politiet etter kl 1500, selv ikke på hverdager. Det kan da ta i beste fall 30–60 minutter. Det kunne også være interessant å vite hvilke sanksjoner man kan vente dersom en slik pasient blir tvert avvist.

Tor H. Kristiansen
 Kvinesdal

Litteratur

1. Andersen EJ. En tragedie. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1241.

J.E. Kristoffersen svarer:

Kollega Tor H. Kristiansen setter søkelys på et viktig spørsmål, nemlig hvorfor ikke vi som fastleger kan si nei til pasienter som vi opplever som truende.

Har man opplevd alvorlige tillitsbrudd eller voldshandlinger, vil mange leger ønske å slippe å ha vedkommende som pasient (1). Legeforeningen har slått fast at leger må kunne si fra seg ansvaret for pasienter som har opptrådt på en slik måte at tillitsforholdet er ødelagt – ut fra at forutsetningen for behandlerrelasjonen dermed er brutt. Vi har imidlertid ingen lovfestet rett til å velge bort pasienter. Hvis vi får en situasjon hvor «vanskelige» eller farlige pasienter stadig avvises og dermed blir kasteballer mellom legene i kommunen, vil disse kunne bli enda vanskeligere eller farligere for den neste lege de møter. Potensielt farlige personer er ofte psykiatrisk syke og har et særlig sterkt behov for helsehjelp fra lege som de kjenner og som koordinerer behandlingen over tid.

Kommunene har en plikt til å treffe «nødvendige tiltak» i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko hos fastlegen, kfr. fastlegeavtalens § 6.1 og Oslo-avtalens § 8.1. Det vil være fastlegen som må ta initiativ til dette, men kostnaden påhviler kommunen.

Dessverre vil trusler eller vold også kunne inntreffe uten klare forvarsler. Dette kan vi som leger ikke beskytte oss hundre prosent imot hvis vi ikke skal gjemme oss bak skuddsikkert glass med små luker merket «Tal her». Allmennlegeforeningen har for øvrig bedt om at Legeforeningen må gjøre en ny gjennomgang av praktiske og rettslige utfordringer rundt praktiserende legers sikkerhet under utøvelse av legearbeid.

Jan Emil Kristoffersen
 Allmennlegeforeningen

Litteratur

1. Vold og trusler på legekontoret. Fagutvalget i ApLf. http://www.legeforeningen.no/asset/22411/1/22411_1.doc (30.5.2006).

Førstegangsgammel eller for tidlig gammel?

Det var med glede og stor grad av lettelse jeg leste innlegget til Arnfinn Engeset i Tidsskriftet nr. 11/2006 om det å bli førstegangsgammel (1). Alt falt liksom på plass. Også jeg har hele tiden trodd at terminen var omkring 70 år og har sett frem mot den dagen. Et nytt liv. Nye muligheter. Men når jeg opplever at antall reklamesendinger fra legemiddelindustrien avtar og jeg ikke lenger får så mange søppel-e-poster, da har jeg vel allerede oppnådd å bli førstegangsgammel – eller retttere sagt for tidlig førstegangsgammel? Og rier har jeg ikke hatt, tror jeg, da.

Jeg er ikke blitt så gammel at jeg velter rødvinsglasset. Men jeg vet jo at det da er viktig å strø salt på for at ikke flekken skal bli værende. Men når jeg opplever å velte saltkaret for så å helle rødvin på saltet, da er det nok et tegn på at jeg allerede er blitt førstegangsgammel.

Årsak? Sviktende helse? Opphold på intensivavdelingen med akutt sviktende helse for så å forlange meg utskrevet tyder mer på tilstedeværelse enn å være førstegangsgammel, kfr. oppslag i Aftenposten om oppegående kollega Rigmor Austgulen, som absolutt *ikke* er førstegangsgammel (2).

Nå skal jeg sette meg ned og tenke. Er jeg gammel? Er det et forvarsel? Noen hver bør begynne å forberede seg i tide, for dagen da du er førstegangsgammel, kommer forttere enn du tror.

Rolf Lindemann

Intensivavdelingen for nyfødte
 Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Engeset A. Førstegangsgammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1511.
2. Hafstad A. 227 korridor-pasienter – hver dag. Aftenposten 26. april 2006.

■ RETTELSE

Når bør traumeteam tilkalles?

Andreas J. Krüger, Nina Hesselberg,
 Geir Tor Abrahamsen, Kristian Bartnes

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1335–7

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 10/2006 skal kolonneteksten i tabell 3, side 1336, være:
 Antall pasienter med anestesilogisk eller kirurgisk prosedyre rettet mot respirasjons- eller sirkulasjonsproblemer