

dens på mellom 40 og 70 per 100 000 innbyggere per år, med tyngdepunkt rundt 54. På landsbasis skulle dette tilsi 2 500 episoder med hjertestans per år der det forsøkes resuscitering. Forekomsten i Austevoll (68 per 100 000 per år) er altså helt i samsvar med nasjonale tall.

Eirik Skogvoll
Kristian Lexow
Norsk resuscitasjonsråd

Litteratur

1. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42.
2. Nolan J. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 1. Introduction. Resuscitation 2005; 67 (suppl 1): S3–6.
3. Olasveengen TM, Vik E, Kuzovlev A et al. Effect of implementation of new resuscitation guidelines on quality of cardiopulmonary resuscitation and survival. Resuscitation 2009; 80: 407–11.
4. Skogvoll E, Wik L. Active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation: a population-based, prospective randomised clinical trial in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 1999; 42: 163–72.
5. Offstad J, Heldal D, Aksnes EG et al. Resultater av behandling – prosjekt Nord-Gudbrandsdal – sirkulasjonsstans i gravgrendte strøk. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2874–8.
6. Hanche-Olsen T, Nielsen EW. High survival in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation – 7 years' incidence according to the Utstein template in a small town in Northern Norway. Eur J Emerg Med 2002; 9: 19–24.

Erstatningskravene etter meningokokk B-vaksineforsøket

Elling Ulvestads kronikk i Tidsskriftet nr. 7/2009 (1) gjør det nødvendig å komme med noen kommentarer.

Ekspertgruppen som Norsk pasientskadeerstatning konsulterte, uttrykte at symptomer på nevrologisk sykdom normalt vil oppstå mellom fem dager og tre-fem uker etter vaksinerings. Vi valgte likevel å legge til grunn at også symptomer oppstått inntil åtte uker etter vaksinerings kunne anses å ha sammenheng med denne. Bakgrunnen var nettopp usikkerheten som var forbundet med tidsintervallet. Norsk pasientskadeerstatning har med bakgrunn i ekspertenes vurdering ikke utelukket at vaksinen kan være årsak til kronisk utmattelsessyndrom (også kalt myalgisk encefalopati, ME).

At Global Advisory Committee on Vaccine Safety gir uttrykk for at det er liten grunn til å anta at det er noen sammenheng mellom vaksinen og kronisk utmattelsessyndrom (2), har ingen avgjørende betydning for vurderingen av enkelt saker. Det sier på den annen side noe om sannsynligheten for at det er mange tilfeller der det kan legges til grunn en slik sammenheng.

Global Advisory Committee on Vaccine Safety har basert sin konklusjon på et mye bredere grunnlag enn Folkehelseinstituttets ME-studie. Som instituttet selv påpeker ble

deres studie heller ikke gjennomført for å gi Norsk pasientskadeerstatning grunnlag for sine vurderinger (3). Folkehelseinstituttets studie og konklusjonene fra Global Advisory Committee on Vaccine Safety har først og fremst hatt betydning for den generelle kunnskap om vaksinen og dens mulige sammenheng med utviklingen av kronisk utmattelsessyndrom, ikke som grunnlag for å avslå søknader om erstatning.

Vi er enig med Ulvestad i at det kan tenkes flere ulike mekanismer for sammenheng og at andre tilnærminger og fremtidig forskning vil kunne gi ny kunnskap. Vi utelukker ikke at ny kunnskap i fremtiden vil kunne endre den medisinske vurderingen av disse sakene og sakenes utfall. Hvorvidt det foreligger rett til erstatning, må uansett vurderes konkret med bakgrunn i den enkeltes sykehistorie.

Det er riktig at Norsk pasientskadeerstatning legger til grunn prinsippet om omvendt bevisbyrde. Dette innebærer at dersom sykdom i det enkelte tilfelle kan være forårsaket av vaksinen, blir staten ansvarlig – med mindre den kan påvise en eller flere mer sannsynlige årsaker. Poenget i mange av sakene er at vaksinen etter en konkret vurdering og med basis i foreliggende kunnskap ikke fremstår som en sannsynlig årsak til sykdommen.

Norsk pasientskadeerstatning har lyttet til en sammensatt gruppe av norske eksperter, til vurderinger fra verdens fremste organ hva gjelder vaksinesikkerhet, samt til vurderinger av medisinsk sakkyndige i enkelt saker. For oss er det vanskelig å se at dette kunnskapsgrunnlaget kan karakteriseres som lite troverdig.

Pasientskadenemnda har nylig opprettholdt avslagene i 20 klagesaker. Nemndas vurderinger vil representere viktige premisses for den videre håndtering av de aktuelle sakene.

Rolf Gunnar Jørstad
Mads Morten Njørd
Norsk pasientskadeerstatning

Litteratur

1. Ulvestad E. Ekspert – men på kva? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 642–3.
2. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 12–13 December 2007. Wkly Epidemiol Rec 2008; 83: 37–44. www.who.int/wer/2008/wer8304.pdf [5.5.2009].
3. Feilaktige påstander om Folkehelseinstituttets ME-studie. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009. www.fhi.no/artikler?id=74616 [5.5.2009].

Dialogen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten må forbedres!

Fastlege Alicja Alda beskriver i Tidsskriftet nr. 10/2009 sin opplevelse av at spesialisthelsetjenesten ønsker å instruere fastlegene og bruker dem i en sekretærrolle (1). Jeg tror de

fleste fastleger tidvis har opplevd det samme, selv om mitt hovedinntrykk er at de har et tilfyllt samarbeid med annenlinjetjenesten basert på likeverdighet, samråd og felles mål om å gi pasientene best mulig behandling.

Hovedutfordringen i dag er først og fremst at det er altfor dårlig teknisk og ressursmessig tilrettelagt for god lege-legedialog på tvers av nivåene i helsetjenesten. Det er nok å nevne at meldingsutveksling over helsenett i for liten grad er på plass og at det ikke er tilrettelagt for elektronisk dialog mellom leger i og utenfor sykehus.

Aldas leserbrev gir en fin mulighet til å minne oss om – enten vi arbeider i første- eller annenlinjetjenesten – at det ikke finnes noe i lov, forskrift eller avtaleverk som gir spesialisthelsetjenesten instruksjonsmyndighet over fastlegene. Dette betyr at fastlegene ikke kan pålegges å følge opp eller etablere spesifikke utrednings- eller behandlingsopplegg. Men fastleger skal tilby faglig gode og forsvarlige behandlingsopplegg for sine pasienter, gjerne etter samråd med spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal ha faglige grunner, som bør dokumenteres i journalen, dersom hun/han etter samtale med pasienten velger å la være å følge råd om videre oppfølging gitt fra spesialisthelsetjenesten.

Ofte vil fastlegen ha bredere innsikt i hva som allerede er gjort for pasienten og muligheter for nye tiltak ut fra tidligere erfaring med den enkelte pasient og dennes preferanser og holdninger. Dialog om denne type samhandling må etableres på systemnivå. En nasjonal implementering av praksiskonsulentordningen vil kunne bidra i utviklingen av systemer for samhandling mellom nivåene (2).

Jan Emil Kristoffersen
Allmennelegeforeningen

Litteratur

1. Alda A. Er pasienten sykehusspesialistens eller fastlegens ansvar? Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1011.
2. Praksiskonsulentordningen i Norge, et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helse-tjeneste. Debattskrift fra Allmennelegeforeningen februar 2008. www.legeforeningen.no/id/145281.0 [20.5.2009].

Håp om en lykkelig slutt!

I Tidsskriftet nr. 15/2007 fortalte jeg min personlige historie som psykiatrisk pasient gjennom mange år. Jeg har fått en rekke ulike diagnoser, og mange behandlinger har vært forsøkt – uten at jeg er blitt noe bedre. Den triste konklusjonen var at det eneste som egentlig hjalp meg, var å drikke øl (1, 2).

Nylig fikk min yngste datter, som er i tenårene, diagnostisert den hyperkinetiske forstyrrelsen ADD (Attention Deficit Disorder) samt depresjon. Dette skapte flere spørsmål hos meg. Jeg er aldri blitt vurdert

med tanke på AD/HD eller ADD, men da min datter fikk diagnosen, ønsket jeg å bli utredet for dette.

Etter en langvarig utredning fikk jeg selv diagnosen ADD. Jeg startet med ritalin i februar, og dette ser ut til å fungere bra. Med ritalin føler jeg meg roligere i kroppen og i hodet og får bedre konsentrasjon. Min selvmedisinering med alkohol er derfor «unødvendig», og jeg har ingen problemer med å holde meg borte fra alkoholen lenger.

Jeg håper nå at jeg endelig har fått riktig diagnose og riktig behandling etter et helt liv med psykiske lidelser, alkoholmisbruk og et stort antall behandlingsmetoder som ikke hjalp. Jeg ser lysere på fremtiden.

L. D.

Litteratur

1. Dobbeltdiagnose – min historie. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1969.
2. Waal H. Dobbeltdiagnoser og doble budskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1922.

Barn av rusmisbrukere må få et bredere opplegg

Lisbet Sandtorv og medarbeidere tar i en artikkel i Tidsskriftet nr. 4/2009 opp hvordan det går med barn av mødre som er under legemiddellassistert rehabilitering (1). Undertegnede hadde i 1960-årene ansvar for en enhet som tok seg av kvinner med svære psykiske vanskeligheter etter fødselen. Som de første i Norden hadde vi med barnet for å fremme tilknytningen mellom mor og barn. Senere ble også ektefellen inkludert i avdelingen som nattpasient. Vi hadde familieggruppe, ektepargruppe samt flerfamilieggruppe (2).

Noen kvinner med rusproblemer slutter med misbruket når de blir gravide. I den aktuelle artikkel seponerte en av kvinnene buprenorfin halvveis i svangerskapet, og barnet hadde ikke abstinens etter fødselen. Forfatterne maner til et bredere opplegg for disse kvinnene. Metadon og bufenorfin bør vike for et bedre opplegg med gode relasjoner. Da vil barna få det bedre!

Carl S. Albretsen
Asker

Litteratur

1. Sandtorv L, Reigstad H, Bruarøy S et al. Har legemiddellassistert rehabilitering i svangerskapet konsekvenser for barna? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 287–90.
2. Albretsen CS. Mødre med barn i psykiatriske avdelinger. Nord Psykiatr Tidsskr 1976; 30 (suppl 4): 1–70.

Individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer

Helsedirektoratets anbefalinger for primærprofylakse for hjerte- og karsykdommer er et imponerende dokument på 137 sider (1). Noen aspekter ved anbefalingene kan imidlertid ikke stå ukommentert. Det jeg særlig merker meg, er den ukritiske holdningen til bruk av statiner i primærprofylakse.

Det er vist at statiner har effekt på forekomsten av nye kardiovaskulære hendelser hos pasienter med kjent hjertesykdom. Hvorvidt dette skylder kolesterolsenkningen eller en annen effekt av midlene er usikkert. Det foreligger ingen dose-respons-effekt av statiner. Medikamenter som kun reduserer kolesterolnivået, for eksempel fibrater og kolesterolabsorpsjonshemmere, har ingen effekt. Dette tyder på at kolesterolsenkningen ikke er det primære – derfor blir det å styre behandlingen etter LDL-nivå meningsløst. Studier viser at en fast mengde statiner har like god effekt som doser titrert til behandlingsmål (2). Dette er også konklusjonen i anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Når det gjelder resultater av primærprofylakse med statiner, er imidlertid disse noe helt annet enn det dokumentet fra Helsedirektoratet gir uttrykk for. I en metaanalyse av studier om primærprofylakse fra perioden 1966–2005 finner man ingen økt overlevelse ved bruk av statiner (3). I en annen metaanalyse kunne de ikke dokumentere at primærforebyggingsstudier hadde vist noen generell helseeffekt av statiner (4).

Det å gjøre friske mennesker til pasienter på livstid har sannsynligvis andre – meget negative – aspekter. Som Helsedirektoratets utvalg påpeker er selvpålevd god helse er blant de viktigste kjennetegnene ved folk som holder seg friske og lever lenge. Dette oppnår vi ikke ved å gjøre friske mennesker til pasienter. Ved primærprofylakse bør man i størst mulig grad konsentrere seg om livsstilsendringer.

Tor Ole Kjellevand
Oslo

Litteratur

1. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00116/Nasjonale_Retningsl_116709a.pdf (14.5.2009).
2. Pedersen TR, Faergeman O, Kastelein JJ et al. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial. *Jama* 2005; 294: 2437–45.
3. Thavandiranathan P, Bagai A, Brookhart MA et al. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2307–13.
4. Do statins have a role in primary prevention? www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf (14.5.2009).

Eldre legar og autorisasjon

Nils Hunstad utfordrar i Tidsskriftet nr. 9/2009 Legeforeningens president til å kommentere spørsmålet om autorisasjon for eldre legar (1). Eg trur han har mange av oss eldre medisinarar med seg i denne utfordringa.

På svært mange stader utover landet slit ein i dag med å få nok legar, både i allmennpraksis og i spesialisthelsetenesta. Då verkar det merkeleg ikkje å gjere så godt ein kan for å få kompetente og velrøynde legar til å ta eit tak nokre ekstra år.

Eg vil komme med eit konstruktivt forslag om kvalitetssikring av arbeidet til gamle legar. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell krev at søknad om vidare lisens inneber at praksisen må ha eit visst omfang. Dette er eit rimeleg krav.

For å sikre at legen er oppdatert medisinsk og ikkje er tydeleg aldersdement, måtte det i samarbeid med Allmennlegeforeningen og ev. andre spesialistforeningar vere råd å lage ein enkel «eksamen». Kva med «multiple choice»-spørsmål der ein til dømes kunne sitje hjå politiet og fylle ut skjemaet?

Øyvind Bekkhus
Hov

Litteratur

1. Hunstad N. Opphør av autorisasjon ved fylte 75 år. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 892.

Ubegrunnede anklager mot Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Nils Hunstad er i Tidsskriftet nr. 9/2009 misfornøyd med at autorisasjonen som lege bortfaller når man blir 75 år (1). Undertegnede har flere ganger tidligere gitt uttrykk for at dette regelverket er godt (2). Det tillater leger som er skikket og egnet til det å fortsette i klinisk praksis så lenge de ønsker, samtidig som systemet fanger opp dem som ikke er egnet.

De som besværer seg over ordningen, driver som regel ikke klinisk praksis, og det som åpenbart er tyngst å svelge, er at de mister retten til å skrive ut A- og B-preparater til seg selv og sine nærmeste. Forskrivningsretten er begrenset til dem som driver klinisk virksomhet av et visst omfang, slik at man kan forsikre seg om at de holder seg faglig oppdatert. Ingen av dem som har klaget på våre avslagsvedtak, har fått medhold i klageorganet Statens helsepersonellnemnd.

Johan Petter Hesselberg fremfører i samme nummer av Tidsskriftet sterke påstander om autorisasjonskontoret som ikke kan stå uimotsagt (3). Jeg vil påpeke at saksbehandlingstiden for Hesselbergs første søknad var 45 dager. Søknaden ble innvilget i sin helhet og sendt ham i god tid før han