

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 Nøjd**  
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 annelinetjenesten 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-lege-dialog 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 annelinetjenesten – 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