

E. Wergeland svarer:

Johny Kongerud synes at jeg i min leder i Tidsskriftet nr. 23/2008 gir for enkle råd om hvordan pasienter med arbeidsrelatert luftveisobstruksjon kan fanges opp hos fastlegen og henvises videre for utredning. Jeg er enig i at de to spørsmålene ikke fanger opp alt, og at de iblant kan fange opp for mye når de brukes løst fra sin spørreskjemakontekst (1). Anamnesen kan gjøres grundigere enn det jeg la opp til, og undersøkelsen kan utvides, for eksempel med PEF-registreringer.

Men fastlegene har et svært stort fagfelt å dekke. Mange oppgaver skal løses på begrenset tid. Poenget mitt var derfor å gjøre det noenlunde lett for fastlegen å plukke ut pasienter som kunne profittere på tidlig intervensjon på arbeidsstedet. Jeg synes de må kunne overlate detaljutredningen og sannsynliggjøringen av årsaksammenhengen til arbeidsmedisinerne. Disse har også mer erfaring med å forfølge slike saker overfor arbeidsgiver, arbeidstilsyn og NAV.

Jeg er ikke så redd for at de arbeidsmedisinske klinikkene skal drukne i henvisninger på grunn av mistanke om arbeidsrelatert luftveisobstruksjon. Problemet kunne i så fall lett løses ved å øke kapasiteten. Til gjengjeld ville det gi en vesentlig helsegevinst både for pasienten og andre ansatte dersom man litt oftere lykkes med tidlig intervensjon på arbeidsplassen. Om nødvendig ville pasienten også i tide kunne utføres til uekspontert arbeid og dermed til et lengre og bedre liv. Jeg burde imidlertid ha nevnt at obstruksjonspasienten som svarer ja på de to spørsmålene, ikke bare kan henvises til arbeidsmedisinske klinikker, men også til lungemedisinske avdelinger med arbeidsmedisinsk interesse og kompetanse.

Ebba Wergeland
Oslo

Litteratur

1. Bakke PS, Gulsvik A. Work-related asthma: prevalence estimates by sex, age and smoking habits in a community sample. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 649–56.

MR-undersøkelse ved håndrotsfraktur

I Tidsskriftet nr. 3/2009 omtales håndrotsfrakturer i to artikler (1, 2) samt en leder (3).

MR-undersøkelse ved spørsmål om skafoidfraktur er ikke ny praksis. Ved radiologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Aker, har vi i flere år benyttet oss av MR-undersøkelse ved mistanke om fraktur der konvensjonell røntgenundersøkelse er negativ eller uavklart (4, 5). Våre MR-radiografer er meget fleksible, slik at vi kan undersøke disse pasientene mellom «opp-

satte timer». Som regel rekker det med to sekvenser. I tillegg til knoklene får vi også undersøkt omliggende bløtdelsstrukturer (4). Det er viktig å få en rask og presis diagnose slik at den optimale behandlingen kan starte så raskt som mulig.

MR-undersøkelse er også en utmerket prosedyre ved spørsmål om utvikling av pseudartrose i en os scaphoideum-fraktur. Vi gir da i tillegg et intravenøst kontrastmiddel for å se om det er kontrastmiddel-opptak i det proksimale fragmentet for å avgjøre om det er nekrotisk. En tilsvarende prosedyre følger vi ved os talus-frakturer.

Rutinen ved vår avdeling siden slutten av 1990-årene er MR-undersøkelse som øyeblikkelig hjelp hvis konvensjonell røntgenundersøkelse er negativ og det er sterk klinisk mistanke om frakturer i ekstremiteter eller columna.

Morten Georg Stiris

Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Furunes H, Vandvik PO. Gips ved mistanke om skafoidfraktur. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 177–9.
2. Valen B. Behandling av fraktur i håndrota. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 183–5.
3. Hove LM. Håndrotsbrudd – på tide med ny praksis! *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 176.
4. Stiris MG, Lilleås FG. MR findings in cases of suspected impacted fractures of the femoral neck. *Acta Radiol* 1997; 38: 863–6.
5. Stiris MG. Magnetisk resonanstomografi ved skjellett- og bløtdelstraumer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1060–6.

Fiskeolje er ikke alltid fiskeolje

I Tidsskriftet nr. 20/2008 omtales utprøvningsproduktet i GISSI-Heart Failure-studien som «fiskeolje» (1). Dette stemmer ikke, og en slik omtale kan ikke bli stående uten kommentar. Studien ble publisert i *The Lancet* i slutten av august 2008 (2). Produktet som ble brukt i GISSI-HF-studien er et registrert og reseptbelagt legemiddel. I Norge og de fleste EU-land er produktet kjent som Omacor, det generiske navnet er omega-3-syreetylestere 90. Medikamentet brukes ved behandling av hypertriglyseridemi og som støttebehandling til annen adekvat medikamentell behandling og ved sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt (3).

Råolje fra fet fisk er utgangspunktet for legemidlet, men det aller meste av oljens opprinnelige innhold av kolesterol, mettet og enumettet fett og andre fettsyrer er fjernet i produksjonen. I tillegg er miljøgifter fjernet. Hver kapsel på 1 000 mg inneholder fettsyrene eikosapentaensyre (EPA) (463 mg) og dokosaheksaensyre (DHA) (375 mg) i form av etylestere. I tillegg til EPA og DHA er det litt andre omega-3-fettsyrer i produktet (ca. 60 mg).

Totalt sett inneholder en kapsel derfor over 90 % omega-3-fettsyrer i form av etylestere. 1 000 mg råolje fra fet fisk inneholder omkring 30 % (300 mg) til sammen av omega-3-fettsyrene EPA og DHA. Omega-3-fettsyrene i råolje er i form av triglyserider.

Ifølge Tidsskriftet virker det som om man ved å spise en hvilken som helst fiskeolje kan redusere risikoen for død og sykehusinnleggelse av kardiovaskulære årsaker. Man kan jo ikke skrive at reverbjelle (Digitalis purpurea) hjelper mot hjertesvikt, kan man vel? Slike sensasjonsrubrikker hører ikke hjemme i et vitenskapelig tidsskrift.

Runar Vige
Göran Gannedahl

Pronova BioPharma Norge

Litteratur

1. Hem E. Fiskeolje reduserer dødelighet ved hjertesvikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2300.
2. GISSI-HF Investigators. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 1223–30.
3. Tørisen HM, red. Felleskatalogen. Oslo: Felleskatalogen AS, 2008. www.felleskatalogen.no [23.1.2009].
4. Summary of product characteristics: Omacor. www.legemiddelverket.no/spc/Godkjente/omacor.doc [23.1.2009].

Hvordan kan legedekningen i sykehjem bli bedre?

Mange sykehjem sliter med manglende legedekning. Det trengs utvilsomt leger i sykehjemmene – både til medisinsk oppfølging av pasientene og til beredskap (1). Forum for sykehjemsmedisin foreslår å opprette sykehjemsmedisin som egen spesialitet (2), mens Legeforeningen foreslår å etablere alders- og sykehjemsmedisin som formalisert kompetanseområde som «bør kunne bygge på spesialitetene allmenmedisin, generell indremedisin og muligens også nevrologi» (3).

Å rekruttere og beholde leger i sykehjem burde ha høy prioritet i det norske helsevesen. I mine øyne er det flere faktorer som må til for sikre en god legedekning i sykehjemmene. Overleger i sykehjem bør ha like vilkår som overleger i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både lønn og muligheter for videreutdanning (f.eks. fire måneders utdanningspermisjon med lønn per femårsperiode). Det bør også opprettes en egen spesialitet i alders- og sykehjemsmedisin slik at statusen øker og fagligheten sikres. Hvis man i stedet oppretter et formalisert kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin (3), bør denne være åpen for alle interesserte leger uavhengig av spesialitet. Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt burde være en kjernekompetanse i sykehjemsmedisinen, derfor bør kompetanseområdet også bygge på spesialiteten

anestesi. Egne døgnkontinuerlige vaktordninger bør etableres ved alle sykehjem (4), selv om samarbeidsordninger kan bli aktuelt for små sykehjem og i distriktet (3). Nyutdannede medisinerer kan med veiledning av en erfaren sykehjemslege få innblikk i dette spennende og viktige fagfeltet ved at sykehjemsmedisin inkluderes i turnustjenesten.

Tverrfaglighet må etableres og «leves» ved alle sykehjem, det vil si at legen må bli en del av sykehjemets team og ha tid til å diskutere pasientens ve og vel med vedkommende, pårørende og andre faggrupper. Forberedende samtaler om behandling og ev. behandlingbegrensning burde være rutine. Dertil finnes det mange etiske utfordringer i sykehjem, og man bør ha egne fora for drøfting av vanskelige valg og avgjørelser av etisk art.

Hvis dette etterkommes, har jeg håp om at fremtidens leger vil se hvor spennende og utfordrende sykehjemsmedisinen er – slik at de selv vil velge den og vi slipper å påtvinge noen en oppgave de ikke egentlig vil ha.

Georg Bollig

Bergen Røde Kors Sykehjem

Litteratur

1. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1009–10.
2. Dommerud T. Vil ha spesialitet i sykehjemsmedisin. Dagens Medisin 21.6. 2007.
3. Janbu T. Fra presidenten: Sykehjem med god legedekning. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2759.
4. Bollig G, Husebø BS, Husebø S. Vaktjeneste for leger på sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2722–4.

Utdanning av spesialistkandidater

Jeg har med stor interesse lest presidentens leder om utdanning av spesialister (1). Veldig bra og gjennomtenkt fra foreningens side, så langt jeg kan vurdere det.

Jeg har to spørsmål. For det første: Er det dokumentert at leger i Oslo «innenfor Ring 3» vil søke seg bort fra assistentlegestillinger etter ferdig utdanning, eller vil de forsøke å klore seg fast i en underordnet stilling for å kunne bli boende i hovedstaden?

For det andre: Mitt inntrykk er at man minst må ha doktorgrad for å få en fast overlegestilling ved et sykehus i Oslo. Tar jeg feil, er det bra. Har jeg rett, bør det diskuteres om det er en heldig situasjon – dersom det ikke er gjort allerede.

Arild Tandberg

Lillehammer

Litteratur

1. Janbu T. Fra presidenten: Faste stillinger for leger i spesialisering. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 211.

Presidenten svarer:

Takk for muligheten til å komme med en kommentar angående faste stillinger for leger i spesialisering, som Legeforeningen nå arbeider for. Det må lages utdanningsprogram og utpekes veileder for leger i spesialisering ved ansettelsen, ev. også inngås avtale om hvor gruppe I-tjenesten kan gjennomføres og når. Det vil bidra til at legene blir ferdige spesialister og søker seg til overlegestillinger – med bedre vaktbetingelser, mer selvstendig arbeid og bedre lønn. Det kan være behov for noen tidsavgrensede stillinger for enkelte fag og sykehus for å hindre flaskehals og for sykehustjeneste i de primærmedisinske spesialitetene, men dette kan også ivaretas gjennom avtaler om utdanningsløp.

Det finnes ingen god dokumentasjon på hvordan leger forflytter seg, men vi har statistikk på hvilke stillinger legene er i kort tid etter spesialistgodkjenningen. Den sier litt om hvorvidt man prøver å holde på f.eks. en underordnet stilling i Oslo. Av 819 godkjente sykehusspesialister i 2008 var per 9.2. 2009 147 i stilling som lege i spesialisering (LIS) og 309 som overlege, det var 337 registrert som i ukjent stilling og noen få i andre stillinger. Av de 147 legene i spesialisering befant 110 seg i Oslo, Akershus, Hordaland, Sør-Trøndelag eller Troms, hvorav 52 i Oslo. Dette er kanskje ikke så høyt – antall leger i Oslo tatt i betraktning? At ferdige spesialister er i stillinger for lege i spesialisering, kan skyldes treghet med å komme inn i overlegestilling, men også forsinket melding til legerregisteret. Registreringen er nemlig gjort kort tid etter godkjent spesialisering.

Målet må være å få god dekning av spesialister over hele landet.

Det er flest overleger med doktorgrad knyttet til universitetsbyene. Det er riktig og viktig for utviklingen av norsk forskning. Det er ikke noe generelt krav om doktorgrad for å få en overlegestilling noe sted i landet. På landsbasis har 15,5% av overlegene doktorgrad, i Oslo er andelen 27,5%. Det er ikke noe høyt tall, tatt i betraktning at det i hovedstaden finnes flere universitetssykehus og det tidligere Rikshospitalet. Vi trenger mange flere leger i medisinsk forskning over hele landet.

Torunn Janbu

Legeforeningen

Flere feil om eutanasi

I Tidsskriftet nr. 2/2009 kommenterte vi en bokanmeldelse ved Peter F. Hjort og påviste blant annet at han feilaktig skriver at pårørende «skal ønske» eutanasi (1). Helene Pande antyder i Tidsskriftet nr. 4/2009 at det er vi som tar feil her. Grunnen skal være at mange tilfeller «av aktiv euta-

nasi har vært utført *uten* at pasienten «explicitly» har bedt om det», og «det må jo bety» at «sannsynligvis også de pårørende» er involvert (2).

Dette resonnementet hviler imidlertid på et sviktende premiss: Det Pande kaller en «form for» eutanasi, faller verken i Belgia eller i Nederland inn under eutanasi-begrepet. I sistnevnte land er for øvrig adjektivet «aktiv» i denne sammenhengen utgått på dato (3). Eutanasi er per definisjon både en aktiv handling (dødelig injeksjon) og, som vi påpekte (1), frivillig – med den følge at så vel «aktiv eutanasi» som «frivillig eutanasi» blir smør på flesk (4).

Det Pande omtaler, er kategorien «unrequested termination of life», også kalt «life-terminating acts without explicit request (LAWER)» (3). Fordi slike medisinske drap ikke er frivillige, er dette ikke eutanasi slik det forstås i Belgia og Nederland. I praksis inngår her to underkategorier: Pasienter som ikke er i stand til å spørre om eutanasi (inkompetente) – eksempelvis alvorlig senildemente – og kompetente pasienter som kunne ha spurt, men ikke gjorde det (4). Her kan selvsagt de pårørende spille en aktiv rolle. Men å ta livet av en pasient uten forespørsel fra vedkommende er i utgangspunktet mord i henhold til nederlandsk straffelov (3), og er derfor ikke regulert i eutanasiloven av 2002 (5). Og det er denne loven, samt den nærmest identiske (men langt mer detaljerte) belgiske eutanasiloven, Hjort viser til.

Helene Pande henleder oppmerksomheten på et svært viktig problemområde, så å si «ved siden av» eutanasi. Boken Hjort anmeldte, inneholder også grundige diskusjoner av dette medisinske feltet, herunder kapitlet *Termination of life in neonatology* (3).

Lars Johan Materstvedt

Trondheim

Reidun Førde

Oslo

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Førde R. Feil om eutanasi. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 121.
2. Pande H. Feil om eutanasi i Nederland. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311.
3. Griffiths J, Weyers H, Adams M. Euthanasia and law in Europe. Oxford: Hart Publishing, 2008.
4. Materstvedt LJ, Førde R, Kaasa S et al. Eutanasi – definisjonsmessige, etiske og kliniske betraktninger i et internasjonalt perspektiv. I: Kaasa S, red. Palliasjon. Nordisk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2007: 153–78.
5. Termination of life on request and assisted suicide (review procedures) act 2002. www.healthlaw.nl/wtlovhz_eng.pdf [13.2.2009].