

et av verdens rikeste og mest opplyste folk til de grader kan diskriminere en del av innbyggerne? Dette er altså takken for at vi eldre har forsøkt å få frem de unge til å ta over styre og stell i landet. De eldre i vårt samfunn er skviset ut av styrende organer og erstattet med unge, uerfarne som naturligvis vet alt bedre enn alle andre, spesielt mye bedre enn de som har levd en stund og som har erfaring i tillegg til utdanning.

Har noen tenkt over alderen til regjeringsmedlemmene og stortingsrepresentantene? Ut med de gamle og inn med de yngste. Hvorfor reagerer ikke vi eldre på dette? Ungdom uten erfaring skal bestemme og herse over de eldre som har mistet all makt. Hvorfor allierer vi oss ikke mer med de få som forsøker å rette på dette, som for eksempel både private og politiske eldreforeninger.

Legeforeningen består vel også bare av yngre folk, og da kan man kanskje ikke vente at de gjør så mye for oss eldre? Jo, vi forventer faktisk det! Jeg oppfordrer Legeforeningen til virkelig å arbeide for å få bort denne 75-årsregelen – og da synes jeg dere skal begynne med igjen å lese innlegget til Steinar Hagen – og les det langsomt og la det få trenge inn!

Torbjørn Ekroll
Dilling

Litteratur

1. Hagen S. Samfunnets hån mot eldre leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311–2.

Inkompetanse hos Statens autorisasjonskontor for helsepersonell

Lovgivningen angående fortsatt lisens for eldre leger har vært mye debattert i Tidsskriftet i det siste (1–4). Det som har vært mindre fremme, er den behandling vi blir gjenstand for vi som forholder oss til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

For det første: All korrespondanse fra dette kontoret er dårlig skrevet og blottet for velvilje. Det oppleves nådeløst overfor personer som gjennom et langt liv har gjort en innsats for samfunnet. Noe av det kan muligens forklares med at tiden og tonen er en annen enn den vi har vokset opp med og er vant til fra tidligere.

Det er verre at de prioriterer så underlig. I det første brevet jeg fikk fra dem fremgikk det at det absolutt viktigste, det som måtte ordnes før man i det hele tatt gikk i gang med saksgangen, var at de byråkratiske omkostninger ble innbetalt. Når det imidlertid kommer til svikt i saksgangen, viser de seg helt uten evne til å ta ansvar for feil som blir begått fra deres side. I mitt tilfelle ble apotekene ikke varslet om at min lisens var fornyet. Jeg skrev til kontoret om dette, og bad om å få svar når melding til apote-

kene var sendt. Slik informasjon fikk jeg aldri, heller ingen beklagelse over den tabben som var begått. Jeg holdt meg orientert via apotek, og det gikk ytterligere to-tre uker før saken var ordnet.

Nå er tiden kommet til at jeg skal søke om to nye år. Jeg har betalt som de forlanger, men dette har ikke blitt registrert av kontoret. Når jeg kontakter dem telefonisk, henviser jeg fra saksbehandler til saksbehandler – uten at de greier å sette meg over til en som kan ta ansvar. Brev svarer de ikke på, det eneste jeg har fått, er en ny regning på de byråkratiske omkostninger (som jeg vitterlig har betalt). Jeg går ut fra at jeg ikke er den eneste som er blitt utsatt for inkompetent og byråkratisk behandling fra dette kontoret, og at flere vil kunne berette om en liknende følelse av hjelpeløshet i møte med dem.

Johan Petter Hesselberg
Trondheim

Litteratur

1. Hagen S. Samfunnets hån mot eldre leger. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 311–2.
2. Pande H, Noreik K. Eldre legers syn på tap av autorisasjon ved 75 år. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2843.
3. Hansen E, Pahle JA. Diskriminerende aldersgrense for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1075.
4. Haugum P. Eldre leger diskrimineres ikke. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1545–6.

Løgn + journalføring = dokumentfalsk

Det finnes situasjoner hvor en pasient – ev. med legehjelp – benytter løgn og dokumentfalsk for å skaffe seg en ikke-indisert erstatning fra trygdesystemet. En tidligere pasient NN kontaktet meg skriftlig i februar 2009, fordi hun var blitt nektet yrkesskadeerstatning. Hun hevdet at et arbeidsuhell i oktober 2003 var hovedårsaken til hennes uførhet. Grunnen til at hun var blitt nektet erstatning, var ifølge pasienten mitt journalnotat fra 2003 der jeg anførte at pasienten hadde hatt smerter i fire måneder. NN håpet nå på at jeg kunne korrigere de fire månedene til fire dager, da hun dermed lettere ville bli trodd på at dette var en yrkesskade med rot i den aktuelle skaden. NN hevder at min tidsangivelse er feil, og at jeg har skrevet «måneder» i stedet for «dager». Hun anmodet derfor om at jeg nå drøye fem år senere skulle innse «feilen» og endre tidsangivelsen i journalnotatet overfor Trygderetten.

Journalen opplyser ikke om noen arbeidskade i oktober 2003 – først seks måneder etter forekommer henvisning til arbeidsuhellet i en epikrise fra lokalsykehuset. Min tolking er at NN på dette tidspunktet har sett at hun ved å kalle det inntrufne «arbeidskade» har funnet det trylleordet som kan åpne porten til skattkammeret. En yrkessa-

deerstatning lokker i det fjerne, og dermed kan hun få et velkomment tilskudd til den uførepensjon hun i mellomtiden har fått. Det fremkommer intet i journalnotatene fra den aktuelle perioden som tilsier at NN har noen egentlig yrkesskade.

At pasienter overdriver sine symptomer for å oppnå en fordel er velkjent.

Men det er første gang undertegnede opplever at en pasient ber om at et journalnotat «endres», dvs. forfalskes, for at vedkommende kan stå sterkere med sitt krav overfor trygdesystemet. Grådighetskulturen griper om seg, og vi befinner oss muligens i grenselandet til det kriminelle. For noen trygdeklienter gjelder det å få snabelen så dypt som mulig ned i trygdesystemets romslige kasse. Jeg har allerede gitt beskjed til pasienten om at jeg selvfølgelig ikke omgjør notatet. Men bør man som lege foreta seg noe mer når en pasient anmoder om «korrigerende» av et journalnotat for å oppnå en trygdefordel? I første omgang må legen selvsagt ta saken opp med pasienten – ev. med trygdeinstansene. Problemet berører imidlertid også prinsipielle forhold som journalføring, lege-pasient-forhold, hederlighet, trygderegler og store penger. Bør legen i slike situasjoner selv kontakte Trygderetten? Er dette ev. en sak for Legeforeningen, Fylkeslegen eller Rikstrygdeverket?

Nils Carl Lønberg
København

Kvindelige Læger

Kvinneandelen i Yngre legers forening er nå 57% og blant turnusleger i sykehus nesten 62% (1). Det har tatt tid å nå dit. Jeg kom nylig over to avisnotiser som sto på trykk for 140 år siden. Hovedstadsavisen Aftenbladet meddelte sine lesere følgende i 1869:

«Antallet af kvindelige Læger, der have uddannet sig ved amerikanske Universiteter og for nærværende praktiserer, beløber sig allerede til 300. Den første amerikanske Dame, der promoveredes til Doctorinde i Medicinen, var Miss Blackwell i 1840. I Newyork findes der kvindelige Læger, der har en aarlig Indtægt af 10–15 000 Dollars.» Notisforfatteren henviser her til Elizabeth Blackwell (1821–1910) som var den første kvinnelige lege i USA. Hun tok eksamen i 1849. I løpet av de neste 20 årene hadde altså 300 kvinner fulgt etter. Nå var ting i gjære også i Sverige, fikk leserne vite: «Som bekjendt har også svenske Kvinder, skriver Aftenbl., nu faaet Tilladelse til at blive Læger, og vi turde snart faa Anledning til at meddele Oplysninger om de forberedende Foranstaltninger, som i den Anledning ville blive tagne, dels ved Karolinska Institutet, dels ved Dr. Schücks private Lærestalt» (2).

Noen måneder senere meddelte avisen at Karolinska Institutet hadde erklært seg villig til å åpne adgangen for kvinner, men «med den Indrømmelse at Undervisningen i Anatomi skal blive særskilt for de kvindelige Studerende [...]». Det krevdes dog at kvinner skulle ha de samme kunnskapsmål som menn til den «medico-filosofiske Examen» (3). Det skulle imidlertid ennå gå nesten 30 år før den første svenske kvinnelige legen var ferdig utdannet. I Norden var Finland først ute (1878), siden kom Danmark (1885) og Sverige (1888) (4). Blant de nordiske land var Norge aller sist. Stortinget ga kvinner adgang til det medisinske studium i 1887, og Marie Spångberg, gift Holth, (1865–1942) tok medisinsk embets-eksamen i 1893 (5). Hun var den første kvinnen som fikk *licentia practicandi* i Norge. Innen utgangen av året 1900 hadde i alt 18 kvinner tatt medisinsk embetseksamen i Norge (4). At kvinnene hundre år senere skulle være i flertall blant medisinstudenter og de unge leger, hadde nok ikke pionerene kunnet forestille seg.

Aksel Ongre
His

Litteratur

1. Johannessen LB. Mange kvinner velger legeyrket. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 554.
2. Kvindelige Læger. Aftenbladet 16.7.1869.
3. Kvindelige Læger. Aftenbladet 4.11.1869.
4. Schiøtz A. Å studere medisin – til skade for kvinnens helbred? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3522–3.
5. Larsen Ø, red. Norges leger. Bd. 3. Oslo: Den norske lægeforening, 1996: 68.

En diabetesstudie om dødsårsaker viser at mer enn 50 % av antall selvmord ikke ble innrapportert (feilkodet) (6).

Statistisk sentralbyrå, som koder de diagnostiske opplysninger på dødsmeldingene, publiserer sine data for 2007 først i april 2009, dvs. en betydelig forsinkelse. Dette skyldes ifølge byrået bl.a. mangelfullt utfylte dødsmeldinger og manglende interne ressurser (Gunvor Østevold, personlig meddelelse 24.3. 2009). Alt dette indikerer at ikke legene i tilstrekkelig grad kvalitetssikrer de såkalte rådata og at Statistisk sentralbyrå ikke informerer godt nok om mulig statistisk usikkerhet i Dødsårsaksregisteret. Et annet problem er at dataene fra de ulike tidsperioder ikke uten videre kan sammenliknes, bl.a. fordi antall obduksjoner er redusert fra 8 022 i 1985 til 3 093 i 2006.

Dersom politikerne ønsker å forebygge uønskede hendelser innen helsevesenet, er de avhengige av at Dødsårsaksregisteret har en akseptabel kvalitet. Leger bør kanskje pålegges å levere uavhengige, kvalitetssikrede elektroniske dødsmeldinger relativt kort tid etter at et dødsfall har funnet sted. I dag vet man egentlig ikke hva folk dør av. Hvem har ansvaret?

Svein Reseland
Oslo

Litteratur

1. Bøhmer T. Ulykker på sykehus. Aftenposten 20.2.2009.
2. Hafstad A. Høyner standarden på sykehus. Aftenposten 1.2.2009.
3. Gjersøe P, Andersen SE, Mølbak AG et al. Påliteligheten af dødsattester. Reproducerbarheden ved udfyldelsen af dødsattestens diagnoser på patienter indlagt på medicinsk afdeling. Ugeskr Læger 1998; 160: 5030–4.
4. Ekman E, Bäckström M. Attitudes among hospital physicians to the reporting of adverse drug reactions in Sweden. Eur J Clin Pharmacol. 2009; 658: 43–6.
5. Reseland S. Fatale bivirkninger av legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 786.
6. Skriverhaug T, Bangstad HJ, Stene LC et al. Long-term mortality in a nationwide cohort of childhood-onset type 1 diabetic patients in Norway. Diabetologia 2006; 49: 298–305.

■ RETTELSE

Færre kalorier gir bedre hukommelse

Åslaug Helland

Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 611

I Tidsskriftet nr. 7/2009, på side 611, i midtspalten skal riktig ordlyd være: «Epidemiologiske undersøkelser har vist at høy kroppsmasseindeks midt i livet korrelerer med høyere prevalens av Alzheimers sykdom sent i livet.»

Dødsårsaksregisteret har for dårlig kvalitet

I det siste spørsmålet om innmeldte unaturlige dødsfall til Dødsårsaksregisteret blitt debattert i dagspressen (1, 2). I den anledning er det ingen som har påpekt hovedproblemet, nemlig at kvaliteten på Dødsårsaksregisteret er så dårlig at det i liten grad er egnet til administrative og forskningsmessige formål (3).

En nylig publisert studie viser at de fleste leger unnlater å innrapportere alvorlige bivirkninger, og at 38 % aldri har rapportert én eneste bivirkning (4). Dette er for øvrig i tråd med tidligere publiserte studier som viser at omtrent 90–99 % av alvorlige bivirkninger ikke innrapporteres, og at det i verste fall kan være flere tusen årlige legemiddelrelaterte dødsfall som ikke innrapportertes (5).