

Både Thelle og en av mine korridorleger hører til eliten innen antioksidantforskningen (bl.a. magnesium, selen, sink) i Norge. Det må ha vært en uforklarlig sperre som har gjort at Thelle ikke har begynt selvmedisinering med magnesium. Nå er imidlertid alt så mye, mye bedre. Kanskje takket være min datter og magnesiumtablettene.

Kongsvinger *Nils Kristian Johnsrud*

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.

D.S. Thelle svarer:

Nils Kristian Johnsrud peker på et interessant behandlingstilbud, som nok også undertegnede har forsøkt (1) – dessverre ikke med samme gode resultat. Forslaget kom fra en kjent kardiolog, men jeg klarte ikke å finne overbevisende dokumentasjon for at dette skulle ha effekt ved paroksysatisk flimmer hos ellers hjertefriske. Dyrestudier og enkelte mindre kliniske studier viser at magnesiummangel bidrar til økt dødelighet hos hjertesyke individer, men hva er magnesiummangel når man har et «vanlig» kosthold (2–4)? Og har man hjertesykdom når man har paroksysatisk supraventrikulær takykarytmi?

Jeg tror vi må se på denne tilstanden som et mulig resultat av en lang rekke ulike årsaker som kan påvirke flere mekanismer. Litt forenklet kan man vel si at forkammertakykardier er et resultat av en diskrepans mellom forkammerets anatomiske størrelse og repolariseringen i cellene, spesielt i lungevenenunningene. Jo større forkammeret er, desto mer sannsynlig er det at noen celler er repolarisert før kontraksjonen er ferdig, som f.eks. ved mitralstenose. Men også en raske repolarisering i et forkammer av normal størrelse vil lede til premature kontraksjoner. Det er et mangfold av mekanismer som bestemmer hva som skal hende, og magnesium hører med i noen av disse, men kanskje ikke i alle?

Göteborg

Dag S. Thelle

Litteratur

1. Thelle DS. Et urolig hjerte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3640–1.
2. Miyoshi K, Taniguchi M, Seki S, Mochizuki S. Effects of magnesium and its mechanism on the incidence of reperfusion arrhythmias following severe ischemia in isolated rat hearts. Cardio-vasc Drugs Ther 2000; 14: 625–33.
3. Ince C, Schulman SP, Quigley JF, Berger RD, Kolasa M, Ferguson R et al. Usefulness of magnesium sulfate in stabilizing cardiac repolarization in heart failure secondary to ischemic cardiomyopathy. Am J Cardiol 2001; 88: 224–9.
4. Farouque HM, Sanders P, Young GD. Intravenous magnesium sulfate for acute termination of sustained monomorphic ventricular tachycardia associated with coronary artery disease. Am J Cardiol 2000; 86: 1270–2.

Automatisk epikrise til pasienten? Ja!

Jeg gratulerer Jens Hugo Trumpy ved nevrokirurgisk avdeling i Tromsø med artikkelen i Tidsskriftet nr. 4/2002 (1). Det er svært hyggelig at en norsk sykehusavdeling endelig gjør det som mange har ment er det eneste riktige, nemlig å sende epikrise til pasienter som har vært innlagt. I tillegg er det gjort en evaluering av ordningen ved at man har spurt dem det gjelder om de setter pris på en slik praksis.

Da jeg første gang skrev om dette i Tidsskriftet i 1994 (2) slo VG det opp over to sider. Det å lage en utskrivningsrapport når pasienten utskrives fra sykehuset, en rapport som pasienten selv skal lese, forstå og signere, slik det gjøres ved amerikanske sykehus, har i USA først og fremst et juridisk formål. Det som er viktigst for pasienten, er følelsen av å bli godt informert om hva som har foregått, hva som ble funnet, hvordan det behandlingsmessige opplegget blir videre, hvem som har det medisinske ansvaret etter utskrivningen osv. Her har vi fortsatt mye å lære. En god begynnelse er det opplegget som Trumpy beskriver fra Tromsø, hvor pasienten får en kopi av epikrisen, enten den kommer straks etter utskrivningen eller noe senere.

Fortsatt holder jeg en knapp på at det beste ville være en rapport (epikrise) som forelå idet pasienten gikk ut av sykehusdøren, hvor oppholdet ble beskrevet og gjennomgått på en slik måte at pasienten selv var i stand til å forstå innholdet og meningen. Denne kunne så gå i kopi til pasientens faste lege. Svar på prøver og liknende som ikke forelå da pasienten ble utskrevet, må kunne ettersendes, og ikke brukes som argument for å vente med epikrisen til senere. En slik rapport må formuleres på den måten at menigmann kan forstå innholdet og meningen. I den grad pasientens faste lege har behov for ytterligere medisinske opplysninger (som operasjonsbeskrivelse, svar på alle prøver som ble tatt osv.), kan sykehuset på forespørsel sende dette til legen.

Stavanger

Olav Thorsen

Litteratur

1. Trumpy JH. Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 394–6.
2. Thorsen O. Utskrivningsrapport til pasienten på amerikansk vis – noe for oss? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 2882.

Redningshelikoptertjenesten i Bodø

Atle Ulvik og medarbeidere drøfter i Tidsskriftet nr. 1/2002 bruk av redningshelikopteret i Bodø for ambulansoppdrag i perio-

den 1988–98 (1). En av deres hovedkonklusjoner var: Det er ingen helsemessig gevinst i at redningshelikopteret er fast bemannet med anestesilege eller i å opprette tilstedevakt for leger i tjenesten. Undertegnede leger deltar i denne tjenesten i dag og ønsker å kommentere artikkelen.

Kun 5 % av pasientene i studieperioden fikk akuttmedisinsk behandling (1). Nye tall viser at mer enn 30 % av pasientene mottok akuttmedisinsk behandling i 2001. Også antall utførte tiltak i 1988–98 avviker fra 2001. Utførte oppdrag i 2001 vedrørende livstruende skade eller sykdom der umiddelbar behandling er nødvendig og alvorlige skader eller sykdom med manifest svikt av vitale funksjoner (NACA-gruppe 5–6) utgjorde 15 %. Skade eller sykdom som er potensielt livstruende (NACA-gruppe 4) utgjorde 37 %. I dag er således over halvparten av dem som behandles under primæroppdrag, potensielt eller manifest livstruende skadet eller syk, ev. med svikt i vitale funksjoner.

Ulvik og medarbeidere hevder at den faktiske tidsbesparelsen kun vil være 14 minutter ved tilstedevakt og at dette vil gi liten helsegevinst ved oppdrag «der sekundene teller». Med utgangspunkt i flylogg og en fremtidig beregnet reaksjonstid på sju minutter ved tilstedevakt viser våre data at man vil oppnå en tidsgevinst på inntil 29 minutter. Luftambulansen har aldri vært tiltenkt pasienter «der sekundene teller» (< 1 min). Vi er således enig med Ulvik og medarbeidere at for disse pasientene er luftambulansen uegnet. Tar man derimot utgangspunkt i det velkjente akuttmedisinske begrepet «den gylne time» (the golden hour), vil den utregnede tidsgevinsten (både den til Ulvik og medarbeidere og vår) få konsekvenser for en betydelig større pasientgruppe enn for dem hvor «sekundene teller».

En styrking av akuttmedisinske kunnskaper i primærhelsetjenesten og ambulansetjenesten erstatter ikke behovet for et anestesilegebemannet luftambulansetilbud, men bedrer det generelle akuttmedisinske tilbudet til befolkningen.

Vår hovedinnvending er at Ulvik og medarbeidere trekker konklusjoner om dagens situasjon og om fremtidig organisering av tjenesten på grunnlag av en beskrivelse av virksomheten som ligger tilbake i tid. Tall fra 2001 viser at den anestesilegebannede luftambulansen ved redningshelikoptertjenesten i Bodø er et verdifullt akuttmedisinsk tilbud. For å kunne gi et like verdig tilbud til en større del av befolkningen må det innføres tilstedevakt for anestesilegene.

Bodø

Raymond Teigen

Jens Kløver

Joacim Linde

Sven Håkon Urving

Jan-André Westlie