

Ulike vurderinger i et system der sakene oversendes for ny gjennomgang, bør imidlertid ikke overraske. For eksempel kan det komme til nye opplysninger, påklaget helsepersonell får ny mulighet til å forklare seg, og nye eksterne vurderinger kan bli innhentet. Dette er en kvalitetssikring av saksbehandlingen og innebærer økt rettsikkerhet for partene. På den annen side ligger utfordringen i å utforme kvalitetsforberedende tiltak for å sikre lik tenkemåte i praksis. Dette arbeidet har pågått i noen år ved kurs og seminarer og utarbeiding av saksbehandlingsveiledere.

Når det er lagt opp til en behandling av saker der alle formelle reaksjoner skal gis fra den sentrale instans (Statens helsestilsyn), innebærer dette også en normering som helsetilsynet i fylkene forventes å forholde seg til. I gjennomgangen av praksis i tilsynssaker i 2003 og 2004 knyttet til spørsmål om forsvarlig behandling ble det funnet at Statens helsetilsyn opprettholdt vurderingen til helsetilsynet i fylkene i 72 % av sakene (4).

Jørgen Holmboe
Svein Zander Bratland
Olav Molven
 Statens helsetilsyn

Litteratur

1. Molven O, Holmboe J. God praksis – hva er det? Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1357.
2. Oftebro H, Olsen J-O, Tjørve E. God praksis – hva er det? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1357.
3. Bratland SZ, Hunskaar S. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 166–9.
4. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Bruk av advarsel ved brudd på forsvarlighetskravet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 943–6.

Drap på kollega i Oslo

Undertegnede har reagert på uttalelsen fra ApLf's leder i Tidsskriftet nr. 9/2006 vedrørende drapet på en kollega i Oslo (1). Det ble der sagt at vi som fastleger ikke kan si nei til pasienter vi opplever som truende.

Jeg har personlig nettopp anmeldt en pasient som truet med «å slå meg i hjel» og har ikke til hensikt å se ham på kontoret en gang til. Politiet fant to skytevåpen hjemme hos denne personen. Skal man måtte vente til kniven sitter i kroppen eller skuddet er falt før man eventuelt kan vegre seg mot å motta en pasient som åpenbart ikke lider av livstruende sykdom, men for eksempel bare er ute etter rusmidler? Skal vi som leger ikke ha rettigheter i så måte?

Jeg synes det er på tide at vi tar disse spørsmålene opp på nytt og på bakgrunn av hvordan virkeligheten er blitt for de fleste som driver allmennpraksis. Dersom vi skal være pålagt å ta imot en farlig pasient fordi han tilfeldigvis har valgt deg som fastlege, synes jeg at den som måtte ønske det, må få anledning til å bevæpne seg. Slik situa-

sjonen er hos oss, kan vi ikke forvente umiddelbar hjelp fra politiet etter kl 1500, selv ikke på hverdager. Det kan da ta i beste fall 30–60 minutter. Det kunne også være interessant å vite hvilke sanksjoner man kan vente dersom en slik pasient blir tvert avvist.

Tor H. Kristiansen
 Kvinesdal

Litteratur

1. Andersen EJ. En tragedie. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1241.

J.E. Kristoffersen svarer:

Kollega Tor H. Kristiansen setter søkelys på et viktig spørsmål, nemlig hvorfor ikke vi som fastleger kan si nei til pasienter som vi opplever som truende.

Har man opplevd alvorlige tillitsbrudd eller voldshandlinger, vil mange leger ønske å slippe å ha vedkommende som pasient (1). Legeforeningen har slått fast at leger må kunne si fra seg ansvaret for pasienter som har opptrådt på en slik måte at tillitsforholdet er ødelagt – ut fra at forutsetningen for behandlerrelasjonen dermed er brutt. Vi har imidlertid ingen lovfestet rett til å velge bort pasienter. Hvis vi får en situasjon hvor «vanskelige» eller farlige pasienter stadig avvises og dermed blir kasteballer mellom legene i kommunen, vil disse kunne bli enda vanskeligere eller farligere for den neste lege de møter. Potensielt farlige personer er ofte psykiatrisk syke og har et særlig sterkt behov for helsehjelp fra lege som de kjenner og som koordinerer behandlingen over tid.

Kommunene har en plikt til å treffe «nødvendige tiltak» i forbindelse med pasienter som utgjør en sikkerhetsrisiko hos fastlegen, kfr. fastlegeavtalens § 6.1 og Oslo-avtalens § 8.1. Det vil være fastlegen som må ta initiativ til dette, men kostnaden påhviler kommunen.

Dessverre vil trusler eller vold også kunne inntreffe uten klare forvarsler. Dette kan vi som leger ikke beskytte oss hundre prosent imot hvis vi ikke skal gjemme oss bak skuddsikkert glass med små luker merket «Tal her». Allmennlegeforeningen har for øvrig bedt om at Legeforeningen må gjøre en ny gjennomgang av praktiske og rettslige utfordringer rundt praktiserende legers sikkerhet under utøvelse av legearbeid.

Jan Emil Kristoffersen
 Allmennlegeforeningen

Litteratur

1. Vold og trusler på legekontoret. Fagutvalget i ApLf. http://www.legeforeningen.no/asset/22411/1/22411_1.doc (30.5.2006).

Førstegangsgammel eller for tidlig gammel?

Det var med glede og stor grad av lettelse jeg leste innlegget til Arnfinn Engeset i Tidsskriftet nr. 11/2006 om det å bli førstegangsgammel (1). Alt falt liksom på plass. Også jeg har hele tiden trodd at terminen var omkring 70 år og har sett frem mot den dagen. Et nytt liv. Nye muligheter. Men når jeg opplever at antall reklamesendinger fra legemiddelindustrien avtar og jeg ikke lenger får så mange søppel-e-poster, da har jeg vel allerede oppnådd å bli førstegangsgammel – eller retttere sagt for tidlig førstegangsgammel? Og rier har jeg ikke hatt, tror jeg, da.

Jeg er ikke blitt så gammel at jeg velter rødvinsglasset. Men jeg vet jo at det da er viktig å strø salt på for at ikke flekken skal bli værende. Men når jeg opplever å velte saltkaret for så å helle rødvin på saltet, da er det nok et tegn på at jeg allerede er blitt førstegangsgammel.

Årsak? Sviktende helse? Opphold på intensivavdelingen med akutt sviktende helse for så å forlange meg utskrevet tyder mer på tilstedeværelse enn å være førstegangsgammel, kfr. oppslag i Aftenposten om oppegående kollega Rigmor Austgulen, som absolutt *ikke* er førstegangsgammel (2).

Nå skal jeg sette meg ned og tenke. Er jeg gammel? Er det et forvarsel? Noen hver bør begynne å forberede seg i tide, for dagen da du er førstegangsgammel, kommer forttere enn du tror.

Rolf Lindemann

Intensivavdelingen for nyfødte
 Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Engeset A. Førstegangsgammel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1511.
2. Hafstad A. 227 korridor-pasienter – hver dag. Aftenposten 26. april 2006.

■ RETTELSE

Når bør traumeteam tilkalles?

Andreas J. Krüger, Nina Hesselberg,
 Geir Tor Abrahamsen, Kristian Bartnes

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1335–7

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 10/2006 skal kolonneteksten i tabell 3, side 1336, være:
 Antall pasienter med anestesilogisk eller kirurgisk prosedyre rettet mot respirasjons- eller sirkulasjonsproblemer