

brannsporer per post, samt at dette i så fall skulle garantere livsfarlig smitte, gir liten grunn til bekymring.

Det er imidlertid lett å forstå Andersens ønske om særbehandling av mistenkt miltbrann. I sitt innlegg i Tidsskriftet (1) påpeker Andersen at siden miltbrann ikke finnes naturlig i Norge i dag, verken hos husdyr eller mennesker, vil alene mistanke om miltbrann uvegerlig kalle på rettsvesenets og politiets interesse og engasjere sykehusets oppfatning av ansvar på en helt ny, la oss kalle det «administrativ» måte. Å følge etablert prosedyre i tilrettelegging av pasientisolasjon m.m, slik Andersen har bestemt det for Ullevål universitetssykehus, er en forsiktig og fornuftig fremgangsmåte som ivaretar sykehusets ansvar, ev. interhuman smitterisiko, og behovet for administrative særtiltak. Det er ingen i landet i dag som vil oppfatte et tilfelle av miltbrann i Norge som en «rutine folkesykdom». Det er tvilsomt om pleiepersonell så vel som eksterne kontakter vil finne troverdig noen vesentlig enklere fremgangsmåte enn den som Andersen har skissert.

Oslo

*Bjørn P. Berdal*

Forsvarets mikrobiologiske laboratorium

#### Litteratur

1. Andersen BM. Miltbrann som biologisk våpen og smitterutiner i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 100.
2. Iversen BG. Miltbrann som biologisk våpen og smitterutiner i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 101.

#### *B.G. Iversen & P. Avitsland svarer:*

Vi er enig med Bjørn P. Berdal i at frykten er bioterroristenes beste våpen (1). Nøktern kunnskapsformidling som tar publikums frykt på alvor er derfor en viktig del av forsvaret mot bioterrorisme.

De siste månedene har Nasjonalt folkehelseinstitutt, de andre smitteverninstutene i Europa og Amerika og Verdens helseorganisasjon formidlet at miltbrann ikke smitter mellom mennesker. Dette er et fryktreducerende budskap med god faglig basis.

Rutinene ved Ullevål universitetssykehus for håndtering av eventuelle pasienter med miltbrann kan bidra til å undergrave dette budskapet. Rutinene legger nemlig opp til omfattende og unødvendige isolerings- og pleiebeskyttelsestiltak. Disse tiltakene er totalt på kollisjonskurs med alle andre anbefalinger vi kjenner, også de fra Berdals militære kolleger i USA (2), som anbefaler bare sykehushygiene standardtiltak ved miltbrann.

Oslo

*Bjørn G. Iversen  
Preben Avitsland*

Seksjon for forebyggende infeksjonsmedisin  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

#### Litteratur

1. Aavitsland P. Bioterrorisme: trussel og beredskap. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1730.
2. Franz DR, Jahrling PB, Friedlander AM, McClain DJ, Hoover DL, Bryne WR et al. Clinical recognition and management of patients exposed to biological warfare agents. JAMA 1997; 278: 399–411.

## Redningshelikoptertjenesten i Bodø

Leger ved Nordland sentralsykehus presenterte i Tidsskriftet nr. 1/2002 en gjennomgang av den medisinske virksomheten knyttet til redningshelikopteret i Bodø i 11-årsperioden 1988–98 (1). Medisinsk nytte er ikke undersøkt, og søks- og redningsoppdrag er ikke inkludert. Medisinske utfordringer knyttet til oppdrag med redningshelikopter i Barentshavet er omtalt av Banak-miljøet i Tidsskriftet nr. 9/2001 (2).

Forfatterne fra Nordland sentralsykehus reiser spørsmål om redningshelikopteret skal være fast bemannet med anestesilege og knytter dette spørsmålet opp til en presisering av at det i første rekke er bilambulanse- og kommunehelsetjenesten som bør styrkes kompetansemessig. Her legges det opp til en kunstig konflikt mellom to gode tiltak. Operativ deltakelse i prehospital akuttmedisin kvalifiserer, og burde forplikte, anestesileger til å tilføre andre aktører akuttmedisinsk kunnskap. I Akuttmeldingen, som passerte Stortinget sommeren 2001 (3), påpekes det at luftambulansebasene bør være «Regionale akuttmedisinske kompetanse-sentra».

Bak departementets konklusjoner i Akuttmeldingen ligger en grundig analyse av luftambulansetjenestens nytteeffekt. Det heter at «medisinsk nytte av rask prehospital spesialisert akuttmedisinsk innsats, samt hurtig transport til sykehus er etter departementets oppfatning rimelig dokumentert for store pasientgrupper». På dette grunnlag, og for å etterleve intensjonen om en likeverdig helsetjeneste for befolkningen uansett bosted, defineres den målsetting at 90 % av landets befolkning skal nås av en legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Vi bør alle understøtte denne målsettingen – både kompetansekravet og tidskravet.

Det er vanskelig å tenke seg at kystbefolkningen i Nordland og sjøfolk på havet utenfor kan ha et noenlunde likeverdig akuttmedisinsk tilbud uten at redningshelikopteret i Bodø fortsatt bemannes fast med anestesilege. Legen må ha samme høye beredskapsnivå som den øvrige besetning. Dette bør slås fast når Stortinget behandler Redningshelikoptermeldingen (4) denne våren.

Oslo

*Pål Madsen*  
Kirurgisk divisjon  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Ulvik A, Rannestad BS, Carlsen AW, Nielsen EW. Redningshelikoptertjenesten i Bodø – avansert akuttmedisin eller alternativ transport? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 25–9.
2. Haagensen R, Sjøborg K-A, Rossing A, Ingilæ H, Markengbakken L, Steen PA. Oppdrag med redningshelikopter i Barentshavet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1070–4.
3. St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap. Kap. 5.
4. Redningshelikoptertjenesten i fremtiden. St.meld. nr. 44 (2000–2001).

## Kirken som fikk så kort levetid

Forsidebildet av Johanneskirken i Rådhusgaten, Oslo, i Tidsskriftet nr. 2/2002, gir anledning til en kommentar som et lite supplement til Øivind Larsens tankevekkende omtale av «den ukjente katedral» (1). Av omtalen kan man kanskje få inntrykk av at jordskjelvet sommeren 1904 førte til umiddelbar kondemnering av kirken. Men den ble faktisk fortsatt brukt til gudstjenester i atskillige år. Således ble mine foreldre viet der 14. juli 1918, og min far skriver ikke noe i sin dagbok om at det skulle være farlig å gifte seg der.

Derimot var det mye annet som gikk galt den dagen. Organisten, den kjente sangpedagog Ole Koppang (1842–1932), møtte ikke opp. Vikaren, unge frk. Lindemann, spilte bare gale melodier. I stedet for «Kjærlighet fra Gud» spilte hun «Kjærlighet er lysets kilde», og i stedet for «Det er så yndig å følges ad», spilte hun sannelig «Kjærlighet er lysets kilde» enda en gang. (Det var kanskje den hun kunne best!).

Grunnen til at min far valgte den vakle-vorne kirken var at han var en stor nasjonalist. Sognepresten var nemlig Bjørnsons venn, den stridbare og originale folkeopplysningsmannen Christopher Bruun (1839–1920), i dag kanskje mest kjent for sin deltakelse som frivillig i den dansk-tyske krig 1864–65. Men Bruun hadde ferie, og dessuten var han falt for aldersgrensen. Mine foreldre måtte derfor nøye seg med den nye presten, ifølge dagboken «ein kvitskjegga, kvithærd gamling».

Bryllupet ble for øvrig feiret i St. Olavs hotell, tidligere Rikard Nordraaks barndomshjem (i dag holder Human-Etisk Forbund til der). Det eneste det var knapphet på – grunnet verdenskrigen – var te. Den ble forbeholdt damene!

Vi er vant til at kirker står i hundrevis av år, mens hoteller ofte er en mer flyktig affære. I dette tilfellet ble det altså omvendt.

Nittedal

*Åsmund Kjørheim*

#### Litteratur

1. Larsen Ø. Hva kan vi lære av Johanneskirken? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 145–6.