

## Malariaepidemi i Tanzania

Ved Haydom Lutheran Hospital i Tanzania har vi i disse dager en malariaepidemi som synes å være den verste i sykehusets snart 50-årige historie. Som kjent er malariaen i Øst-Afrika vesentlig falciparummalaria. Denne kan være ondartet, men også fortone seg som en sykdom med meget ubestemte symptomer og komme igjen etter lang tid.

Ved Haydom sykehus innlegges det nå daglig ca. 50 nye pasienter med malaria, pluss de som behandles poliklinisk. Det gir oss en betydelig erfaring. Mange av pasientene har også hjernemalaria, og mange innlegges med Hb ned til 2–4 mg/100 ml. Hjernemalaria er meget farlig og må behandles øyeblikkelig. Man bør merke seg også i Norge at det er en kunstfeil ikke å behandle hjernemalaria eller tilløp til dette. Man kan ikke stole på blodprøver med malariaparasitter i dette tilfelle. Vi har mange med typisk hjernemalaria, og som blir friske etter kininbehandling, uten at vi kan påvise parasitter selv med mange prøver. På den annen side har vi eksempler på hjernemalaria med bevisstløse pasienter hvor første blodutstryk er negativt. Ti minutter etter kan det være sterkt positivt. Det er også ofte vanskelig å påvise malariaparasitter hos folk som er under profylaktisk behandling eller nylig har avsluttet slik behandling. Videre opplever vi at en pasient kan komme gående inn på sykehuset og etter noen minutter være bevisstløs og endog dø momentant før vi har startet noen behandling. Selv om en pasient er bevisstløs, er prognosen relativt god hvis man får startet behandling med kinin intravenøst. Vi har hatt pasienter som har vært bevisstløse i opptil to uker og så våkner uten å pådra seg varige symptomer.

Vi behandler med kinin intravenøst i 5% glukose 10 mg per kg tre ganger i døgnet. Hos voksne menn begrenser vi til 600 mg × 3 og hos voksne kvinner 450–550 mg × 3 i døgnet i 7–8 dager. Kinin nedsetter glukosekonsentrasjonen i blodet, og vi gir derfor som regel i tillegg 10% glukose fra 500 til 1 000 ml per døgn. Ellers er vi nøye med å gi rikelig væske og furosemid for å holde nyrefunksjonen i gang.

Med den store trafikken av turister og hjemvendte turister i Norge bør man huske på dette og øyeblikkelig starte behandling med kinin intravenøst.

Ellers vil jeg gjerne minne om at mange som reiser hjem til Norge får symptomer som de ikke kan forklare, og mange har til og med havnet hos psykiatere. Hvis sykehistorien er at de har vært utenlands, er det etter min erfaring hos slike pasienter viktig å prøve det kinesiske malariamidlet Artemisin som tablett eller Paluther intramuskulært. Vi har brukt dette nå i mange år og vi har til dags dato ikke sett bivirkninger.

Angående profylakse har vi merket oss at

man i Norge ennå tror mest på meflokin (Lariam). Vi ser stadig bivirkninger av dette og vi forstår at det nå også internasjonalt registreres flere og flere bivirkninger. Vi ser også at folk får malaria med meflokin som profylakse. Tatt i betraktning bivirkningene bør man kanskje revurdere denne type forebyggende behandling. Det må vel sies at ingen medisin i dag gir sikker profylakse. Folk som reiser ut bør fortelles at det viktigste er å beskytte seg mot mygg. Man behøver ikke gå halvnaken her ute. Mot kvelden bør man ta på seg klær med lange ermer samt lange bukser eller lange skjørt.

Mbulu,  
Tanzania

Ole Hallgrim Evjen Olsen  
administrerende overlege  
Haydom Lutheran Hospital

## Rehabilitering av varsleren Carl-Magnus Edenbrandt

Reidar Kvåle og medarbeidere har i Tidsskriftet nr. 4/2001 kritisert Rådet for legeetikks passivitet overfor varsleren Carl-Magnus Edenbrandt i Bærum-saken (1).

Medisinske institusjoner og leger kan ha problemer med å møte selv helt betimelig og nødvendig faglig kritikk og uenighet på en konstruktiv måte. Dette gjør kritikken til en stor personlig belastning for kritikerne. På slike arbeidsplasser vil både den faglige og verdimessige kvalitetssikring trues.

Ved faglig kritikk bør spørsmålet først tas opp med vedkommende direkte. Dernest bør kritikeren gå tjenestevei med kritikken. Fører ikke dette frem og forholdene det rettes kritikk mot er alvorlige, bør tilsynsmyndigheter kobles inn. Der det stilles spørsmål ved mer verdimessige forhold, kan Rådet for legeetikk kobles inn. I spørsmål der interpersonelle konflikter er dominerende, bør nøytrale konfliktråd kobles inn.

Etter Rådets oppfatning bør Legeforeningen vurdere om den som varsler om alvorlige forhold på arbeidsplassen har god nok beskyttelse innenfor dagens system, eller om det er behov for en uavhengig instans som varsleren kan henvende seg til for støtte og veiledning.

Edenbrandt skal ha honnør for at han pekte på et faglig komplisert og etisk betent område (lindrende sedering til døende) der det for lengst burde ha vært utarbeidet retningslinjer. Som kjent er Legeforeningens arbeid med retningslinjer nå sluttført.

Rådet som i mange sammenhenger er kritisert for ikke å ha foretatt seg noe i Bærum-saken, har inntil nå ikke funnet å ville imøtegå kritikken, men har nøyd seg med å slå fast at Rådet ikke kan gå inn i en komplisert enkeltsak før alle faglige og juridiske forhold er belyst, og før politi og tilsynsmyndigheter har sluttført sitt arbeid. Dette ble også Edenbrandt forklart da han tok kontakt

med Rådets leder like etter at Fylkeslegen var koblet inn i saken.

Når det gjelder *varsleren* Edenbrandt har Rådet foretatt seg noe. Rådets leder koblet Edenbrandt til støttelegeordningen for at han om ønskelig kunne sikres personlig støtte og oppfølging. Videre ble presidenten i Legeforeningen umiddelbart kontaktet og gjort oppmerksom på alvoret i saken. Presidenten ble oppfordret til å ta kontakt med helsedirektøren for at saken skulle bli tatt alvorlig og behandlet raskt. Dette ble også fulgt opp av presidenten. Vi nevner også at Edenbrandt har fått støtte til juridisk bistand av Legeforeningen, og en jurist fra Legeforeningen bistod Edenbrandt i et møte med Bærum sykehus tidlig i prosessen frem til Edenbrandt selv valgte å la seg bistå av en uavhengig advokat.

Oslo

Reidun Førde  
leder, Rådet for legeetikk

### Litteratur

1. Kvåle R, Laake JH, Tungesvik HO. Bærum-saka – vår egen varslerkandale. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 498.

## Forsidebildet til Tidsskriftet nr. 7/2001

Jeg ser bestandig på Øivind Larsens fine forsider med kommentar. Men jeg lurer på om han har misforstått tegningen til Tidsskriftet nr. 7/2001. Han sier at en hund blir hengt opp og gjort klar for eksperimenter. Men hva med resten av bildet, der en mann denger løs på en annen mann med en stokk, og en sammenkrøpet person ligger på bakken? Jeg vil foreslå en annen mulighet:

Ute i Europa på den tiden gikk det an å føre straffesaker mot dyr, og anklagede kunne dømmes til straff, f.eks. dødsstraff, som andre forbrytere. Jeg tror vi ser en henrettelse. Hunden er i sine siste krampetrekkninger. Sannsynligvis er eieren funnet medskyldig og idømt prylestreff. Skikkelsen på bakken er kanskje en avbildning av offerets situasjon, hvis da ikke hunden har greid å bite fra seg en siste gang.

Larsen sier selv at ikke alle bildene har medisinsk motiv.

Oslo

Dag Gundersen

### Ø. Larsen svarer:

Takk for en interessant kommentar! Mange av forbokstavbildene kan tolkes i forskjellige retninger, så det er fullt mulig at kunstneren kan ha tenkt på en situasjon som foreslått av Dag Gundersen da han skar sitt miniatyrtresnitt.

Det finnes også en annen versjon av T-en, blant annet gjengitt hos H.S. Francis (1) (fig 1). Her ser man tydeligere hvordan hunden



Figur 1 En annen versjon av T-en (1)

henges opp, og det er ikke noen person på bildet som ser ut til å skulle bli slått. Personen med klubben står der forventningsfullt og ser på de andre som holder på med hunden. Francis tolker dette uten reservasjon som forberedelse til et eksperiment.

For den litt annerledes T-en på forsiden av Tidsskriftets nr. 7/2001 heller jeg derfor fortsatt til den oppfatning at motivet er det samme. Jeg synes det ser ut som om den ene personen drar for å heise opp hunden og er kommet så langt at han gjør fast repet til stolpen, mens den andre holder igjen hundens bakbein for å tyngre den ned. Sistemann har godt driv på sin klubbe for å gi dyret det avgjørende slag.

Oslo

Øivind Larsen

#### Litteratur

1. Francis HS. The woodcut initials of the Fabrica. Bull Med Libr Ass 1943; 31: 228–39.

## Sjögrens syndrom

Jeg takker Hans Nossent for hans kommentarer i Tidsskriftet nr. 8/2001 (1) til vår artikkel om diagnostikk av Sjögrens syndrom (2). Kommentarene inneholder imidlertid noen feilaktige opplysninger, og dessverre ser det ikke ut til at hovedbudskapet er nådd frem. Ganske enkelt ønsket vi å foreslå at man ved diagnostikk av Sjögrens syndrom skjeler til sykdomsdefinisjonen, og ikke bare slavisk følger kriteriesett som dessverre endres relativt hyppig.

Nossent hevder at vi feilaktig har ekskludert pasienter på grunnlag av de histologiske funn. Han har rett i at norske patologer kanskje oftere burde bruke fokusskåre, men vår erfaring er at beskrivelsen av de patologiske funn ofte er såpass gode at de tillater diagnostikk av sialadenitt. Videre foreslår Nossent at C-reaktivt protein er en bedre markør for inflammasjon enn senkningsreaksjon. Jeg er generelt helt enig, men ved Sjögrens syndrom er det svært få pasienter som har nivåstigning av C-reaktivt protein. Derfor kan ikke denne markør anvendes i diagnostikken. Heller ikke anti-SSA og anti-SSB kan anvendes på grunn av lav sensitivitet. Nossent refererer til de europeiske krite-

riene, og hevder at disse anbefaler bruk av Latex-test og ikke Waalers test for påvisning av revmatoide faktorer i serum. I presentasjonen av disse kriteriene er ikke Latex-testen nevnt (3), og ved en gjennomgang av kriteriene presentert i Tidsskriftet av Haga og medarbeidere (4) er Waalers test angitt som test for revmatoide faktorer.

Tromsø

Jan Tore Gran

Revmatologisk avdeling  
Institutt for Klinisk Medisin

#### Litteratur

1. Nossent H. Sjögrens syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 981.

2. Gran JT, Myklebust G. Diagnostikk av primært Sjögrens syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 563–6.

3. Vitali C, Bombardieri S, Moutsopoulos HM, Ballestrieri G, Bencivelli W, Bernstein RM et al. Preliminary criteria for the classification of Sjögren's syndrome. Arthritis Rheum 1993; 36: 340–7.

4. Haga HJ, Rygh T, Jacobsen H, Johannessen AC, Mjanger Ø, Jonsson R. Sjögrens syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2197–200.

## Medlemsfortegnelse med standsforskjell?

Vi er fortsatt mange kolleger i Legeforeningen som savner en fullstendig medlemsfortegnelse i årbøkene. Fellesekspedisjonen «Leger i Norge», som er et privat firma, har i flere år vært eneste legeregister, men kun over praktiserende kolleger.

Denne mangelen ble forelagt generalsekretær Harry Martin Svabø alt ved innlegg i Tidsskriftet 1998 (1) da kun spesialister har vært begunstiget med medlemsregister i årbøkene etter 1995, også etter avsluttet praksis. Generalsekretærens begrunnelse og svar for denne forskjellsbehandlingen av kolleger var: «at oversikt over godkjente spesialister hadde en viss informasjonsinteresse for medlemmer og tillitsvalgte» (2). Man glemmer derved de mange ellers godt oppdaterte kollegene uten spesielt ønske om en fagbegrenset virksomhet. I den siste årboken, 2000–2001, fortsetter den samme registreringsformen. Skal helheten og samholdet i foreningen tynes ut på denne måten? Derfor alle eller ingen i årbøkens registre.

Tolvsrød

Gunnar Kvale

#### Litteratur

1. Kvale G. Legeforeningens årbok 1998–1999. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2218.

2. Svabø HM. Legeforeningens årbok 1998–1999. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2387.

### Generalsekretæren svarer:

Kollega Gunnar Kvale etterlyser fortsatt en fullstendig medlemsfortegnelse i årbøkene. Det er flere årsaker til at vi har gått bort fra dette. Vi er blitt 20 200 medlemmer. Tre personer er beskjeftiget på heltid for å holde orden på registeret som er det beste legeregisteret som finnes i Norge. En papirversjon

blir imidlertid ukurant meget raskt. Når vi ikke ønsker å gjøre registeret offentlig tilgjengelig, er det fordi mange medlemmer ikke ønsker dette. En annen grunn er at medlemsregisteret blir misbrukt til markedsføring og reklameformål som ikke er forenlig med legestandens interesser, og som vekker betydelig irritasjon og harme blant kolleger. Når vi foreløpig har valgt å beholde en oversikt over godkjente spesialister i Årboken, er dette, som jeg tidligere har gitt uttrykk for, fordi Legeforeningen både har en betydelig interesse av og plikt til å gi også offentligheten informasjon om hvem av våre medlemmer som er godkjente spesialister. Dette henger sammen med den delegerete myndighet Legeforeningen har på vegne av det offentlige til å godkjenne spesialister. For øvrig har jeg registrert Kvaales ønske om at vi på nytt skal vurdere om denne praksisen skal fortsette. Det kan jeg love at vi skal gjøre.

Oslo

Harry Martin Svabø  
Den norske lægeforening

## rettelse rettelserettel

### Kronisk syke og funksjonshemmede barn – en utfordring for helsetjenesten!

Arvid Heiberg

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 898

I Tidsskriftet nr. 8/2001, side 898 skal stå: Sverre O. Lie (3) viser at 75 % av barn med kreftsykdommer nå overlever... og at hele 1 promille av en barnebefolkning har overlevd kreftsykdom.

### Med pasientens egen penn

Erlend Hem

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1136–7

I Tidsskriftet nr. 9/2001, side 1136 er den korrekte tittel på Norman Cousins bok *Anatomy of an illness*.

### Sykehusenes historie

Stephan Tschudi-Madsen

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1151

I Tidsskriftet nr. 9/2001, side 1151 i omtalen av boken *Norsk sykehusarkitektur* skal stå: ...Nils Retterstøls beretning...

### Omsorgssentre bygger nettverk og broer

Kari Ronge

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1168

I Tidsskriftet nr. 9/2001, side 1168 er det oppstått en redigeringsfeil i ingressen. Det skal stå: *Omkring 120 000 nordmenn lever i dag med en kreftdiagnose. Hvert år får rundt 20 000 diagnosen.*

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 10, 2001; 121