



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeföreningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Miksjonsuretrocytografi av barn

Vi ønsker å kommentere artikkelen til Elise Christine Bjørkholen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 12/2005 om miksjonsuretrocytografi (MUCG) (1). Deres hovedbudskap er at gjennomføringen av metoden kan forbedres. Grunnlaget for artikkelen er observasjon av seks barn som har fått utført miksjonsuretrocytografi, hvorav to var fremmedspråklige, og svar på spørreskjema fra seks radiologiske avdelinger om prosedyrerutiner og bruk av skriftlig informasjon. Artikkelen ble i Tidsskriftet nr. 17/2005 kommentert av Tor Austad, som understreket at ultralyd er førstevalgsundersøkelse av nyre/urinveier/blære hos barn (2). Dette er selvfølgelig riktig, og indikasjonene for miksjonsuretrocytografi er i kontinuerlig endring. Vi kommer likevel ikke utenom at miksjonsuretrocytografi er en viktig undersøkelse med stor diagnostisk verdi.

Vi arbeider ved en av Norges tre barneradiologiske avdelinger og har lang erfaring med metoden. I 2004 utførte vår avdeling ca. 200 miksjonsuretrocytografiundersøkelser. Sammen med innkallingen til undersøkelsen sender vi en informasjonsbrosjyre med fargebilder. Vi tar oss god tid til å snakke med barnet og barnets foreldre før prosedyren startes. To barneradiografer er til stede ved prosedyren. Den ene har som hovedoppgave å avlede og underholde barnet med prat/bøker/leker, den andre utfører selve prosedyren. Foreldrene får som oppgave å bidra med avledning og kos/trøst. Barnet får mulighet til å påvirke tempoet i prosedyren, og vi tar hensyn dersom barnet trenger pause, for vi ønsker å gi barnet følelse av kontroll i situasjonen. Våken sedasjon med midazolam nyttes når det anses å være behov for det. Vi informerer foreldre om denne muligheten etter at de er ankommet. Vi tror det bidrar til å skremme om dette omtales som et «tilbud» i informasjonsbrosjyren.

Etter at prosedyren er gjennomført, får vi ofte tilbakemelding fra barn og/eller foreldre at «dette gikk jo helt greit». Kun svært sjelden har prosedyren vært stressende for barnet eller foreldrene. Hos fremmedspråklige barn gjøres ikke prosedyren uten tolk til stede. Vi har dessverre ikke informasjonsbrosjyrer på andre språk enn norsk, men burde ha utarbeidet dette.

Miksjonsuretrocytografi utført med god røntgengjennomlysningsteknikk gir relativt

liten stråledose. Vi minner om at miksjons-scintigrafi og vesikoureteral refluksdiagnostikk med ultralyd også krever kateterisering.

Vi mener at med personale som har god erfaring med håndtering av barn, trenger ikke miksjonsuretrocytografi bli et vondt minne for barnet og/eller foreldrene.

Bente Johanne Backer
Kari Røine Fosse

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Bjørkholen EC, Gravidahl CØ, Vandvik IH. Miksjonsuretrocytografi – er praksis i tråd med empirisk kunnskap? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1689–91.
2. Austad T. Hvorfor gjøres miksjonsuretrocytografi? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2397.

Overaktiv blære-syndrom

Vi leste med stor interesse Steinar Hunskaars artikkel i Tidsskriftet nr. 15/2005 om overaktiv blære-syndrom (1). Grunnen var vår spørreundersøkelse som viste at hyppig vannlating med urge er et symptom med høy sensitivitet (ca. 70 %) og spesifisitet (ca. 90 %) for diagnosen fibromyalgi (2, 3). Undersøkelsen ble gjort i 1991–92, men resultatene begynner først nå å bli generelt akseptert. Vi benyttet et spørreskjema som hadde krav om telling i tre dager og netter separat, med sterk oppfordring om å være nøyaktig da det ellers ville «slå tilbake» på dem senere. For fibromyalgidiagnosen var alle viktige kriterier tatt med. Det er interessant, på tross av ulikhet i kriteriene, og uten relasjon til bestemt sykdom, at de amerikanske og europeiske telefonundersøkelsene gav et likt resultat på åtte eller flere vannlatinger daglig og to nattdag – slik som gjennomsnittstallene i vår undersøkelse viste: 9,2 og 2,2.

Det antas at det finnes ca. 200 000 personer med fibromyalgidiagnosen her i landet. Hvis ca. 80 % av dem har hyppig overaktiv blære-syndrom, skulle 160 000 ha syndromet av denne grunn. Fra vårt fibromyalgimateriale (med få menn) blir prevalensen hos kvinner ca. 10 % ved gjennomsnittsalder på 46 år (spredning 20–70 år), uten forskjell på aldersbasis. I de nevnte pasientmaterialene uten hensyn til diagnose, var prevalensen 16, men flere ulikheter, blant annet i alder, gjør at de ikke kan sammenliknes direkte. Likevel er det klart at fibromyalgi står for en ikke ubetydelig

del av tilfellene med overaktiv blære-syndrom, og bør derfor vurderes ved alle disse.

En av årsakene til at så få menn får diagnosen, er at mange ikke tilfredsstillende kravet til smerter i alle kvadranter. Av de 50 vi måtte ekskludere av denne grunn, viste 80 % seg å være menn, som overraskende hadde samme urineringsmønster som kvinnene. Dette viser at mange menn ikke får diagnosen etter de tidligere kriterier, der alle kvadranter skal være med i smertemønsteret. Vannlatingskriteriene må derfor være med for å få en oppfatning om prevalensen hos menn.

Vi fant også at ca. 10 % av fibromyalgipasientene hadde psoriasis. Det harmonerer godt med høy prevalens av fibromyalgi etter gjeldende kriterier hos psoriasispasienter (4). Men psoriasispasienter med fibromyalgi synes ikke å ha vannlatingssymptomet (P. Thune, personlig meddelelse). Hvis dette forhold kan dokumenteres, kan det gjemme diagnostiske, patofysiologiske og genetiske hemmeligheter av stor interesse.

Helge Stormorken
Sandvika

Frank Brosstad
Rikshospitalet

Litteratur

1. Hunskaar S. Behandling av overaktiv blære-syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2029–30.
2. Stormorken H, Brosstad F. Fibromyalgi: family clustering and sensory urgency with early onset indicate genetic predisposition and thus a «true» disease. Scand J Rheumatol 1992; 21: 207.
3. Stormorken H, Brosstad F. Hyppig vannlating – viktig diagnostisk markør ved fibromyalgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 17–9.
4. Thune PO. The prevalence of fibromyalgia among patients with psoriasis. Acta Derm Venereol 2005; 85: 33–7.

Sirkus eller tragedie?

Innlegget med tittelen *Svensk sirkus* av Ivar Wessel i Tidsskriftet nr. 15/2005 (1) krever en kommentar. Wessel kommenterer det han kaller «fenomenet de apatiske barna» i Sverige (1). Dette er asylsøkerbarn, som ifølge Wessel, «med stor iherdighet og utholdenhet forsøker å presse seg til permanent opphold i det svenske samfunnet» (1). Barna slutter å spise og drikke og er ukontaktbare, men «friskner til så snart familiene får innvilget sine asylsøknader». Wessel hevder det dreier seg om en villet

og målrettet tilstand hos barna, med andre ord at de simulerer. På hvilket grunnlag Wessel uttaler seg, fremkommer ikke.

Undertegnede er ikke spesialist på feltet, men jeg har fulgt den svenske debatten med interesse, deriblant en løpende diskusjon i den svenske *Läkartidningen*, som har belyst sentrale aspekter i denne kompliserte saken. I en oversiktsartikkel av barnelegene Lindberg og Sundelin beskrives tilstanden som ledd i en omfattende patologi og som et endepunkt i et kontinuum av stressreaksjoner, søvnforstyrrelser, depresjon, angst, sosial tilbaketrekking, fravær av lek, mutisme og suicidalhandlinger (2). Kan dette være villet og målrettet? Barnepsykologene Ekblad og Raundalen anser en apatisk reaksjon som steget før selvmord eller som et alternativ til selvmord (3). Simulerer man da? Barna har ofte en sårbarhet i form av tidligere fysisk og psykisk sykdom, og mange er traumatiserte fra hjemlandet. Å ikke kunne legge skrekken fra tidligere traumeopplevelser bak seg under en stadig trussel om hjemsending, bidrar til barnas psykiske uhelse.

Wessel hevder at barna friskner til så snart asylsøknaden er innvilget (1). Hvor har han dette fra? Jo, barna friskner til, men erfaringene, ifølge svenske eksperter, viser at tilfriskningen ikke er spontan og at det kan ta måneder eller opptil ett år etter innvilget oppholdstillatelse før barna er på beina igjen (2, 3).

Vi har å gjøre med en komplisert og alvorlig tilstand hos en gruppe sårbare barn. Wessel frykter for konsekvensene dersom barna innvilges oppholdstillatelse. Mer bekymringsfullt er det at syke barn risikerer å bli sendt ut av landet uten å få den behandlingen de har krav på og behøver, noe som bryter både med legeetikken og FNs barnekonvensjon (4).

Elin Håkonsen Martinsen

Uddevalla sjukhus
og
Seksjon for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Wessel I. Svensk sirkus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2054.
2. Lindberg T, Sundelin C. Apatiska barn – var står vetenskapen i dag? Läkartidningen 2005; 102: 1338–45.
3. Ekblad S, Raundalen M. Asylsøkande barn.... myndigheter väntar och kräver «fakta på bordet». Läkartidningen 2005; 102: 2082–3.
4. Kongstad P. Läkaretiken och de apatiska flyktingbarnen. Läkartidningen 2005; 102: 1960–1.

1. Wessel svarer:

Elin Håkonsen Martinsen spør om jeg mener at de apatiske asylsøkerbarna i Sverige simulerer. Ja, det mener jeg gjelder i de aller fleste tilfellene. Barna er ikke dummere enn at de skjønner at hvis de bare blir syke nok lenge nok, så vil de få oppfylt sitt ønske, nemlig permanent opp-

hold i det svenske samfunnet. Hvis de ikke skjønner det, vil nok foreldre eller andre pårørende forklare dem det, for barnas sykdom er jo også for disse en billett til opphold i Sverige.

Det tragiske i situasjonen er at leger, psykologer og politikere så lett lar seg manipulere. Når det gjelder trusler om selvmord, burde Martinsen vite at dette er et nokså vanlig brukt virkemiddel: asylsøkere truer med selvmord hvis de ikke får oppholdstillatelse, og narkomane truer med å ta livet sitt hvis de ikke får metadon eller andre statsfinansierte stoffer.

Ivar Wessel

Oslo

Vinterdepresjon

Jeg takker Morten Selle for positiv anmeldelse av min bok, *Når man gruer seg til vinteren... Om vinterdepresjon og lysbehandling* (1, 2). I anmeldelsen nevner han noen innvendinger mot selve begrepet vinterdepresjon, eller årstidsavhengig stemningslidelse, som jeg gjerne vil kommentere.

Selle skriver at «(...) dette verken er en depresjon eller en sykdom, men en naturlig del av menneskenes livsvilkår når man bor på våre breddegrader.» (1). Jeg er enig i at vinterdepresjon ikke er noen «sykdom» i vanlig forstand, det skriver jeg da også i boken (på s. 50) (2). Men det er ikke holdbart å si at det ikke er en depresjon. DSM-IVs kriterier for «seasonal pattern specifier» krever for eksempel at pasienten de to siste årene skal ha tilfredsstilt kriteriene for «major depressive episode». Noe tilsvarende kreves i ICD-10s foreløpige kriterier for «seasonal affective disorder (SAD)». Vær ellers oppmerksom på at begrepet SAD er årstidsnøytralt og egentlig omfatter mer enn vinterdepresjon – for eksempel også sommerdepresjon. Vinterdepresjon er strengt tatt en undergruppe av SAD (årstidsavhengig stemningslidelse). At vinterdepresjon dreier seg om en virkelig depresjon, understrekes for øvrig også av at vi i vårt Gaustad-materiale på 128 personer med vinterdepresjon fant at vel halvparten under vinterdepresjonsperioder hadde hatt selvmordstanker, og 14 % hadde i en slik periode gjort selvmordsforsøk (3).

Det er mer problematisk hvis man bruker spørreskjemaet *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire* (SPAQ) til å stille diagnosen, for eksempel i en epidemiologisk undersøkelse. Da kommer man regelmessig til for høye tall, noe som viser seg når man på de samme personene anvender for eksempel DSM-IV-kriteriene. SPAQ-skjemaet er imidlertid et enkelt og godt screeninginstrument når man først og fremst ønsker å identifisere personer som vil ha nytte av lysbehandling. Personer som lider av det man kaller subsyndromal vinterdepresjon, uten klare depressive symptomer,

kan nemlig også ha nytte av lysbehandling. Det er altså en flytende og noe dårlig definert grense mellom det som med et kanskje uheldig uttrykk kalles subsyndromal vinterdepresjon og «egentlig» vinterdepresjon.

Selle avslutter sin anmeldelse med at iatrogen sykeliggjøring bør unngås. Det er jeg langt på vei enig i, men vil samtidig advare mot å havne i den motsatte grøften: å bagatellisere en tilstand som fører til betydelig lidelse og redusert livskvalitet i flere måneder hvert år, når dette hos de fleste kan lindres i vesentlig grad bare ved å sørge for at man i den aktuelle perioden får tilstrekkelig med lys inn gjennom øynene!

Odd Lingjærde

Oslo

Litteratur

1. Selle MS. Trett av vinteren? Les denne før neste vinter! Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2393.
2. Lingjærde O. Når man gruer seg til vinteren. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
3. Lingjærde O, Reichborn-Kjennerud T. Characteristics of winter depression in the Oslo area. Acta Psychiatr Scand 1993; 88: 111–20.

Allmennleger i by og bygd

I debatten om essaysamlingen *Mellom nostalgi og avantgarde* (1) kritiserer Steinar Hunskaar i et tilsvarende i Tidsskriftet nr. 18/2005 (2) et resonnement i et av bokens essays, nemlig mitt *Globalisering, lokalsamfunn og distriktsmedisin*. Hunskaar mener jeg konkluderer med at det er i lokalsamfunn leger har best forutsetninger for utredning, diagnostikk og behandling.

Jeg beklager hvis det er nærliggende å lese meg slik. I så fall har jeg forståelse for hans kritikk. Jeg skriver det er grunn til å tro at det er i lokalsamfunn leger har best forutsetninger for å få bred kunnskap om den enkelte pasient. Resonnementet hviler på en diskusjon av kvaliteter ved *stedet*, deriblant at lege og pasient samhandler i flere roller i et lokalsamfunn. Slik samhandling med flere fasetter skaper en særegen legerolle og en særegen lege-pasientrelasjon og gir gode *vilkår* for å praktisere en pasientsentrert medisin. Jeg beskriver kun muligheter og rammebetingelser gitt av en bestemt sosial arena; den enkelte lege må selv velge hvordan hun eller han vil utnytte dem. Ut fra dette kan vi *ikke* slutte at leger i lokalsamfunn faktisk er bedre leger enn sine kolleger i byene.

At leger har kunnskap om og anerkjenner pasientenes egne virkelighetsforståelser og livsanskuelser, kan virke positivt på mange aspekter ved legegjerningen. Boken viser hva dette kan bety i praksis, slik som essayene av Eivind Vestbø og Eystein Straume (1). Gjennom en lang distriktsmedisinsk praksis har de erfart betydningen av å anerkjenne denne type kunnskap som en del av sitt kunnskapsgrunnlag. Ved bruk av fortellinger synliggjør de verdien av dette på en forbilliglig måte. Jeg har forsøkt