

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. Asylsökande 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

å relatere deres erfaringer til noen teoretiske betraktninger.

Boken som helhet tar for seg det komplekse samspillet mellom samfunn, helse og medisinsk praksis, slik det kan arte seg i små samfunn der menneskene har flere roller som dels griper inn i hverandre. Utgangspunktet er en distriktsmedisinsk setting, men diskusjonen som føres er av en generell karakter fordi den angår grunnleggende spørsmål om hva det vil si å praktisere som lege. Det er derfor synd at debatten er redusert til et spørsmål om hvem som er flinkest av byleger og bygdeleger.

Hunskår vil ikke godta bokens status som lærebok og etterlyser dokumentasjon på våre synspunkter, til tross for at han hevder å anerkjenne at allmennmedisinens kunnskapsgrunnlag har sterke innslag fra samfunnsvitenskapene. Dersom samfunnsvitenskapene skal bidra til allmennlegenes kunnskapsgrunnlag, må disse fagene ikke underlegges biomedisinens naturvitenskapelige kunnskapsforståelse. Det vil i så fall bli som å bruke en tommestokk for å måle vekt.

**Olaug S. Lian**  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Lian OS, Merok E, red. Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
2. Hunskår S. Avsporinger om distriktsmedisin. Tilsvær. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2527–8.

## Antikoagulasjonsbehandling og oralkirurgiske inngrep

Per Løkken & Per Skjelbred tar i Tidsskriftet nr. 18/2005 opp spørsmålet om det er nødvendig å seponere behandling med warfarin og acetylsalisylsyre før tannestraksjon og andre oralkirurgiske inngrep (1). Dette er et prisverdig initiativ, og fremstillingen er balansert og utdypende. Deres konklusjon, som er godt underbygd av litteraturen, er at det vanligvis ikke er grunnlag for å seponere slik behandling ved inngrep i munnhulen, en konklusjon jeg slutter meg helt til. Kolleger er ofte altfor raske til å anbefale midlertidig seponering av behandling med warfarin og acetylsalisylsyre ved kirurgiske inngrep. Tannlegen eller kirurgen må ha etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen.

Et annet godt råd for å forebygge blødning etter inngrep i munnhulen er ikke særlig kjent blant våre kolleger. Fibrinolysehemmeren traneksamsyre er særlig effektiv ved lokal applikasjon, ikke minst i munnhulen, der spytt har høy fibrinolytisk aktivitet. En ampulle cyklokapron 500 mg til injeksjon blandes med tilsvarende volum vann til munnskylling fire ganger daglig i 3–5 dager. Dette forebygger effektivt blødning etter oralkirurgi. Utblandingen

i vann har utelukkende til hensikt å sikre et større volum skyllevæske for å gjøre munnskyllingen enklere og mer effektiv. Ved Seksjon for blodsykdommer ved Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet har vi i mange år benyttet cyklokapron-munnskyll som eneste profylaktiske tiltak ved oralkirurgiske inngrep hos pasienter med von Willebrands sykdom og mild hemofili og hos pasienter som behandles med warfarin (også ved INR > 3) og acetylsalisylsyre med svært godt resultat.

**Geir E. Tjønnfjord**  
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

#### Litteratur

1. Løkken P, Skjelbred P. Bør warfarin og acetylsalisylsyre seponeres før tannestraksjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2498–9.

### *P. Løkken & P. Skjelbred svarer:*

Geir E. Tjønnfjord presiserer viktigheten av at tannleger og kirurger har etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen. Vi er helt enig. Vårt opprinnelige manuskript inneholdt en beskrivelse av lokale hemostasetiltak, men dette avsnittet måtte av plasshensyn utgå.

Tannleger vil være i første linje når det gjelder å forebygge eller stoppe eventuelle blødninger i munnhulen. En utvidet versjon av vår artikkel vil om kort tid bli publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende, der et avsnitt med råd om lokale hemostasetiltak i munnhulen inngår. Med referanser nevnes midler og metoder som er tatt i bruk, f.eks. pakking av resorberbar gelatinsvamp eller oksidert cellulose i tannalveolen, fibrinlim, munnskyllinger, traneksamsyre og diatermi.

Surgicel (oksidert regenerert cellulose) har i flere studier med tannestraksjoner gitt god hemostatisk effekt. I motsetning til biologiske proteinbaserte produkter, gir dette syntetiske preparatet ikke risiko for overføring av virusinfeksjoner. Etter sårrensing pakkes alveolen med Surgicel og stabiliseres med suturer. En kompress plasseres over såret og bites på i 10–15 minutter. Deretter inspiseres såret. Er blødningen stoppet, kan pasienten dimitteres, men gjerne oppfordres til å bite på kompressen ytterligere en time til. Resorberbar gelatinsvamp (Spongostan, Gelatamp), som brukes på samme måte, gir omtrent like effektiv hemostase. Kompressen som det bites på, kan gjerne være innsatt med traneksamsyre. Man bryter da en ampulle Cyklokapron, fukter kompressen med traneksamsyre, og lar pasienten bite på denne. Starter blødningen på nytt etter hjemkomst, kan pasienten trykke på såret ved å bite hardt i 20 minutter, f.eks. på et sammenfoldet rent lommeterkle, en gasskompress eller en fuktet tepose (te inneholder tannin som adstringerer og gir lokal hemostase). Et nytt lokalt hemostatikum,

TachoSil, er en medisineret svamp med blant annet humant fibrinogen og trombin. Dette preparatet skal bare brukes av erfarne kirurger.

Som Tjønnfjord påpeker er traneksamsyre et aktuelt preparat. Vi foreslår at tannlegen som første alternativ kan la pasienten bite på en kompress fuktet med Cyklokapron – dette fordi fem dagers munnskyllinger med preparatet vil koste så mye som 500 kroner. Vi er enig med Tjønnfjord i at det regimet han anbefaler kan være høyst relevant, ikke minst ved stor risiko for etterblødninger. I artikkelen i Tidende henviser vi til en nylig publisert oversiktsartikkel over aktuelle tiltak mot blødninger ved dentalveolær kirurgi, der preparatet foreslås brukt på samme måte som angitt av Tjønnfjord (1).

Behandles pasienten med warfarin og blødningen ikke stopper med lokale tiltak, bør systemisk behandling gis av lege. Et alternativ er injeksjon av fytomenadion (vitamin K<sub>1</sub>), som senker INR-nivået i løpet av 4–6 timer. Dersom INR-nivået skal senkes raskt, er det vanligst å bruke faktortilførsel i form av ferskfrosset plasma.

**Per Løkken**  
Det odontologiske fakultet  
Universitetet i Oslo

**Per Skjelbred**  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Bågenholm T, Hellem S, Tornes K. Akutte skader og komplikasjoner ved behandlingsprosedyrer i munnhulen. Nor Tannlægeforen Tid 2005; 115: 38–47.

## Er epikriser viktige medisinske dokumenter?

Spørsmålet burde ha vært unødvendig, men fra primærmedisinsk ståsted kan det synes som spørsmålet er høyst relevant. Den som har drevet allmennmedisinsk virksomhet i mange år, har ofte opplevd epikriser som kommer månedsvis etter utskrivning. Enhver vil forstå hvilke problemer dette skaper for den medisinske oppfølging. Pasienten blir innlagt for et medisinsk problem som ikke kan håndteres på primærmedisinsk nivå, og behandlingen skal kontinueres på de premisser som sykehuset legger. Det er derfor prisverdig at Kjell Martin Moksnes i Tidsskriftet nr. 17/2005 setter epikrisetid på dagsorden og uttrykker at «epikrisetid er kvalitetsindikator for helseforetakene» (1).

Det er selvsagt at medisinsk innleggelseskriv sendes på forhånd eller følger pasienten ved akutte innleggelses. Her gjøres det rede for sykehistorie og kliniske funn som er utgangspunkt for mer spesifikk utredning og behandling. Dette er en rasjonell og tidsbesparende arbeidsform, og den diagnostiske treffsikkerheten fra primærleger er høy.