

kliniske utredningen ikke trekker frem, er at i alle de fire tilfellene av feildiagnose i denne rapporten dreier det seg om en sykdom som ikke er veldig sjelden hos voksne unge kvinner. Og alle fire er kvinner. Da jeg så tar dette opp med artikkelforfatterne, hevder de at dette antakelig er tilfeldig og mener det er «farlig» å trekke for vide slutninger om at dette også kan ses i et kvinneklinisk perspektiv.

Mitt standpunkt er at det kan være vel så farlig for kvinner å unnlate å foreta denne analysen. Pasientene det er snakk om, var kvinner som tidligere stort sett hadde vært friske, men med noen mentale eller somatiske plager. Alle var i fertil (hormonpåvirket) alder, og hos alle debuterte sykdommen med plutselig hodepine. I alle de beskrevne tilfellene gikk det lang tid fra symptomstart til endelig diagnose, og for alle fire var konsekvensene meget alvorlige (død eller varig hjerneskade). Konklusjonen er at tegnene på hjerneblødning ikke ble vektlagt tilstrekkelig.

Er ikke dette det samme som mange kvinner i Norge hevder: «Vi blir ikke tatt på alvor av helsevesenet!» I disse tilfellene burde kvinnene virkelig blitt tatt alvorlig. Jeg mener at en vettug konklusjon på artikkelen ville vært at man også burde se på de mer prinsipielle sidene av saken – nemlig om pasientens kjønn kunne ha noe med manglende medisinsk årvåkenhet å gjøre, og at tendensen til å gi en psykiatrisk eller uspesifikk og ikke alvorlig diagnose er større for kvinnelige enn for mannlige pasienter? Det ble lagt for lite vekt på de anamnesticke opplysningene, sies det. I mine ører klirrer det som: Man hørte ikke ordentlig etter hva kvinnene sa. Man la derimot vekt på andre sider av deres liv – lidelser som lav kroppsvekt, depresjon, myalgi. Er det tilfeldig at dette gjøres overfor kvinner? Eller kan økt bevissthet også om kvinners symptomatologi føre til bedre ivaretagelse og klinisk handling?

**Johanne Sundby**  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Hoddevik GH, Bjørang G. Oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 61–2.

*G.H. Hoddevik  
& G. Bjørang svarer:*

Vi har med stor interesse lest Johanne Sundbys innlegg og er glade for at vårt innlegg bidrar til refleksjoner og debatt. At kvinneklinisk perspektivet på denne måten også blir fremhevet, synes vi er utmerket.

Vurderingstemaet i tilsynssaker vil oftest være hvorvidt helsepersonell har handlet forsvarlig. I vårt innlegg om oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet er utdrag av forsvarlighetsvurderingene i de

enkelte sakene gjengitt. I vår forsvarlighetsvurdering inngår:

- Om alle relevante anamnesticke opplysninger er fulgt opp
- Om det er gjort adekvate undersøkelser
- Om det er gitt adekvat behandling i forhold til den aktuelle problemstillingen

Forsvarlighetsvurderingene er uavhengig av kjønn, alder og etnisk tilhørighet. I de aktuelle tilfellene ville det selvfølgelig vært like viktig å vektlegge tilsvarende anamnesticke opplysninger dersom pasienten hadde vært mann.

Helsetilsynet har ingen fullstendig oversikt over alle tilfeller av oversett subaraknoidalblødning ved norske sykehus. Vi kan derfor ikke uttale oss om hvorvidt diagnosen – relativt til forekomsten – oftere overses hos kvinner enn hos menn. Helsetilsynet ville se det som meget interessant om et forskningsmiljø kunne belyse en slik problemstilling. I vårt innlegg om forsvarlighet var imidlertid hyppigheten av oversett diagnose ikke et tema.

I innlegget berørte vi med hensikt ikke årsakene til at denne diagnosen blir oversett, selv om det kunne vært et meget interessant tema. Både kvinnesyn, sykehuslegers store arbeidsbelastning, krav til produktivitet og lange vakter kan være blant sannsynlige årsaker til at anamnesticke opplysninger blir oversett.

**Grethe Hellstrøm Hoddevik  
Grete Bjørang**  
Statens helsetilsyn

## Steinkløvere – medisinske planter

Legesteinkløver (*Melilotus officinalis*), hvitsteinkløver (*Melilotus alba*) og strandsteinkløver (*Melilotus altissima*) finnes alle i Norge. *Meli* er gresk for honning, og *lotus* er et gammelt navn på mange planter. Legesteinkløver og hvitsteinkløver er meget like, bortsett fra fargen, og finnes først og fremst på tørr grus langs veier og jernbaner (1). Legesteinkløver er gul, slik bildet, som er tatt ved en gangvei langs Sandviksveien, viser. Blomstene sitter i toppen av stilkene som et aks. De har en duft av kumarin, som



*Legesteinkløver (Melilotus officinalis).  
Foto Kjell A. Nøkleby*

minner om duften av tørt høy. Blomsterduften kommer best frem når blomstene tørker. Kumarinforbindelser er vitamin K-antagonister (2). Kumarinet reduserer motstand ved gjennomblødning i kapillarer og lymfekar som utvides. Derved skal det virke antiinflammatorisk.

Antikkens leger brukte flere steinkløverarter ved nyre- og gallekolikk (3), særlig som oppmykende omslag på sår. Kumarin og melilotin er glykosidbundet, men frigjøres ved tørking (4). Alle steinkløverarter er giftige i større doser. Kveg som eter råberget og muggent høy med mye steinkløver, kan få innvortes blødninger og dø (4).

Ved å smelte sammen harpiks, voks og olivenolje tilsatt pulverisert steinkløver fikk man *emplastrum meliloti* (3). Det gikk ut av den norske farmakopé i 1895. Dikteren Johan Herman Wessel nevner melóten (følgelig forvrengning av meliloti) i «Kierlighed uden Strømper» fra 1772. I kisten til Mads fantes bl.a. ... «Et bruunrødt Syleskaft, En gammel Strimmel Taft, En Stump Melóten-Plaster, Et Brev fra salig Faster.» (5).

**Kjell A. Nøkleby**  
Sandvika

#### Litteratur

1. Ryvarden L. Norges planter. Bd. 4. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Høeg OA. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
3. Lewis WH, Elvin-Lewis MPF. Medical botany. New York: John Wiley, 1977.
4. Høiland K. Naturens legende planter. Oslo: Hjemmets Forlag, 1978.
5. Wessel JH. Digte. Oslo: Gyldendal, 1965.

## Hjelpen til Sri Lanka må koordineres

Undertegnede var i de flodbølgerammede områdene på Sri Lanka en uke etter tragedien. Leger kom fra hele verden, klare til å medisiner og til å reparere brukne bein, men hvordan helbreder man en hel nasjon som har mistet ektefeller, barn, hjem – et helt liv? Dette er utfordringen legene møter. Det var først og fremst det forferdelige synet av barna, så mange barneliv som var gått tapt, og foreldre som hadde mistet sine barn, som gjorde inntrykk.

Sri Lanka var det landet som i forhold til innbyggertallet hadde det høyeste antall døde av tsunamien. Mer enn 30 000 mennesker døde i løpet av minutter. Tragedien var ikke avgrenset til ett enkelt område. Mer enn 70 % av øyas kyst ble truffet av dødsbølgen. – Forvirrede overlevende stirret på bilder av døde dag etter dag, halvt i håp om å gjenkjenne en savnet. To søstre lette etter sin yngre bror, som var den som brødfødde familien. En annen kom med bilde av sin venn som kjørte et tog dømt til å bli tatt av bølgen. – Så mange døde så fort.

Lik er vansiret til det ugjenkjennelige av solen og påkjenningene de fikk i vannet. Det er ikke tid nok til å identifisere alle de døde før de begravnes i massegraver. Familier fikk aldri sjansen til å ta farvel, og de får sannsynligvis aldri vite hvor deres kjære ble begravd. Kalmunai, en fiskerlandsby på østkysten, var ødelagt og det var mer enn 4 000 døde, blant dem mer enn tusen mødre. På et øyeblikk var en generasjon av kvinner utryddet.

Det er så mange enkemenn og foreldre-løse. Hvordan vil de kunne komme seg videre i livet? Det er et spørsmål jeg prøver å forstå. Et av sykehusene på nordøstkysten måtte ta seg av mer enn 1 200 lik. Noen av ofrene var familie og naboer av de ansatte ved sykehuset. Hvor lenge vil de mentale arrene sitte etter at de fysiske arrene er leget? Leger og hjelpearbeidere i tsunami-områdene vil ha hendene fulle i mange år fremover. Nesten en halv million mennesker ble skadet i katastrofen, og opp mot fem millioner mennesker er husløse og har mistet alt.

Jeg har en appell til de lokale og internasjonale organisasjonene som har kontorer i de aktuelle områdene: U.S. Agency for International Development, Verdens helseorganisasjon, UNICEF, International Red Cross, Oxfam, CARE, nasjonale og lokale srilankiske grupper og Tamil Health Organisation. Det var 81 tilsvarende organisasjoner før tsunamien, og jeg har ingen idé om hvor mange det er nå. Norsk Tamilsk Helse Organisasjon (TRO-NTHO) har menneskene, kjenner infrastrukturen godt og kommer til å være i områdene på fast basis. Vi er villige til å koordinere hjelp. Vi må alle drive samme politikk av hensyn til befolkningen.

**S. V. Bernardshaw**  
Oslo

## Fatale bivirkninger av legemidler

En rekke undersøkelser viser at leger ikke innrapporterer bivirkninger. I en artikkel heter det at «innleggende lege mistenkte medikamentbivirkninger i 24 % av tilfellene, men ingen ble innlagt under denne diagnosen. Legene ved medisinsk avdeling mistenkte bivirkninger i 73,3 % av tilfellene, kirurgene i 27,3 %. Ingen ble meldt Bivirkningsnemnda» (1). Den amerikanske legemiddelkontrollen (FDA) skriver at «FDA mottar ved direkte innrapporteringer færre enn 1 % av alvorlige mistenkte legemiddelreaksjoner» (2). Det er flere årsaker til at leger ikke innrapporterer bivirkninger, men de viktigste er kanskje at det fører til merarbeid og mulig erstatningsansvar, og ikke minst at de risikerer å miste økonomisk støtte fra sine velgjørere innen legemiddelindustrien.

En studie ved Sentralsykehuset i Akershus (nå Akershus universitetssykehus) viste at det var 9,5 dødsfall per 1 000 innlagte sykehuspasienter pga. legemidler, og omtrent halvparten skyldtes skader oppstått selv om legemidlene ble inntatt på korrekt måte (3). Med ca. 830 000 døgnopphold ved norske sykehus i 2003 tilsier dette flere tusen legemiddelrelaterte dødsfall årlig. Flere andre studier bekrefter at forekomsten av alvorlige og dødelige legemiddelreaksjoner er svært høyt (4, 5). Dette indikerer at antall sykehusdødsfall i Norge sannsynligvis er langt høyere enn hva helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen hevdet fra Stortingets talerstol nylig (6). Når man velger å basere sin legemiddelinformasjon på et tallmateriale som opplagt er skjevt, er dette etter min mening misvisende.

**Svein Reseland**  
Hosle

### Litteratur

1. Kjustad L, Klemetsdal B, Pap J. Bivirkninger hos eldre – årsak til innleggelse i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 551–2.
2. The clinical impact of adverse event reporting. Rockwell: Food and Drug Administration, 1996.
3. Buajordet I, Ebbesen J, Erikssen J et al. Fatal adverse drug events: the paradox of drug treatment. J Intern Med 2001; 250: 327–41.
4. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. JAMA 1998; 279: 1200–5.
5. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc 2001; 41: 192–9.
6. Stortingets spørretime. Finanskomiteen. <http://www.stortinget.no/spti/dw-o2004102703-008.html> (27.10.2004).

## Diabetes for livet

Jeg har lest Yngvar Christophersens bok *Diabetes for livet* (1), som ble anmeldt i Tidsskriftet nr. 1/2005 (2). Ifølge Christophersen har jeg type 3-diabetes, hvilket er utlagt at min kone har hatt type 1-diabetes de siste fem årene og vi har et barnebarn på ti som fikk diabetes to år gammel. Min kone er sykepleier og jordmor, selv er jeg lege, om enn kun en skarve kirurg. Selv med vår faglige bakgrunn har diabetes vært en utfordring og vanskelig, til dels uforståelig, i det daglige liv. For andre, spesielt foreldre til små barn med diabetes, må dette være forferdelig vanskelig. Christophersens bok fikk vi for fire dager siden, og siden har jeg lest og lest. Forfatteren har diabetes og er økonom og kan mer om diabetes enn noen jeg har hatt kontakt med. Boken går rett inn i livet til diabetikeren og diabetikerens familie.

Noen må sørge for at denne boken kan skrives ut på blåresept eller deles ut til alle med diabetes. Samfunnet sørger for diabetikere på utmerket vis, dyr medisin og ufor-skammet dyre teststrimler. Insulinpumper til tusenvis av kroner får man uten videre.

Da er utgiften til kunnskap (pris kr 298), skrevet så fornøylig og morsomt som dette, ikke engang for en bagatell å regne. Hovedpoenget er bare at boken må ut til alle, slik at også de som ikke direkte søker slik kunnskap, kan få sjansen og bli oppmuntret til å lese og lære. Boken bør kjøpes inn av alle klinikker som driver diabetesomsorg og deles ut gratis. Vær så snill, kan ikke noen der ute sørge for at så skjer!

**Øistein Ylvisaker**  
Mosjøen

### Litteratur

1. Christophersen Y. Diabetes for livet – aldri fred å få? Gjetnum: Diabetes for livet, 2004.
2. Jervell J. Glitrende bok om diabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 63–4.

## Nakkesleng og dype halsmuskler

I mitt innlegg om nakkesleng og dype halsmuskler i spalten Brev til redaktøren i Tidsskriftet nr. 1/2005 (1) var behandlingen pasienten fikk hos kommunefysioterapeuten ikke korrekt beskrevet. Hun behandlet ham i alt sju ganger over tre uker med øvelser med henblikk på styrking og koordinasjon av de dype nakkemusklene. De fem første behandlingene ble gitt etter injeksjoner, de to første også etter varme og massasje. Den sjette og sjuende behandlingen omfattet i hovedsak evaluering og pasientinstruksjon om egne øvelser.

Mitt hovedanliggende med innlegget var selvsagt behandlingen av nakkesleng, som er et stort medisinsk og samfunnsmessig problem.

**Einar Wiig**  
Trøgstad

### Litteratur

1. Wiig E. Reaktivering av dype nakkemusklene. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 68.