

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 fornøyet 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.