

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

Flere poetiske leger

Inspirert av Endre Refsdals innlegg *Appendektomi – Berlin 1912* i Tidsskriftet nr. 18/2007 (1) lette jeg i mine gjemmer og fant en liten bok, utgitt i London i 1949, med tittelen *The diagnosis of the acute abdomen in rhyme* (2). Forfatteren skjuler seg bak pseudonymet Zeta. På 93 små sider beskrives i formfullendte, rimende pentametre diagnosen ved de vanligste årsaker til akutt abdomen, fra ulcus perforans til ektrauterin graviditet. Teksten er så konkret og detaljert at dette nesten kan brukes som lærebok den dag i dag. Det er også noen muntre illustrasjoner. Appendisitt er beskrevet på ni sider, men jeg nøyer meg med å gjengi et lite utdrag fra midten av beskrivelsen.

The symptoms of a typical attack
A clearly ordered sequence seldom lack;
The first complaint is epigastric pain
Then vomiting will follow in its train,
After a while the first sharp pain recedes
And in its place right iliac pain succeeds,
With local tenderness which thus supplies
The evidence of where the trouble lies.

Then only – and to this I pray be wise –
Then only will the temperature rise,
And usually the fever is but slight,
Hundred and one or some such moderate
height,
'Tis only then you get leucocytosis
Which if you like will clinch the diagnosis,
Though in my own experience I confess
I find this necessary less and less.

If through the appendix-wall spreads
inflammation
The muscles will resist to your palpation.
Peritonitis is the motive real
For any rigid muscle you may feel,
Though if the appendix in the pelvis lies
The belly will be lax – to your surprise.

Per Joachim Lund
Oslo

Litteratur

1. Refsdal E. *Appendektomi – Berlin 1912*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2415.
2. Zeta. *The diagnosis of the acute abdomen in rhyme*. London: H.K. Lewis & Co, 1949.

Slutt på opioidavhengiges runddans?

Retningslinjene for opioidbehandling i Norge bør justeres. Den tungt opioidavhengige over en viss alder som søker hjelp, må snarlig tilbys opioid og være garantert å beholde det – av hensyn til seg selv, helsevesenet og samfunnet. Dette er i samsvar med norske (1, 2) og utenlandske erfaringer (3). Både metadon og buprenorfin fremmer rehabilitering, men bare buprenorfin egner seg for allmennpraksis (3).

All slik medisinerings skal i dag skje i regi av LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Med drøyt 4 000 LAR-plasser er behovet på ca. 12 000 langt fra dekket, og full dekning synes å være urealistisk. Det betyr at fastlegene på egen hånd må kunne starte behandling med buprenorfin i lavdose (Temgesic), som beskrevet fra Kristiansand (1), og kanskje også i høydose (Subutex), som i Frankrike (4). Behandlingen bør være gratis og foregå i tett faglig samarbeid med LAR, som også forestår avklaringer og spesifikke behandling av henviste pasienter. Ressurser vil bli frigjort dersom vi også kunne ta neste skritt – å motivere og belønne opioidpasientene med individuelt tilrettelagte opplegg, uten å ta medisinerne fra dem. Tilleggsproblemer som sosial angst og AD/HD må behandles. Å bli fratatt opioidene i LAR gir mange ganger økt dødelighet og setter fastlegen i klemme (2). I de 14 LAR-avdelingene varierte frafallet fra 2–3 % (tre avdelinger) til 14 % (tre avdelinger) i 2006. Her i landet blir én av 12 pasienter ekskludert – med en overdødelighet som synes å nøytralisere den positive effekten av LAR-behandling (2, 5).

Trass i at antallet LAR-pasienter er blitt nær tredoblet de fem siste årene, fra 1 500 til drøyt 4 000, ligger overdosedødeligheten ifølge Kripos' årsrapporter konstant på ca. 200 i året. Dette er 60 % høyere enn i 1995, året da man i Frankrike begynte å få ned overdosetallene, med 80 %, fra da den lite ressurskrevende satsingen på Subutex i allmennpraksis (med liten vekt på kontroll) startet. En av fem får metadon, som kontrolleres strengt (4). Norske allmennleger kunne ha enda større muligheter for å lykkes (1) dersom myndighetene oppmuntret til det og belønnet denne type arbeid. På samme måte som pasienten må få behandlingsgaranti, må legen kunne føle seg trygg i forhold til Helsetilsynet hvis

man må forskrive benzodiazepiner til urolige pasienter, særlig i starten av behandlingen.

Allmennpraksis må være riktig instans for et individrettet LAR-arbeid. Derfor burde LAR-avdelingen heller hett «rusutredningen» (RUT). Og buprenorfin burde, etter 18 år, igjen bli B-preparat. Da kunne det blitt en annen dans for opioidavhengige – terapi istedenfor kontroll.

Martin Haraldsen
Sandefjord

Litteratur

1. Haarr D, Nessa J. Opioidbehandling av rusmiddelavhengige i en allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1770–2.
2. Haarr D, Nessa J. Behandling av opioidavhengige i allmennpraksis. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2707.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. General report of activities 2006. www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nodeID=426 (10.9.2007).
4. Waal H, Hage E. Maintenance treatment of heroin addiction. Evidence at the crossroads. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2003; 184–6, 190–9.
5. Waal H, Clausen T, Aamodt C et al. LAR i Norge. Statusrapport 2006. Oslo: Universitetet i Oslo/Aker universitetssykehus, 2007. www.med.uio.no/ipsy/skr/rapporter/rapport.SKR-1.2007.pdf (5.11.2007).

Mangel på donorer for hornhinnetransplantasjon

De fleste forbinder organtransplantasjon med transplantasjon av organer som hjerte, nyrer og lunger. Dette er organer som tas fra donor mens kretsløpet fortsatt er i gang. Stiftelsen Organdonasjon forteller at vi har sju organer å gi bort – ett hjerte, to lunger, to nyrer, én lever og én bukspyttkjertel. Øynene nevnes ikke i det hele tatt på foreningens donorkort, og i utspill i valgkampen om organdonasjon nevnes de heller ikke.

Hornhinnetransplantasjon er en viktig del av transplantasjonskirurgien. Øyne fra donor kan hentes i opptil ett døgn etter døden, dermed har øyedonasjon falt mellom to stoler – transplantasjonsloven og obduksjonsloven. Ny håndheving av loven i Norge har stort sett medført at samme regler gjelder for donasjon av øyne som donasjon av andre organer. Det er nå blitt svært vanskelig å få tilgang på nok hornhinner til transplantasjon, selv om det potensielt er svært mange flere donorer for øyne enn for andre organer. Ved Ullevål universitetssykehus ble det i 2005 gjort 80 hornhinnetransplan-

tasjoner, i 2007 vil tallet ligge på noe over 40. De aktuelle pasientene har ofte svært redusert syn, mange har også smerter, og hornhinnetransplantasjon er eneste aktuelle behandlingstilbud. I Norge gjøres inngrepet ved fire øyeavdelinger, og ventetiden er opp mot 1–2 år alle steder. Én avdeling har gitt opp å få tak i hornhinner selv og kjøper dem fra USA for rundt 10 000 kroner per stykk. Ullevål universitetssykehus har kapasitet til å fjerne køene, flaskehalsen er tilgangen på hornhinner.

Mange pårørende opplever spørsmålet om organdonasjon som tungt og vanskelig i en situasjon der de har mistet en av sine nærmeste. Usikkerhet eller tvil kan da føre til at svaret blir nei. Hvor mange har informert sine nærmeste pårørende om hva man selv ønsker hvis organdonasjon skulle bli aktuelt?

I mange land er det gjennomført nasjonale informasjonskampanjer. Spania har satset på folkeopplysning, ressurser til sykehus, donasjonsteam og medieomtale. De har i dag et godt fungerende system, også når det gjelder hornhinner. I Norge har vi forsøkt frivillige ordninger med donorkort som man legger i lommeboken, men det har vært vanskelig å få høy oppslutning.

Den beste løsningen vil trolig være et nasjonalt organdonorregister. Et slikt register vil gi informasjon om donorstatus umiddelbart, gi økt antall organer til transplantasjon og spare tid og ressurser. Registeret kan ha som utgangspunkt at alle innbyggerne i utgangspunktet er donorer, og at de som er imot donasjon av sine organer, melder fra om dette – såkalt omvendt samtykke. Alternativt kan alle innbyggere få tilsendt informasjon og skjema som må fylles ut og sendes inn. Norsk øyelegeforening mener at det første alternativet er det beste og enkleste. Forutsetningen er en opplysningskampanje i forkant. Det viktigste er å komme i gang med løsninger som monner. Øyelegeforeningen bidrar gjerne med informasjon.

Liv Drolsum

Ullevål universitetssykehus

Bente Haugom

Sykehuset Østfold Fredrikstad

Kostbar mangel på reiseforsikring

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2007 fremheves kostnadene ved behandling i USA og hvilket godt trykkesystem vi har i Norge (1). Europeiske Reiseforsikring blir nevnt fordi den uheldige legen som ble syk i USA, ikke var blitt tilbudt forsikring hos selskapet grunnet høy alder.

Til dette er å si: Alle kunder i Europeiske kan beholde sin reiseforsikring så lenge de vil. Alderen har ingen betydning. Faktisk er

det slik at prisen er uavhengig av alder. Legen som forteller om sin opplevelse i USA som kostet ham dyrt, kan ikke ha noen eksisterende eller løpende forsikringer i Europeiske eller If. Hadde han hatt det, ville han uten problemer ha fått tegnet reiseforsikring for opphold i USA selv om han hadde fylt 75 år.

Europeiske får fra tid til annen henvendelser fra personer over 75 år som ikke tidligere har vært kunder i selskapet og som ønsker å tegne reiseforsikring. Om dette skyldes at andre forsikringselskaper har restriksjoner overfor egne kunder over 75 år, er usikkert. Når eldre over 75 år som ikke er kunder i Europeiske eller If henvender seg til oss, ber vi dem kontakte det selskapet de tidligere har vært forsikringskunde i. Vi synes ikke det er riktig at vi skal forsikre disse kundene når andre forsikringselskaper ikke lenger ønsker det pga. høy alder. Dette ville ha medført store økonomiske konsekvenser for dem som allerede har et løpende kundeforhold i Europeiske.

Artikkelen belyser på en god måte hvor kostbart relativt bagatellmessig sykdom kan bli i USA. Hvert år har Europeiske flere saker i USA med utgifter på over 1 million kroner. Skjer det noe alvorlig, er det viktig å ha en reiseforsikring som også gjelder når man når en viss alder.

Sverre Kjølstad

Europeiske Reiseforsikring

Litteratur

1. Jacobsen CD. Kostbar mangel på reiseforsikring. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2850.

Ingen effekt av anbefalt behandling ved akutte ryggsmarter

Manipulasjon og ikke-steroidale antiinflammatoriske legemidler (NSAID) er anbefalt ved akutte ryggsmarter. En ny studie av høy metodisk kvalitet bidrar til å svekke anbefalinger gitt i nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggssmerter (1). En australsk forskergruppe randomiserte 240 pasienter til ett av fire behandlingsalternativer: NSAID-preparat, manipulasjon, NSAID-preparat pluss manipulasjon eller dobbelt placebo (2). Pasientene ble behandlet i inntil fire uker. Alle hadde fått råd av allmennlege og paracetamol før inklusjon i studien. Median tid til pasienten var smertefri varierte fra 13 til 15 dager i de fire behandlingsgruppene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med hensyn til antall dager til smertefrihet eller funksjon. Etter 12 uker hadde 99 % av deltakerne ingen plager.

Resultatene er viktige, fordi både NSAID-preparater og manipulasjon inne-

bærer økte kostnader for pasientene og mulig risiko for bivirkninger. Dette er hyppig brukt behandling, og i studien er det ingen effekt utover den forventede behandlingseffekt (placebo). Resultatene bidrar også til å sette spørsmålsteget ved bruken av begreper som «mekaniske ryggsmarter» og «betennelse i ryggen».

Jens Ivar Brox

Rikshospitalet

Litteratur

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale retningslinjer for korsryggssmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no [16.11.2007].
2. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 1638–43.

Diagnostikk og kontroll ved kolorektal kreft

I Tidsskriftet nr. 21/2007 har Åse Kjellmo & Anders Drolsum en nyttig og velskrevet artikkel om diagnostikk og stadieinndeling av kolorektal kreft (1). Den tekniske utviklingen innenfor diagnostikk er overveldende og krever hyppige revisjoner eller overveielser om revisjon av våre rutiner.

Der er to postulatene i artikkelen som vi mener krever overveieelse. For det første angir man at primær CT-kolografi hos pasienter der man mistenker kolorektal kreft kan være en vei å gå. Hvis denne strategien skal overveies, mener vi at man må diskutere eventuelle konsekvenser av den derav følgende forsinkelse i diagnostikken og de betydelige ekstraomkostninger en slik strategi medfører. I den artikkelen man henviser til (2), blir det jo påvist at ca. 50 % av CT-kolografier skal etterfølges av koloskopi. Dessuten angir man som et argument at CT-kolografi er koloskopi overlegen i diagnostikk av «middels store polypper» – her definert som polypper på 5–9 mm. Er det noensinne vist at diagnostikk av polypper som er mindre enn 1 cm (ofte kalt små polypper) har en helbredsmessig eller overlevelsesmessig konsekvens?

Man anbefaler at ultralydundersøkelse av lever og konvensjonell røntgen av lunger erstattes av CT-undersøkelse ved kontroll etter operasjon for kolorektal kreft på grunn av CT-undersøkelsens større sensitivitet. Men en slik anbefaling bør vel også bygge på andre faktorer, slik som konsekvenser av falskt positive resultater – dels de psykologiske, men også hva angår sykkelighet og dødelighet i kjølvannet av unødvendige behandlinger. Det er vel sannsynlig at CT-undersøkelse vil vise seg å være de tradisjonelle undersøkelser overlegen, men det må være belegg for en anbefaling om endring