

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto: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 medisinen 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](http://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](http://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-