

J. Sundby svarer:

I henhold til WHO dør over en halv million kvinner av komplikasjoner til graviditet og fødsel hvert år. Flertallet av disse dør i u-land. Opptil 20 % av disse kvinnene dør av illegale og ukyndig utførte aborter. Tilgang på legal abort i en trygg medisinsk ramme reduserer denne unødvendige dødeligheten for unge kvinner til nær null.

Johanne Sundby
Universitetet i Oslo

Lateksallergi under tannbehandling

En ung kvinne med kjent lateksallergi og tannlegeskrekk ble henvist til tannbehandling i narkose. Hun var ellers helt frisk, brukte ingen medisiner. Anestesi ble innledet med PropofolLipuro, remifentanil og Norcuron, nasalintubasjon med pakning over epiglottis. Den første timen av prosedyren forløp normalt, men under pussing av kunststoffyllinger ble det brått trangere forhold i munnhulen, og ganske snart utviklet det seg en hevelse i tungen og nesesvelgrommet som gjorde videre avsluttende pussing umulig. Naturlige øvre luftveier ble helt obstruert, men ventilasjon per tube var uproblematisk. Det var ingen bronkospasme, og puls og blodtrykk var upåvirket. Ødemet var begrenset til nesesvelgrommet og tungen. Adrenalin ble derfor ikke gitt, men vi ga Solucortef og desklorfeniramin. Tuben ble beholdt in situ. Trakeostomi ble vurdert, men det ble bestemt å avvente. Vi reverserte curarisering, men holdt pasienten sedert. Etter om lag tre timer var hevelsen gått ned, og tuben kunne fjernes uten problemer.

Da pasienten hadde kjent lateksallergi, hadde vi på forhånd forsøkt å sikre oss at alt utstyret var lateksfritt. Vi var en kort stund usikre på om det kunne finnes udeklart lateks i limet på plasteret tuben var festet med, men det var ingen hevelse i ansiktet der plasteret hadde sittet. Vi diskuterte om det kunne være andre allergener som hadde utløst reaksjonen, men hadde ingen sannsynlige kandidater. På grunn av den klare begrensningen av ødemet var alt utstyret og substanser som var brukt i munnen mistenkt, men lateks var ikke deklartert i noe av utstyret. Imidlertid manglet innholdsdeklarasjon på noen elastiske «pussekopper». Disse viste seg siden å inneholde lateks, og senere svar fra Haukeland Universitetssykehus viste at det forelå en IgE-mediert lateksreaksjon.

Dentaldepotet sa seg på telefon ikke kjent med at det hadde vært tidligere problemer med dette, og de hadde ikke lateksfrie alternativer.

Det finnes flere rapporter fra utlandet om anafylaktiske reaksjoner på lateks under

tannbehandling, så risikoen burde være kjent (1, 2). Reaksjonen kom så hurtig at det er liten tvil om at situasjonen ville ha vært livstruende om ikke pasienten hadde vært intubert. Det er lite trolig at en larynxmaske kunne ha holdt frie luftveier. Intubering eller nedføring av larynxmaske etter at ødemet oppsto, vurderte vi som umulig. Nødtrakeotomi ville ha vært det realistiske alternativet. Vi mener det derfor er helt nødvendig at alle produkter til bruk i helsevesenet, inkludert tannhelsetjenesten, er adekvat og tydelig merket med hensyn til lateksinnhold.

Stefan Mohr
Ringerike sykehus

Litteratur

1. Clarke A. The provision of dental care for patients with natural rubber latex allergy, are patients able to obtain safe care? *Br Dent J* 2004; 197: 749–52.
2. Chiu SM, Ferguson JW, Bajumows T. Latex allergy in dentistry. Review and report of a case presenting as a serious reaction to latex dental dam. *Aust Dent J* 2004; 49: 146–8.
3. Hepner DL, Castells MC. Latex allergy. *Anesth Analg* 2003; 96: 1219–29.

Medisinsk naudhjelp til sjukeheimane

Som ung og nytudanna lækjar fylgjer eg med interesse debatten i Tidsskriftet mellom Lars Helling og Odd-Roe Skogen rundt dagens sjukeheimsmedisin (1–3). Forutan overvekt og komplikasjonar til dette, vil den store utfordringa for min generasjon helsepersonell vere ei aukande gruppe med eldre pasientar. Ei god sjukeheimstjeneste er naudsynt for å møte denne utfordringa.

Stoda ved norske sjukeheimar er grell. For kveg er det krav om årleg utetid, men menneskje haldast inne året rundt i ein sjukeheim. Medan lækjemedel skal ordinerast for å avhjelpe ei medisinsk problemstilling, ordinerer ein ofte ved sjukeheimar lækjemedel mot biverknader frå andre lækjemedel. Transport av sjuke eldre frå deira vante omgjevnader, utløyser nye problemstillinger og frustasjon hjå handsamar. Norske sjukeheimar treng medisinsk naudhjelp, nokon må ringje 113 – snarleg.

Kva bør denne naudhjelpa innehalde – fleire lækjarar? Ny bygningsmasse? Meir fagpersonell? Påstanden min er at norske sjukeheimar allereie har dyktige og engasjerte hjelpepleiarar, sjukepleiarar og lækjarar. Problemet er at dei manglar enkle retningslinjer å halde seg til for å levere ei betre tjeneste med høgare kvalitet.

Forum sjukeheimsmedisin har utarbeid standard for lækjartimar i høve til ulike pasientgrupper innlagde på sjukeheim, og dette er bra. Ein treng fleire standardar, f.eks. for lækjemedelordinerer, hygiene, informasjon til pårørande, kosthald og medisinsk status til pasienten. Desse kan

implementerast utan å endre drifta, og bør kvalitetssikrast.

Eldre og røynde kollegaer er med dette utfordra; det er i vår interesse å betre høva ved sjukeheimane – både som fagfolk og som komande pasientar.

Magnus Valland
Ålesund/Voss

Litteratur

1. Helling L. Sykehjem og medisinsk behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 843.
2. Skogen O-R. Kvar skal dei gamle behandlast? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1420.
3. Helling L. Tilsvar. Kvar skal dei gamle behandlast? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1420.

Forskningsetikk og Universitetet i Oslo

Det er fascinerende hvordan en god historie kan konstrueres ved å klippe og lime fra avisartikler, uten at forfatteren søker til kildene, men derimot tilsynelatende tror at en avisartikkel gjengir et saksforhold nokså fullstendig.

Redaktør Charlotte Haug skriver i sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2008 om Ph.D.-studentene som ble mistenkt for plagiat ved besvarelsen av en hjemmeeksamen i etikk (1). Haug gir inntrykk av at en av oss (HBB) «ikke ønsker å innføre noen generelle fuske regler for studenter på doktorgradsnivå», og at den andre (FW) unnskylder det hele, bl.a. med at det ikke var tale om fabrikkering av forskningsresultater. Dette blir helt forkjørt.

Haug stiller det retoriske spørsmål om «hva slags signaler dekanus Finn Wisløff sender ut når han understreker overfor Aftenposten at det ikke dreier seg om fabrikkering av forskningsresultater slik den mye omtalte Sudbø-saken gjorde». Dette var ikke noe signal, det var rett og slett en presisering av hva saken gjaldt, nemlig kopiering av tekster fra Internett. Haug har derfor ikke rett når hun skriver at denne saken føyer seg inn i samme rekke av vitenskapelig uredlighet og sviktende publiseringsetikk som Sudbø-saken. Vi skylder både offentligheten og de anklagede kandidatene å omtale saken korrekt.

Den som leser presseopplagene om saken, vil se at det verste som kunne skje for dem som hadde plagiert, var utestenging for ett år fra opplæringsdelen av doktorgradsløpet. Man vil skjønne at det må foreligge en hjemmel for slike tiltak, og den ligger i de generelle bestemmelser om fusk i universitets- og høgskoleloven, siden Ph.d.-kandidatene betraktes som studenter når de tar eksamener som gir studiepoeng. Dette blir nå gjort enda tydeligere på våre nettsider.

Forskningskomiteen ved Universitetet i Oslo har arbeidet mye med kvalitetssikringen av forskeropplæringen de aller siste årene. Haug vil vite hva som står om etikk

på pensumlisten for Ph.d.-opplæringen. Dette og tilgrensende problemområder er viktige, og vi vil gjerne komme tilbake til dem i nær fremtid i en kommentarartikkel i Tidsskriftet.

I den aktuelle saken går nå eksamensbesvarelsene til sensur. Vurdering av selvstendighet er en del av den faglige evaluering av en eksamensbesvarelse, og det er betydelig risiko for at kandidatene stryker.

Haakon Breien Benestad

Finn Wisløff

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Haug C. Forskningsetikk på pensumlisten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1161.

Å være pårørende og samtidig lege

I Tidsskriftet nr. 9/2008 skriver Silje Michelsen Solberg og medarbeidere om pemphigus gravidarum (1), som jeg har hatt nær erfaring med i mitt eget liv. Min kone fikk det som ledd i en langvarig utvikling av autoimmun sykdom. 22 år gammel fikk hun plagsomme Raynaud-fenomener på begge hender, med utvikling av trofiske forstyrrelser og arrdannelse på de fleste av fingrenes pulpa. Hun ble gravid med sitt første barn 23 år gammel. Tidlig i graviditeten utviklet hun kløe og fikk antihistamin-tabletter av sin lege ved gynekologisk poliklinikk, Haukeland Universitetssykehus. I annet trimester brøt det ut vesikuløbuløse, sterkt kløende, opptil hønseeggstore elementer på samtlige ekstremiteter og abdomen, men ikke i ansiktet. Mine ulike universitetslærere konsulterte store lærebøker med spørsmål om diagnose og adekvat behandling.

Som ung student forsto jeg at pemphigus gravidarum var en meget sjelden tilstand, og hun ble gjenstand for flere demonstrasjoner på Olavssalen etter gitt samtykke. Fødselen skjedde spontant og ukomplisert en måned før termin. Utslettet gikk gradvis tilbake, samtidig som Raynaud-plagene fortsatte. I min fortvilte kontaktet jeg min lærer i kirurgi som på forespørsel utførte en torakal sympatektomi for om mulig å bedre hennes tilstand. Dette uløste en kaskade av immunologiske fenomener som medførte så å si vedvarende opphold på medisinsk avdeling mitt siste studieår. Diagnosen var nå lupus erythematosus disseminatus. Hun hadde mest symptomer fra hud og muskulatur med utvikling av teleangiektasier i ansiktet. Hun insisterte på flere barn og fødte velskapte tvillinger 29 år gammel, denne gang etter et normalt svangerskap.

Hennes liv var preget av remisjoner og eksaserasjoner med dominerende symptomer fra hud og muskulatur, og tallrike sykehusopphold lokalt og regionalt. Hun

ble behandlet med prednison, og etter hvert også plaquenil og imurel for å dempe den immunologiske prosessen. Sykdommen endret etter hvert karakter til hun fikk terminaldiagnosen sklerodermi. Siste halve året åpnet det seg store nekrotiske sårflater med blottleggelse av underliggende vev på begge underekstremiteter og i sakralregionen. Hun døde 52 år gammel av perforert ulcus ventriculi.

Mine minner om dette ble aktivert av den foreliggende artikkel. Det fikk meg til å reflektere over hvor vanskelig det er å være pårørende til en pasient med langvarig og alvorlig sykdom når man selv er lege. Ingen tok kontinuerlig ansvar for henne utenom ektefellen. Jeg fikk alltid «ballen spilt tilbake» og følte ansvaret svært belastende. Det er ikke riktig at en medisinstudent og senere legeektefelle skal ha det kontinuerlige medisinske ansvar for alvorlig sykdom i egen familie. Jeg er glad for innføringen av fastlegeordningen og legeforlegordningen. Det ville sikkert ha hjulpet oss begge to i en vond og vanskelig periode.

Per Steinar Steinsvoll

Sel

Litteratur

1. Solberg SM, Tolaas E, Sviland L. En gravid kvinne med kløende utslett. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1062-3.

Når sykehusspesialisten overstyrer fastlegen

Jeg arbeider som fastlege (spesialist i allmennmedisin) og har en pasient med en kronisk sykdom. Denne pasienten er i behandling hos en spesialist ved et sykehus, der vedkommende i flere år har gått til regelmessige kontroller.

Nylig skrev denne spesialisten i en epikrise til meg at jeg bør skrive ut langvarig sykmelding til pasienten. Hun begrunner det imidlertid bare vagt, med at «pasienten er energiløs, slapp», og understreker videre at «hun bør henvises til psykolog pga en mulig depresjon og sykemeldes lenge, evt. uførepensjoneres senere». Etter min mening presenterer spesialisten et magert grunnlag for langtidssykmelding. Pasienten er i 20-årene, en meget sprek, oppstemt og energisk kvinne som selv sier at hun ikke ønsker å arbeide fordi hun ikke har tid fordi hun er alenemor. Hun vil uførepensjoneres, men etter mitt skjønn skjøtter hun sitt kontorarbeid meget vel. Jeg skrev til spesialisten om mine tvil angående grunnlag for sykmeldingen og ba henne overta ansvaret for videre sykmelding og legeerklæringer til NAV. Da fikk jeg beskjed om at dette var fastlegens arbeid, og at hun måtte skjønne viktigere oppgaver enn å skrive sykmeldinger. Men uttale seg om at pasienten bør få sykmelding, det kan hun.

Jeg er ikke enig med henne og vil ikke bruke min underskrift på en sykmelding jeg mener ikke er riktig. Jeg synes hovedbehandlerne bør ha ansvar for slike sykmeldinger dersom de har en mening om dette. Jeg vurderer pasienten som arbeidsfør, og vil ikke kommanderes til å skrive en sykmelding jeg ikke kan stå inne for. Da blir fastlegenes oppgaver redusert og de bli bare sekretærer for sykehusleger. Spørsmålet mitt er: Har jeg rett til å nekte å skrive sykmelding hvis jeg mener det ikke er riktig? Og hvem er det som bør ta ansvar for slike sykmeldinger, hovedbehandleren eller fastlegen? Jeg ville satt pris på om noen sykehusspesialister kunne uttale seg om dette.

PS. Nylig har jeg fått beskjed fra pasienten som sier at «sykehusspesialisten anbefaler henne å skifte fastlege».

Alicja Alda

Laksevåg

Om legemiddelkonsulenter og legemiddelinformasjon

I Tidsskriftet nr. 5/2008 presenterte Jørund Straand & Inger Johanne Christensen en studie som hadde som et av sine hovedfunn at legemiddelkonsulenter unnlater å nevne viktig sikkerhetsinformasjon om produktene de promoterer (1). Undersøkelsen er interessant, men den ligger seks år tilbake i tid og resultatene må tolkes i lys av dette.

«Regler for legemiddelinformasjon» er Legemiddelindustriforeningens regelverk innen markedsføring og skal etterleves av våre medlemmer (2). I kapittel 4.1 heter det: «Informasjon om legemidler må være nøyaktig, balansert, sannferdig og objektiv, og tilstrekkelig komplett til å gjøre mottakeren i stand til å danne seg en egen mening om det aktuelle legemidlets terapeutiske verdi». For at legen skal gjøre en riktig vurdering av legemidlets terapeutiske verdi i en forskrivningssituasjon, må alle opplysningene om nytte og risiko være til stede. Derfor gir undersøkelsen til Straand & Christensen, gitt at den er representativ for dagens besøk av legemiddelkonsulenter, grunn til bekymring. Legemiddelindustriforeningen vil sette søkelyset på problemstillingen i vårt obligatoriske kurs for legemiddelkonsulenter.

Pernille Nylehn utfordrer legene til å ha en kritisk holdning til legemiddelkonsulentene, og sette av tid til å diskutere videre når konsulenten har forlatt stedet (3). Det er et godt forslag, men det gjenstår å se hvor mange som makter å gjennomføre dette i en travel klinisk hverdag. Legemiddelindustriforeningen synes det er positivt at legestudenter i undervisningen læres opp til å være kritiske til informasjonen de får, uansett hvem avsenderen måtte være.