

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Kan man stole på selvrapportering av rusmiddelbruk?

Rusmisbruk er forbundet med skam og skyld. Man regnet tidligere med en under-rapportering på 50 % (1). I en nyere studie (2) har man ved å kombinere EuropASI-intervju (3) med urinprøvescreening funnet noe bedre overensstemmelse.

På avgiftningsposten, Sørlandet Sykehus, Kristiansand, gjør vi med ujevne mellomrom tverrsnittsstudier med urinprøvetesting for å finne ut hva slags rusmidler pasientene har i kroppen når de møter til avrusning. Pasientene bruker alle typer rusmidler. Blandingsmisbruk utgjør 80 %. Vi var interessert i å finne frem til en metode som kunne øke treffsikkerheten ved intervju i forhold til laboratoriefunn. Undersøkelsen ble gjort i februar 2009. 20 pasienter (fire kvinner, 16 menn) i alderen 20–65 år, fortløpende innlagt, ble inkludert i studien. To ble innlagt som øyeblikkelig hjelp, det var fire LAR-pasienter og i alt 17 hadde tidligere vært innlagt.

Sykepleier tar imot pasientene og ber dem fylle ut rusdelen i MINI-intervjuet (4), der man skal oppgi hvilke rusmidler som er brukt. Utfylt skjema leveres legen, som bruker det som grunnlag for samtale. Underende spør han: «Kan alt dette være rett? Er det noe du vil ha fjernet? Hjelp meg å få det rett.» Samtalen foregår i en rolig atmosfære. Resultatet blir som oftest paradoksal ved at pasientene tenker seg om og plusser på. Vi fant i studien 100 % overensstemmelse mellom urinfunn bestemt væskrokromatografisk/massespektrometrisk og oppgitte svar. Dette betyr at man ved hjelp av et kartleggings-skjema kan oppnå korrekte svar uten urinsprøvescreening dersom man stiller grundige og gode spørsmål.

Adrian Razvan-Pasareanu
Øistein Kristensen
Kristiansand

Litteratur

1. Bruusgaard D, Rutle O, Aasland OG. Alkoholproblemer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1431–5.
2. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. Rusmidelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1178–80.
3. Kokkevi A, Hartgers C. European Addiction Severity Index EuropASI Zürich: EuropASI Working Group, Cost A6, 1994.
4. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):

the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 20): 22–33.

Hemokromatos

I Tidsskriftet nr. 9/2009 ges en utmärkt sammanfattning av dagens kunskap kring hemokromatos (1), men artikkelen ger også anledning till eftertanke. Med utgangspunkt fra blant annet den oppmerksomme HUNT-studien ges nu en elegant oppdatering av arftlig hemokromatos og dess behandling. Författarna gläder oss med att stödja vår synpunkt från Tidsskriftet 1981 att mutationen kanske uppstod på Vestlandet (2). Men Milman, som de citerar, anger i stället att anfadern var en dansk viking (3)! Kanske en färsk studie från Ålesund kan stödja vestlandshypotesen? Här fann man att 22 av 34 överviktiga utan järnöverskott bar på C282Y-mutationen (4). Sådan allelefrequens 22/68 (32,3 %) skulle innebära att Vestlandets Ålesund passerar Dublin (14 %) som världens hemokromatosrikaste stad!

Vestlandets Bergen har også hemokromatos, men prevalenssiffror anges ej (5). Bland patienterna ingår här även heterozygoter för C282Y. Gott därför att författarna nu klargör att begreppet «arftlig hemokromatos» ej innefattar heterozygoter.

Det som främst leder till eftertanke är förslaget att vänta med behandling till dess att plasma-ferritinnivån passerat 500 µg/l även om «andre hevder att behandling kan vente till > 1 000 µg/l». Men skall man överhuvudtaget nämna ett sådant alternativ, då man vet att biokemisk leverpåverkan med ALAT-stegring redan förekommer vid plasma-ferritinvärden < 1 000 µg/l (6)?

Jag är fullständigt enig med författarnas budskap att inte alla människor med arftlig hemokromatos behöver behandlas. Idag informeras den unga, friska homozygoten om att vi inte vet om han eller hon behöver behandlas. Dock talar vi om att blodgivning med all sannolikhet eliminerar en sådan risk. Det är då en fördel för oss att svenska blodbanker godkänner dessa som blodgivare, men synd att norska blodbanker inte kan på grund av infektionsrisiker under behandlingsfasen. Dessa regler är inte unika för Norge. De blodbanker jag samarbetat med, Östersund (> 30 år) och Sahlgrenska i Göteborg (Jan Konar), har inte kunnet rap-

portera ett enda fall av sådan komplikasjon. Idag är det ofta brist på blod. Många friska med arftlig hemokromatos skulle nok vilja bli blodgivare lika väl som att gå och vänta på att bli sjuka eller att få sitt plasma-ferritinnivå att stiga över 500 µg/l.

K. Sigvard Olsson

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Litteratur

1. Hagve T, Åsberg A, Ulvik R et al. Hemokromatose – fra underdiagnostisert kuriositet til folkesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 863–6.
2. Olsson KS, Ritter B. Idiopatisk hemokromatose. Leserbreve. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 1664.
3. Milman N, Pedersen P. Evidence that the Cys282Tyr mutation of the HFE gene originated from a population in Southern Scandinavia and spread with the Vikings. Clin Genet 2003; 64: 36–47.
4. Brudevold R, Hole T, Hammerstrøm J. Hyperferritinemia is associated with insulin resistance and fatty liver in patients without iron overload. PLoS ONE. 2008; 3: e3547.
5. Davidsen ES, Liseth K, Omvik P et al. Reduced exercise capacity in genetic haemochromatosis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14: 470–5.
6. Olsson KS, Ritter B, Lundin PM. Liver affection in iron overload studied with serum ferritin and serum aminotransferases. Acta Med Scand 1985; 217: 79–84.

Forlenget legelicens?

«Nu maa De skynde dem, Hansen, eller så blir det for sent» (fritt etter Fr. Nansen).

Siste helg i juli ble for meg høyfebril. Diagnosen kunne jeg stille selv, men de nødvendige prøvene kunne jeg ikke ta, og medisiner kunne jeg ikke skrive ut. Feilen var min egen: Jeg ble 75 år for noen måneder siden og hadde somlet med å sende inn søknad om forlengelse av legelicensen.

Alt dette er selvfølgelig uinteressant for statsråd Bjarne H. Hanssen. Men jeg håper at følgende forslag vil vekke hans interesse:

Vi står foran en pandemi, med store problemer for alle ledd i Helse-Norge. Samtidig er vi noen hundre norske leger som 75 år eller eldre. Mange av dem er sikkert langt bedre enn meg til å stille diagnoser, ta prøver og forordne medisiner og eventuell innleggelse.

Send oss et enkelt brev, si gjerne at Norge trenger dere og håper at dere vil stille opp. Be oss sette «ja» i rubrikken for svar og postlegge brevet snarest – og forlenget lisens vil følge omgående.

Jeg tror at jeg kjenner denne kohorten av