

E. Wergeland svarer:

Johny Kongerud synes at jeg i min leder i Tidsskriftet nr. 23/2008 gir for enkle råd om hvordan pasienter med arbeidsrelatert luftveisobstruksjon kan fanges opp hos fastlegen og henvises videre for utredning. Jeg er enig i at de to spørsmålene ikke fanger opp alt, og at de iblant kan fange opp for mye når de brukes løst fra sin spørreskjemakontekst (1). Anamnesen kan gjøres grundigere enn det jeg la opp til, og undersøkelsen kan utvides, for eksempel med PEF-registreringer.

Men fastlegene har et svært stort fagfelt å dekke. Mange oppgaver skal løses på begrenset tid. Poenget mitt var derfor å gjøre det noenlunde lett for fastlegen å plukke ut pasienter som kunne profittere på tidlig intervensjon på arbeidstid. Jeg synes de må kunne overlate detaljutredningen og sannsynliggjøringen av årsaksammenhengen til arbeidsmedisinerne. Disse har også mer erfaring med å forfølge slike saker overfor arbeidsgiver, arbeidstilsyn og NAV.

Jeg er ikke så redd for at de arbeidsmedisinske klinikkene skal drukne i henvisninger på grunn av mistanke om arbeidsrelatert luftveisobstruksjon. Problemet kunne i så fall lett løses ved å øke kapasiteten. Til gjengjeld ville det gi en vesentlig helsegevinst både for pasienten og andre ansatte dersom man litt oftere lykkes med tidlig intervensjon på arbeidsplassen. Om nødvendig ville pasienten også i tide kunne attføres til uekspontert arbeid og dermed til et lengre og bedre liv. Jeg burde imidlertid ha nevnt at obstruksjonspasienten som svarer ja på de to spørsmålene, ikke bare kan henvises til arbeidsmedisinske klinikker, men også til lungemedisinske avdelinger med arbeidsmedisinsk interesse og kompetanse.

Ebba Wergeland
Oslo

Litteratur

1. Bakke PS, Gulsvik A. Work-related asthma: prevalence estimates by sex, age and smoking habits in a community sample. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 649–56.

MR-undersøkelse ved håndrotsfraktur

I Tidsskriftet nr. 3/2009 omtales håndrotsfrakturer i to artikler (1, 2) samt en leder (3).

MR-undersøkelse ved spørsmål om skafoidfraktur er ikke ny praksis. Ved radiologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Aker, har vi i flere år benyttet oss av MR-undersøkelse ved mistanke om fraktur der konvensjonell røntgenundersøkelse er negativ eller uavklart (4, 5). Våre MR-radiografer er meget fleksible, slik at vi kan undersøke disse pasientene mellom «opp-

satte timer». Som regel rekker det med to sekvenser. I tillegg til knoklene får vi også undersøkt omliggende bløtdelsstrukturer (4). Det er viktig å få en rask og presis diagnose slik at den optimale behandlingen kan starte så raskt som mulig.

MR-undersøkelse er også en utmerket prosedyre ved spørsmål om utvikling av pseudartrose i en os scaphoideum-fraktur. Vi gir da i tillegg et intravenøst kontrastmiddel for å se om det er kontrastmiddel-opptak i det proksimale fragmentet for å avgjøre om det er nekrotisk. En tilsvarende prosedyre følger vi ved os talus-frakturer.

Rutinen ved vår avdeling siden slutten av 1990-årene er MR-undersøkelse som øyeblikkelig hjelp hvis konvensjonell røntgenundersøkelse er negativ og det er sterk klinisk mistanke om frakturer i ekstremiteter eller columna.

Morten Georg Stiris

Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Furunes H, Vandvik PO. Gips ved mistanke om skafoidfraktur. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 177–9.
2. Valen B. Behandling av fraktur i håndrota. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 183–5.
3. Hove LM. Håndrotsbrudd – på tide med ny praksis! *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 176.
4. Stiris MG, Lilleås FG. MR findings in cases of suspected impacted fractures of the femoral neck. *Acta Radiol* 1997; 38: 863–6.
5. Stiris MG. Magnetisk resonanstomografi ved skjellett- og bløtdelstraumer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1060–6.

Fiskeolje er ikke alltid fiskeolje

I Tidsskriftet nr. 20/2008 omtales utprøvningsproduktet i GISSI-Heart Failure-studien som «fiskeolje» (1). Dette stemmer ikke, og en slik omtale kan ikke bli stående uten kommentar. Studien ble publisert i *The Lancet* i slutten av august 2008 (2). Produktet som ble brukt i GISSI-HF-studien er et registrert og reseptbelagt legemiddel. I Norge og de fleste EU-land er produktet kjent som Omacor, det generiske navnet er omega-3-syreetylestere 90. Medikamentet brukes ved behandling av hypertriglyseridemi og som støttebehandling til annen adekvat medikamentell behandling og ved sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt (3).

Råolje fra fet fisk er utgangspunktet for legemidlet, men det aller meste av oljens opprinnelige innhold av kolesterol, mettet og enumettet fett og andre fettsyrer er fjernet i produksjonen. I tillegg er miljøgifter fjernet. Hver kapsel på 1 000 mg inneholder fettsyrene eikosapentaensyre (EPA) (463 mg) og dokosaheksaensyre (DHA) (375 mg) i form av etylestere. I tillegg til EPA og DHA er det litt andre omega-3-fettsyrer i produktet (ca. 60 mg).

Totalt sett inneholder en kapsel derfor over 90 % omega-3-fettsyrer i form av etylestere. 1 000 mg råolje fra fet fisk inneholder omkring 30 % (300 mg) til sammen av omega-3-fettsyrene EPA og DHA. Omega-3-fettsyrene i råolje er i form av triglyserider.

Ifølge Tidsskriftet virker det som om man ved å spise en hvilken som helst fiskeolje kan redusere risikoen for død og sykehusinnleggelse av kardiovaskulære årsaker. Man kan jo ikke skrive at reverbjelle (Digitalis purpurea) hjelper mot hjertesvikt, kan man vel? Slike sensasjonsrubrikker hører ikke hjemme i et vitenskapelig tidsskrift.

Runar Vige

Göran Gannedahl

Pronova BioPharma Norge

Litteratur

1. Hem E. Fiskeolje reduserer dødelighet ved hjertesvikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2300.
2. GISSI-HF Investigators. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 1223–30.
3. Tørisen HM, red. Felleskatalogen. Oslo: Felleskatalogen AS, 2008. www.felleskatalogen.no [23.1.2009].
4. Summary of product characteristics: Omacor. www.legemiddelverket.no/spc/GoDKjente/omacor.doc [23.1.2009].

Hvordan kan legedekningen i sykehjem bli bedre?

Mange sykehjem sliter med manglende legedekning. Det trengs utvilsomt leger i sykehjemmene – både til medisinsk oppfølging av pasientene og til beredskap (1). Forum for sykehjemsmedisin foreslår å opprette sykehjemsmedisin som egen spesialitet (2), mens Legeforeningen foreslår å etablere alders- og sykehjemsmedisin som formalisert kompetanseområde som «bør kunne bygge på spesialitetene allmenmedisin, generell indremedisin og muligens også nevrologi» (3).

Å rekruttere og beholde leger i sykehjem burde ha høy prioritet i det norske helsevesen. I mine øyne er det flere faktorer som må til for sikre en god legedekning i sykehjemmene. Overleger i sykehjem bør ha like vilkår som overleger i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder både lønn og muligheter for videreutdanning (f.eks. fire måneders utdanningspermisjon med lønn per femårsperiode). Det bør også opprettes en egen spesialitet i alders- og sykehjemsmedisin slik at statusen øker og fagligheten sikres. Hvis man i stedet oppretter et formalisert kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin (3), bør denne være åpen for alle interesserte leger uavhengig av spesialitet. Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt burde være en kjernekompetanse i sykehjemsmedisinen, derfor bør kompetanseområdet også bygge på spesialiteten