



Brev til redaktøren

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

Norske Göttingen-studenter etterlyses

Mange universiteter i andre land har hatt lang tradisjon for å holde kontakt med sine tidligere studenter. Slik kunne man opprettholde nettverk som hadde sin begynnelse under studiet, og samtidig kunne universitetene registrere suksessen til sine uteksaminerte kandidater. Universitetet i Göttingen var et av de første i sitt slag i Tyskland da det etablerte sitt *Alumni Göttingen e.V.* i 2001. Det har vist seg å være stor interesse blant tidligere studenter for et slikt nettverk, men vårt problem er å finne dem, siden det ikke eksisterer noe aktuelt register over dem som fikk sin utdanning her.

Vi forsøker å oppspore tidligere studenter på mange måter. De som blir oppsporet, får tilsendt en informasjonsbrosjyre der de blir oppfordret til å la seg registrere som alumnus, slike som fortsatt føler tilhørighet til sin alma mater. En sjelden gang tar alumnus kontakt på eget initiativ, slik det skjedde da vi nylig kunne hjelpe en gruppe norske leger med å arrangere 35-årsjubileet for embetseksamen i Göttingen i 1969. *Alumni Göttingen e.V.* organiserte da omvisning på universitetsklinikkene og ordnet tre gjesteforelesninger. Dette resulterte i flere norske medlemmer. Vi ser frem til å få være vertskap på ny om fem år når de – som alt planlagt – kommer tilbake for nye markeringer.

Vi er sikre på at det finnes mange tidligere Göttingen-studenter blant norske leger. Vi inviterer alle slike til å søke informasjon på universitetets Internett-side www.uni-goettingen.de for å få nødvendig informasjon om *Alumni Göttingen e.V.* Der vil man også finne et registreringsformular. Man kan også kontakte oss på denne adressen: Goßlerstr. 9, D-37073 Göttingen.

Susanne Meyer-Binder
Alumni Göttingen e.V.

Tilbud til tidligere studenter i Tyskland

Mange som har hatt gleden av å studere i Tyskland, har fattet interesse for tysk kultur, og mange er fortsatt interessert i tysk-norske relasjoner. Dette kan gi seg utslag i et ønske om kontakt med sitt tidligere studiested og gjennom nettverk organisert av universitetene, blant annet

i Göttingen, slik som omtalt i dette nummer av Tidsskriftet (1).

I Norge finnes Norsk-Tysk Selskap, som er en upolitisk og ideell organisasjon som arrangerer møter og enkelte reiser med ulike kulturelle tyngdepunkt. Interesserte kan finne opplysninger på selskapets Internett-side www.norsk-tysk-selskap.com eller ved å skrive til Norsk-Tysk Selskap, c/o Tysk-Norsk Handelskontakt, Postboks 220, 1411 Kolbotn.

Per G. Bjørnstad
Oslo

Litteratur

1. Meyer-Binder S. Norske Göttingen-studenter etterlyses. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2515.

Terapimessig tomrom ved atferdssymptomer og psykose hos demente

I Tidsskriftet nr. 15/2004 kommenterer Aakhus det behandlingsmessige tomrom som har oppstått etter informasjonsskriv fra produsentene av risperidon og olanzapin vedrørende behandling av atferdssymptomer og psykose hos personer med demens (1, 2). Tomrommet er nok dessverre ikke så stort som man skulle formode.

Aakhus skriver blant annet at «antipsykotika aldri har hatt godkjenning for behandling av psykose ved demens» (1). Hva gjelder atypiske antipsykotika stemmer dette, til tross for at det foreligger dokumentasjon på at disse kan ha en viss effekt ved atferdssymptomer hos personer med demens (3, 4). Det paradoksale er at mens antipsykotika med dokumentert effekt ikke har oppnådd godkjenning ved atferdssymptomer og psykose hos personer med demens, er dette godkjente indikasjoner for antipsykotika som man gjerne vil unngå å bruke hos gamle mennesker (5): Haloperidol og zuklopentixol ved konfusjon og uro ved senil demens, dixyrazin ved senil agitasjon, flupentixol ved senile atferdsforstyrrelser, klorpromazin ved senil uro og perfenazin ved senile psykoser.

Dette er sikkert etterlevninger fra en tid der kravene til dokumentasjon med hensyn til effekt og sikkerhet ikke var så strenge som i dag. Det var overhyppigheten av cerebrovaskulære hendelser som satte fart i saksgangen nå. At antipsykotika i mange år har vært assosiert med en mulig økt

risiko for akutt hjertedød og fall, med de alvorlige konsekvenser dette kan ha, har ikke skapt like mye debatt (6).

Å instituere behandling med antipsykotika er en alvorlig avgjørelse. Den kan forsvares dersom tilstanden er alvorlig. Det kan den være ved uttalte atferdssymptomer og psykose hos personer med demens. Det blir opp til behandlende lege å avgjøre hvilke medikament man skal satse på. Men det er beklagelig at «godkjente» medikamenters fortrinn er at man ikke har avkrevd produsenten oppdatert dokumentasjon. En mulig nytteeffekt av rundskrivet fra Statens legemiddelverk er at det generelle forbruket av antipsykotika ved atferdssymptomer og psykose hos personer med demens blir redusert.

Harald A. Nygaard
Bergen

Litteratur

1. Aakhus E. Ziprasidon og demens. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2155–6.
2. Statens legemiddelverk. Behandling av psykiske problemer hos pasienter med demenssyndrom. Nytt om legemidler 2004; nr. 3: 3.
3. Brodaty H, Ames D, Snowden J et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation and psychosis of dementia. J Clin Psychiatry 2003; 64: 134–43.
4. De Deyn P, Carrasco M, Debredt W et al. Olanzapine versus placebo in the treatment of psychosis with or without associated behavioral disturbances in patients with Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2004; 19: 115–26.
5. Moe Tørisen H, red. Felleskatalogen over farmasøytiske spesialpreparater markedsført i Norge 2004. Oslo: Felleskatalogen, 2004.
6. Ray WA, Meredith S, Thapa PB et al. Antipsychotics and the risk of sudden death. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 1161–7.

Legers taushetsplikt

I *Dagens Medisin* 29. april kan man lese en artikkel som burde være tankevekkende for oss alle. Der stod det at Kripos kontaktet et navngitt legekontor etter Stavanger-ranet i forbindelse med at en skadet raner muligens var behandlet der. Under henvisning til taushetsplikten nektet legene å opplyse om hvorvidt navngitte mistenkte personer hadde vært behandlet ved kontoret.

Dersom opplysningene i denne artikkelen er korrekte, må det være på tide at legers taushetsplikt settes under debatt. Skal taushetsplikten kunne gå foran rettssikkerheten? «Helse går foran etterforskning,» uttaler legekontorets talsmann og fortsetter: «Dersom en skadd ransmann var på flukt og oppsøkte oss for legehjelp, og vi ikke anså

at han var til fare for andre, måtte vi latt helse gå foran etterforskning.» Legen får full støtte fra vår nye generalsekretær Terje Vigen, som sier: «Det eneste unntaket er om legen har grunn til å tro at handlingen raneren har gjort seg skyldig i vil bli gjen-tatt straks han er behandlet.»

Jeg gjør oppmerksom på at dette handler om norgeshistoriens største og mest brutale ran, der en politimann ble drept. Hvordan kan en lege, som forutsetningsvis ikke kjenner pasienten fra tidligere, være i stand til å forutse at en gjerningsmann ikke vil «gjenta» en liknende handling? Hvilket ansvar å ta på seg om han skulle ta feil! Legene vil uansett måtte komme i et uheldig lys når man til de grader kommer i konflikt med den alminnelige rettsoppfatning. Man kan også risikere å bli mistenkt for å blande kortene til egen fordel. Det må i en rettsstat heller ikke være slik at brutale ranere kan søke tilflukt hos leger under dekke av taushetsplikten. Også legene burde pålegges å bidra til politiets arbeid i en så alvorlig sak. En ting er legens selv-sagte plikt til å behandle en skadet person. Noe ganske annet og direkte uansvarlig er det å trenere denne viktige og vanskelige etterforskningen om man heller ikke i ettertid vil gi politiet opplysninger som kan bidra til oppklaring.

Det burde være enhver samfunnsborgers soleklare plikt å bidra med opplysninger i en slik sak, uansett om han måtte være lege, og også om han ikke ble forespurt av politiet. Det burde ikke være nok at det er opp til den enkelte å vurdere hvorvidt opplysninger kan gis. Nå som vårt åpne og naive samfunn utsettes for stadig mer hard-kokt kriminalitet, burde da ikke opplys-ningsplikt gå foran taushetsplikt i slike situasjoner? Vi trenger klarere etiske kjøre-regler.

Tord Høyhilder
Horten

Lyskebrokkirurgi hos voksne menn

Vi gratulerer Johannessen og medarbeidere med en interessant og godt gjennomført studie om lyskebrokkirurgi publisert i Tids-skriftet nr. 15/2004 (1). Vi er helt enige i at postoperativ smerte og ubehag i lysken er en helt sentral problemstilling i diskusjonen om behandling av lyskebrokk (1). Stør-relsen på materialet tilsier noen grad av forsiktighet med å trekke konklusjoner, noe forfatterene selv påpeker. Vi er derfor noe forbauset over anbefalingene man lander på, særlig anbefalingen om ikke bare å avstå fra behandlingen, men også å avstå fra kirurgisk vurdering av tilstanden. Vi kan ikke se at det er grunnlag for en slik anbefaling i artikkelen eller i de oppgitte referan-sene.

En pågående randomisert studie ledet av Fitzgibbons (2) kan si noe om problemstil-lingen, men foreløpig foreligger det verken endelige eller preliminnære resultater. Det er riktig at man risikerer persisterende ubehag/smerter i lysken etter operasjon for brokk. Risikoen for dette kjenner man for flere teknikker. Det man ikke kjenner til, er risikoen for å utvikle symptomer og risi-koen for inkarerasjon når man unnlater å operere. Det foreligger indikasjoner på at postoperativ mortalitet og morbiditet er høyere ved operativ behandling av hernia incarcerata enn ved elektiv behandling av et tilsvarende hernie (3, 4). Man må derfor avvente en eventuell anbefaling om å avstå fra operativ behandling, i hvert fall til resul-tatene fra Fitzgibbons studie foreligger.

Målet for operativ behandling av et lys-kebrokk er å behandle brokket og å fore-bygge fremtidige residiv. Dette gjøres best ved å benytte en plastikk som dekker hele myopectineale åpning, slik det også kommer frem i artikkelen (1). Ved bruk av åpen teknikk med polypropylennett (PHS-plugg) kompromitteres både det sub-fascielle og det preperitoneale rom. Ved å redusere størrelsen på den indre kompo-nent vil man ikke kunne dekke hele triange-let, og øker derved faren for senere residiv (5). Behandlingen av residivbrokk vil da bli unødvendig vanskelig, da man ikke kan benytte seg av uberørte anatomiske spatier. Vi vil derfor advare mot en slik modifika-sjon.

Metoden med PHS-plugg har et stort potensial. Vi har gode erfaringer med metoden, men den lider under mangel på kontrollerte randomiserte studier. Studien til Johannessen og medarbeidere (1) er et verdifullt bidrag til å øke vårt erfarings-grunnlag. Vi deltar for tiden i en randomi-sert multisenterstudie hvor åpen teknikk med polypropylennett sammenliknes med Lichtensteins metode, særlig med tanke på persisterende postoperativ smerte.

Helge E. Myrvold
Brynjulf Ystgaard
Arne Seternes
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Johannessen H-O, Johnson E, Clausen T et al. Smerter og rehabiliteringsforløp etter lyskebrokkir-urgi hos voksne menn. Tidsskr Nor Lægefor 2004; 124: 1916–8.
2. Fitzgibbons RJ, Jonasson O, Gibbs J et al. The development of a clinical trial to determine if watchful waiting is an acceptable alternative to routine herniorrhaphy for patients with minimal or no hernia symptoms. J Am Coll Surg 2003; 196: 737–42.
3. Perez JA, Baldonado RF, Bear IG et al. Emergency hernia repairs in elderly patients. Int Surg 2003; 88: 231–7.
4. Ohana G, Manvitch I, Weil R et al. Inguinal her-nia: Challenging the traditional indication for sur-gery in asymptomatic patients. Hernia 2004; 8: 117–20.
5. Gilbert AI. A bilayer patch device for inguinal hernia repair. Hernia 1999; 3: 161–6.

Triptaner og graviditet

Det er velkjent for de fleste at det skal vises forsiktighet med bruk av medikamenter under svangerskapet. Enkelte medika-menter er likevel av en slik karakter at det å slutte med dem kan ha betydelige impli-kasjoner for livskvalitet og daglig funksjon.

Man skal ikke være spesielt engstelig for potensielle konsekvenser når en slår opp i Felleskatalogen (slik mange gravide kvinner i dag gjør). Under imigran står det: «Data fra et større antall gravide kvinner som har brukt sumatriptan under svanger-skapet indikerer ikke fosterskadelige effekter. Sumatriptan skal bare brukes hvis fordelene oppveies av mulig risiko» (1). Under relpax står det: «Preparatet skal kun brukes under graviditet hvis helt nødvendig» (1). Hvilken mulig risiko er det de gravide skal forholde seg til? De gravide spør seg: Det må jo ligge noe bak som ikke uttales? Skal jeg velge å tåle flere migrene-anfall enn det jeg har gjort tidligere? Og vi leger spør oss: Er det noen som bruker dette medikamentet under et svangerskap dersom det ikke føles nødvendig?

Det er åpenbart at denne type formule-ringer skaper angst og til dels selvbebrei-delser om det å måtte ty til tabletter for å kunne overleve i dagliglivet med jobb og kanskje småbarn, koblet til engstelse for aktuelle graviditet. Ville det ikke vært bedre å koble ut angstfaktoren, siden man ikke har satt foten ned for bruk av et medikament under svangerskap? Eller er det en juridisk side som skjult agenda?

Egil Ruud
Frambu

Litteratur

1. Felleskatalogen over farmasøytiske spesialprepa-rater markedsført i Norge. 46. utg. Oslo: Felleska-talogen, 2004.

Referanselisten avslører

Jeg leser alltid referanselisten nøye, den gir viktig informasjon om artikkelforfatterens faglige nivå. Per Fugelli og Jan Helge Sol-bakk har i tallrike artikler og debattinnlegg stadig brukt en bok av Peter Skrabanek som viktig støttereferanse (1). Også filosofen Jon Hellesnes bruker Skrabanek som faglig underlag i en del av Maktutredningen (2). Hvorfor skulle Skrabanek være en viktig fag-person i debatter om forebyggende helse-arbeid og om de etiske utfordringer som er knyttet til dette? Jeg begriper det ikke.

Kritikkverdig og merkelig oppførsel fra visse helseaktivister brukes i boken som argument mot deres ideologi (1). At Idi Amin tiltrådte Verdens helseorganisasjons helse for alle-doktrine tolkes dit hen at dok-trinen var noe tøv. At Hitler var motstander av tobakk, indikerer at andre tobakksmot-standere er av samme ulla. Skrabanek skriver