



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Kikhoste hos spedbarn

For ett år siden, da min datter var tre uker gammel, fikk hun kikhoste. Hun var veldig syk og lå i respirator i en uke. Mye av årsaken til at hun ble så syk, er nok at vi ikke ble tatt alvorlig i legesystemet. Vi var i kontakt med helsesøster, legevakt og primærlege før vi til slutt tok affære og drog direkte til sykehuset. Den første natta på sykehuset hadde hun over 50 anfall. Et anfall var så kraftig at hun hadde hjerte- og pustestans. Jeg blir livredd når jeg tenker på hvordan det hadde vært om hun hadde vært hjemme da.

Nå er det gått ett år, og følelsene har på en måte roet seg. Men så møtte jeg en mor med en datter på tre måneder som hadde hatt samme opplevelse: tre legebesøk uten å bli tatt alvorlig. Da hun til slutt fikk dratt til sykehuset, var jenta så syk at innleggelse var nødvendig. Diagnose: kikhoste.

Vi har nå skiftet fastlege. Jeg må innrømme at jeg blir sjokkert når legen på nabokontoret til vår «gamle» fastlege ikke visste om at så små babyer kunne få kikhoste. Ikke engang vår lege, som opplevde å overse et så alvorlig sykdomstilfelle, har overført sin kunnskap om kikhoste hos spedbarn til sine kolleger. Spedbarn har gjerne ikke den karakteristiske kikingen ved kikhoste i så stor grad, og sykdommen gir ikke utslag på CRP (som synes å være noen legers eneste bekreftelse på om et barn er sykt eller ikke).

Tone S. Nyeng

Trondheim

> Se også side 476

Den sørgelige egenandelstaksten 1bd

Dette var et tilbakeskritt for oss som ønsker å drive fornuftig allmennpraksis. Jeg skammer meg når jeg etter et telefonråd forteller pasienten at samtalen koster 35 kroner, og at pasienten kan betale neste gang hun er innom kontoret eller når takst 1bd er registrert noen ganger. Ved betalingsstidspunktet skal dette påføres egenandelskortet med rette datoer, men hva hvis pasienten fikk frikort i mellomtiden? Skal jeg da si at du må betale selv om du fikk frikort sist måned, og at du kan kreve beløpet tilbakebetalt fra trygdekantoret? Skal faktura sendes dersom pasienten ikke har betalt innen en fastsatt tid? Her må det

lages et system for å fange opp slike utestående småbeløp. Det kan jo bli mange måneder, iblant flere år, mellom hvert legebesøk for sjeldne legebrukere.

Jeg gir uttrykk for min beklagelse over ordningen for ikke å miste ansikt overfor pasienten. Jeg forklarer at det ikke er legen som tjener mer på dette, for mange hevder at legene er grådige. Dette skal jeg gjøre kanskje 20 ganger i snitt daglig. Kanskje blir det lettere å ta pasienten inn til en kort konsultasjon. Det blir nok flere korte konsultasjoner fremover, en atferdsendring fremtvinget av ny normaltariff.

En del innbyggere i kommunen er uten fastlege, slik som asylanter og studenter, som ringer og ber om råd. Her kan jeg vel skyte en blå pil etter telefonegenandelen? Slike brukere er ofte dårlige betalere ved fakturerte småregninger.

I dag skal jeg snakke i telefonen med datteren til et eldre ektepar som begge går hos meg med sine vansker. Datteren bor langt unna. Hvem av dem skal betale for slik rådgivning – datteren eller hver av hennes foreldre? Kanskje vil hun ikke at de skal vite at hun har ringt til legen? Vil noen av dem godta å måtte betale for dette?

Det blir mye arbeid med små fakturaer og mer regnskapsarbeid på kontoret. Trivsel i yrkeslivet er knyttet til følelsen av å gjøre noe som er meningsfylt. Jeg lurar på om det finnes andre yrkesgrupper som rutinemessig sender ut slike små fakturaer. Arbeid med å sende, innkreve, regnskapsføre og revidere slike fakturaer overstiger langt fakturaløpet. Selv et fakturagebyr på 45 kroner dekker neppe de reelle kostnadene.

Det gir en sterk bismak å bruke min og legesekretærens tid på slikt arbeid. Hvis det er et underliggende motiv å ta bort takst 1bd, bør dette frem i dagen.

Jan Herman Høst

Leknes

Fondet for danske medisinske studenter

Fondets styre har i snart 25 år gitt to til tre danske medisinerere mulighet til en ukes opphold ved Beitostølen Helsesportsenter, der avdelingsoverlegene har gitt dem undervisning i handikappedisin. Alle stipendiater har vært svært fornøyde.

Styret har nå overført Fondets midler til Universitetene i København og Århus til

videre forvaltning. I sin tid var det Hans Chr. Godal som foreslo dette.

Vi takker mange for samarbeidet. Fondet er nå på ca. 250 000 norske kroner. Bare stipendutbetalinger er belastet Fondet. Alle som har ytet sin skjerv, kan glede seg over at omtrent 75 danske leger til slutt vil ha nytt oppholdet i de norske fjelde.

Carl Severin Albretsen

Asker

Arrbehandling

Kim A. Tønseth og medarbeidere gir i Tidsskriftet nr. 21/2003 en teoretisk gjennomgang av keloide og hypertrofiske arr basert på litteratur fra Medline (1).

Ved Plastikkirurgisk avdeling og Fysioterapiavdelingen på Haukeland Universitetssykehus har vi i 20 år samarbeidet tverrfaglig om behandling av slike arr. Våre rutiner er utviklet i samarbeid med tilsvarende avdelinger i Europa, særlig Universitetssykehuset i Leuven, Belgia (2). Våre felles retningslinjer er i tråd med Mustoe og medarbeidere sine anbefalinger fra 1992 (3).

Kun ved små arr er behandling med silikon førstevalget. Vi venter noen uker etter reepitelialisering før behandlingen startes. Hvis arret utvikler seg i negativ retning til tross for silikonbehandling, supplerer vi med kompresjon.

Store (brannskade)arr behandles med forebyggende kompresjonsbehandling. Silikon kommer inn som et supplerende tiltak hvis rødheten i arrene vedvarer i månedsvis etter oppstart med kompresjon. van den Kerckhove har vist at kompresjon særlig har en positiv effekt på arrets tykkelse, og at silikon virker best på å dempe fargen (2). Hydrering og okklusjon står sentralt ved silikonbehandling av arr, og i mange studier rapporteres det at okkluderende bandasjer bedrer både farge, forskyvbarhet og tykkelse samt smerte og kløe (4, 5).

Ved bruk av silikonplaster/silikonengelplate er det svært viktig at pasienten gradvis bygger opp en toleranse fra to til maksimum 12–18 timers bruk per døgn og ikke starter umiddelbart etter kirurgi med 24 timers behandling, slik Tønseth og medarbeidere anbefaler (1). Det er også svært viktig at de hygieniske forholdsregler følges, for å unngå maserasjon av arret og irritasjon av frisk hud (2). Steroider er aldri førstevalget og forsøkes aldri så tidlig som

to måneder etter reepitelialisering (1) og brukes sjelden hos oss. Ifølge van den Kerckhove har steroider kun hatt en positiv effekt på arr i de studier hvor subjektive graderingsskalaer har vært brukt (2).

Tønseth og medarbeidere hevder at de fleste hypertrofiske og keloide arr kan behandles konservativt hos primærlegen eller ved en generell kirurgisk avdeling før de henvises til plastikkirurgisk vurdering (1). Vi betviler at primærleger og generelle kirurger har den nødvendige detaljkunnskap og erfaring som kreves for å kunne informere pasientene adekvat og gi optimal arrbehandling i praksis. Det kreves lang erfaring for å kunne kombinere de ulike behandlingsalternativer og tilpasse dem individuelt. Dette gjøres best ved spesialavdelinger som har rutinert tverrfaglig personale som kan følge opp pasientene over lang tid.

**Marit Hjellevad
Hallvard Vindenes**

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Tønseth KA, Tindholt TT, Solberg US, Basic V, Mesic H, Begic A. Keloid og hypertrofisk arrdannning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3033–5.
2. van den Kerckhove E. Assessment of the influence of pressure and silicone on burn related scars. Doktoravhandling. Leuven: Katholieke Universiteit, 2003.
3. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shakespeare PG et al. International clinical recommendations on scar management. Plast Reconstr Surg 2002; 110: 560.
4. Sawada Y, Urushidate S, Nihei Y. Hydration and occlusive treatment of a sutured wound. Ann Plast Surg 1998; 41: 508–12.
5. Sawada Y, Nihei Y, Urushidate S. Hydration and occlusion treatment for grafted skin on the hands of children. Eur J Plast Surg 1998; 21: 349–52.

K.A. Tønseth svarer:

Undertegnede har med interesse lest innlegget om arrbehandling av Hjellevad & Vindenes rettet mot vår artikkel om keloid og hypertrofisk arrdannning i Tidsskriftet nr. 21/2003 (1). Det er nødvendig med enkelte presiseringer og noen korreksjoner.

Det er liten tvil om at silikon og/eller trykkbehandling generelt er førstevalg ved

behandling av overdreven arrdannning (2). Silikon kan anlegges som et ordinært plaster/tape. Trykkbandasjen krever en kompresjon på mellom 24–30 mm Hg og medfører at man som regel må ha et trykk på motsatt side av det behandlede området. Dette fører oftest til relativt store (semi-) sirkulære bandasjer. Silikon er derfor blitt foretrukket av stadig flere, da den har en likeverdig behandlingseffekt og i tillegg er enklere anvendbar i forhold til utarbeiding og legging av trykkbandasjer. Når det foreligger indikasjon for silikonbehandling (1, 2) skal man være oppmerksom på hypersensitivitet i starten. Enkelte silikonprodukter kan legges på opptil 24 timer fra første dag (3), mens andre produsenter anbefaler en gradvis opptrapping (4). Det er imidlertid feil at bruken skal begrenses til maksimum 12–18 timer. Både publiserte internasjonale retningslinjer (2) og produsenter (3, 4) oppfordrer om å tilstrebe 24 timers bruk.

Som det blir angitt er intralesjonale steroidinjeksjoner oftest ikke førstevalg ved behandling av overdreven arrdannning. Generelt skal man starte med steroidinjeksjoner dersom trykk/silikon etter to måneder ikke har gitt tilfredsstillende respons (1, 2), og ikke to måneder etter reepitelialisering som Hjellevad hevder at det står i vår artikkel (1). Det spesifiseres videre at steroidinjeksjoner sjelden brukes ved Haukeland Universitetssykehus. Dette er underlig, da man ikke sjelden ser trykk/silikon-resistent arrhypertrofi/keloiddannning. Steroidinjeksjoner er da neste steg i behandlingspyramiden (1, 2). Dessuten kan steroidinjeksjoner være første valg ved spesielt prominente keloider (2).

Det er synd at Hjellevad betviler at primærleger og generellkirurger kan ta hånd om pasienter med overdreven arrdannning. Hovedtyngden av pasienter med arrhypertrofi har små lesjoner på øvre del av truncus og hode/hals etter mindre kirurgi eller traumer. Undertegnede er av den oppfatning at legene med interesse for sårtilheling primært kan ta hånd om disse pasientene. Ved behov for ytterligere vurdering eller

behandling henvises de til plastikkirurgisk avdeling.

Kim Alexander Tønseth
Rikshospitalet

Litteratur

1. Tønseth KA, Tindholt TT, Solberg US, Basic V, Mesic H, Begic A. Keloid og hypertrofisk arrdannning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3033–5.
2. Mustoe TA, Cooter RD, Gold MH, Hobbs FD, Ramelet AA, Shakespeare PG et al. International clinical recommendations on scar management. Plast Reconstr Surg 2002; 110: 560–71.
3. <http://www.tendra.com> (28.1.2004).
4. <http://www.smith-nephew.no> (28.1.2004).

■ RETTELSE

Ny bioteknologilov vedtatt

Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3506.

I Tidsskriftet nr. 24/2003 under *Nytt fra nett* omtales *Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)*. Det skal stå: Den nye loven om humanmedisinsk bruk av bioteknologi.

Om hundre år er allting glemt...

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 290–1.

I Tidsskriftet nr. 2/2004 i serien *Tidligere i Tidsskriftet*, nederst i tredje spalte side 291 skal det stå: Hele 43 sider ble spanndert på saken, som første gang ble referert i nr. 6/1904 og hadde redaksjonens påskrift «fortsattes» utover året.

Sykdom som dannelses – en studie av Thomas Manns roman *Trolldomsfjellet*

Bjørn Hofmann

Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3569–72.

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 24/2003 s. 3569 skal riktige årstall for Thomas Manns fødsel og død være: 1875–1955.