

kliniske utredningen ikke trekker frem, er at i alle de fire tilfellene av feildiagnose i denne rapporten dreier det seg om en sykdom som ikke er veldig sjelden hos voksne unge kvinner. Og alle fire er kvinner. Da jeg så tar dette opp med artikkelforfatterne, hevder de at dette antakelig er tilfeldig og mener det er «farlig» å trekke for vide slutninger om at dette også kan ses i et kvinneklinisk perspektiv.

Mitt standpunkt er at det kan være vel så farlig for kvinner å unnlate å foreta denne analysen. Pasientene det er snakk om, var kvinner som tidligere stort sett hadde vært friske, men med noen mentale eller somatiske plager. Alle var i fertil (hormonpåvirket) alder, og hos alle debuterte sykdommen med plutselig hodepine. I alle de beskrevne tilfellene gikk det lang tid fra symptomstart til endelig diagnose, og for alle fire var konsekvensene meget alvorlige (død eller varig hjerneskade). Konklusjonen er at tegnene på hjerneblødning ikke ble vektlagt tilstrekkelig.

Er ikke dette det samme som mange kvinner i Norge hevder: «Vi blir ikke tatt på alvor av helsevesenet!» I disse tilfellene burde kvinnene virkelig blitt tatt alvorlig. Jeg mener at en vettug konklusjon på artikkelen ville vært at man også burde se på de mer prinsipielle sidene av saken – nemlig om pasientens kjønn kunne ha noe med manglende medisinsk årvåkenhet å gjøre, og at tendensen til å gi en psykiatrisk eller uspesifikk og ikke alvorlig diagnose er større for kvinnelige enn for mannlige pasienter? Det ble lagt for lite vekt på de anamnesticke opplysningene, sies det. I mine ører klinger det som: Man hørte ikke ordentlig etter hva kvinnene sa. Man la derimot vekt på andre sider av deres liv – lidelser som lav kroppsvekt, depresjon, myalgi. Er det tilfeldig at dette gjøres overfor kvinner? Eller kan økt bevissthet også om kvinners symptomatologi føre til bedre ivaretagelse og klinisk handling?

Johanne Sundby
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Hoddevik GH, Bjørang G. Oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 61–2.

*G.H. Hoddevik
& G. Bjørang svarer:*

Vi har med stor interesse lest Johanne Sundbys innlegg og er glade for at vårt innlegg bidrar til refleksjoner og debatt. At kvinneklinisk perspektivet på denne måten også blir fremhevet, synes vi er utmerket.

Vurderingstemaet i tilsynssaker vil oftest være hvorvidt helsepersonell har handlet forsvarlig. I vårt innlegg om oversett subaraknoidalblødning og forsvarlighet er utdrag av forsvarlighetsvurderingene i de

enkelte sakene gjengitt. I vår forsvarlighetsvurdering inngår:

- Om alle relevante anamnesticke opplysninger er fulgt opp
- Om det er gjort adekvate undersøkelser
- Om det er gitt adekvat behandling i forhold til den aktuelle problemstillingen

Forsvarlighetsvurderingene er uavhengig av kjønn, alder og etnisk tilhørighet. I de aktuelle tilfellene ville det selvfølgelig vært like viktig å vektlegge tilsvarende anamnesticke opplysninger dersom pasienten hadde vært mann.

Helsetilsynet har ingen fullstendig oversikt over alle tilfeller av oversett subaraknoidalblødning ved norske sykehus. Vi kan derfor ikke uttale oss om hvorvidt diagnosen – relativt til forekomsten – oftere overses hos kvinner enn hos menn. Helsetilsynet ville se det som meget interessant om et forskningsmiljø kunne belyse en slik problemstilling. I vårt innlegg om forsvarlighet var imidlertid hyppigheten av oversett diagnose ikke et tema.

I innlegget berørte vi med hensikt ikke årsakene til at denne diagnosen blir oversett, selv om det kunne vært et meget interessant tema. Både kvinnesyn, sykehuslegers store arbeidsbelastning, krav til produktivitet og lange vakter kan være blant sannsynlige årsaker til at anamnesticke opplysninger blir oversett.

**Grethe Hellstrøm Hoddevik
Grete Bjørang**
Statens helsetilsyn

Steinkløvere – medisinske planter

Legesteinkløver (*Melilotus officinalis*), hvitsteinkløver (*Melilotus alba*) og strandsteinkløver (*Melilotus altissima*) finnes alle i Norge. *Meli* er gresk for honning, og *lotus* er et gammelt navn på mange planter. Legesteinkløver og hvitsteinkløver er meget like, bortsett fra fargen, og finnes først og fremst på tørr grus langs veier og jernbaner (1). Legesteinkløver er gul, slik bildet, som er tatt ved en gangvei langs Sandviksveien, viser. Blomstene sitter i toppen av stilkene som et aks. De har en duft av kumarin, som



*Legesteinkløver (Melilotus officinalis).
Foto Kjell A. Nøkleby*

minner om duften av tørt høy. Blomsterduften kommer best frem når blomstene tørker. Kumarinforbindelser er vitamin K-antagonister (2). Kumarinet reduserer motstand ved gjennomblødning i kapillarer og lymfekar som utvides. Derved skal det virke antiinflammatorisk.

Antikkens leger brukte flere steinkløverarter ved nyre- og gallekolikk (3), særlig som oppmykende omslag på sår. Kumarin og melilotin er glykosidbundet, men frigjøres ved tørking (4). Alle steinkløverarter er giftige i større doser. Kveg som eter råberget og muggent høy med mye steinkløver, kan få innvortes blødninger og dø (4).

Ved å smelte sammen harpiks, voks og olivenolje tilsatt pulverisert steinkløver fikk man *emplastrum meliloti* (3). Det gikk ut av den norske farmakopé i 1895. Dikteren Johan Herman Wessel nevner melóten (følgelig forvrengning av meliloti) i «Kierlighed uden Strømper» fra 1772. I kisten til Mads fantes bl.a. ... «Et bruunrødt Syleskaft, En gammel Strimmel Taft, En Stump Melóten-Plaster, Et Brev fra salig Faster.» (5).

Kjell A. Nøkleby
Sandvika

Litteratur

1. Ryvarden L. Norges planter. Bd. 4. Oslo: Cappelen, 1994.
2. Høeg OA. Våre medisinske planter. Oslo: Forlaget Det Beste, 1984.
3. Lewis WH, Elvin-Lewis MPF. Medical botany. New York: John Wiley, 1977.
4. Høiland K. Naturens legende planter. Oslo: Hjemmets Forlag, 1978.
5. Wessel JH. Digte. Oslo: Gyldendal, 1965.

Hjelpen til Sri Lanka må koordineres

Undertegnede var i de flodbølgerammede områdene på Sri Lanka en uke etter tragedien. Leger kom fra hele verden, klare til å medisiner og til å reparere brukne bein, men hvordan helbreder man en hel nasjon som har mistet ektefeller, barn, hjem – et helt liv? Dette er utfordringen legene møter. Det var først og fremst det forferdelige synet av barna, så mange barneliv som var gått tapt, og foreldre som hadde mistet sine barn, som gjorde inntrykk.

Sri Lanka var det landet som i forhold til innbyggertallet hadde det høyeste antall døde av tsunamien. Mer enn 30 000 mennesker døde i løpet av minutter. Tragedien var ikke avgrenset til ett enkelt område. Mer enn 70 % av øyas kyst ble truffet av dødsbølgen. – Forvirrede overlevende stirret på bilder av døde dag etter dag, halvt i håp om å gjenkjenne en savnet. To søstre lette etter sin yngre bror, som var den som brødfødde familien. En annen kom med bilde av sin venn som kjørte et tog dømt til å bli tatt av bølgen. – Så mange døde så fort.