

løpet av de neste to årene. I dette prosjektet blir kvinner med blodplatespesifikke alloantistoffer forløst med sectio i 36. svangerskapsuke. Det er flere grunner til at vi har valgt en slik strategi:

– Vi har vist en klar sammenheng mellom antistoffnivået i mors plasma og alvorlighetsgraden av trombocytopeni hos foster/nyfødt. Når svangerskapet avbrytes før termin, vil antistoffnivået i plasma hos noen kvinner ikke ha nådd maksimum.

– Ved planlagt avslutning av svangerskapet, kan blodbanken ha forlikelige blodplater i beredskap til barnet. Slike blodplatekonsentrater finnes vanligvis ikke lagret i noen norsk blodbank.

Resultatene viser at 40 % av de nyfødte fra mødre med anti-HPA-1a-antistoff, har blodplatetall  $< 35 \cdot 10^9/l$  og blir transfundert. Ett barn har fått påvist en klinisk ikke-signifkant hjerneblødning.

Det er blitt diskutert nasjonalt og internasjonalt hvorvidt de gravide skulle randomiseres til spesiell oppfølging/ikke spesiell oppfølging, men fordi kunnskapen om blødningsfare ved neonatal alloimmun trombocytopeni allerede var godt kjent, ble det ikke funnet etisk forsvarlig å gjøre en slik randomisering.

Den norske undersøkelsen vil bli stor nok til å vurdere kostnad og nytte ved de tiltak som blir gjennomført. Neonatal alloimmun trombocytopeni forekommer hyppigere enn andre tilstander som det screenes for i svangerskapet eller etter fødselen (W. Ouwehand, personlig meddelelse).

Tromsø

Anne Husebekk  
Bjørn Skogen

#### Litteratur

1. Husebekk A, Skogen B. Maternelle alloantistoffers betydning ved trombocytopeni hos nyfødte. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3160–2.
2. Williamson LM, Hackett G, Rennie J, Palmer CR, Maciver C, Hadfield R et al. The natural history of fetomaternal alloimmunization to the platelet-specific antigen HPA-1a (PLA1, Zwa) as determined by antenatal screening. Blood 1998; 92: 2280–7.
3. Jaegtvik S, Husebekk A, Aune B, Oian P, Dahl LB, Skogen B. Neonatal alloimmune thrombocytopenia due to anti-HPA 1a antibodies; the level of maternal antibodies predicts the severity of thrombocytopenia in the newborn. Br J Obstet Gynecol 2000; 107: 691–4.

## Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer

I Tidsskriftet nr. 2/2002 hadde Knut Gjesdal en god, kortfattet og oversiktlig gjennomgang av antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer (1).

Det er gjort en rekke studier som har vist nytten av warfarinbehandling med hensyn til å redusere forekomsten av emboliske hjer-

neslag. Som anført i artikkelen reduseres embolifaren med 68 %. Det som er en svakhet ved noen av studiene er den sterke pasientseleksjonen ved inklusjon, og at de forteller lite om nytten pasienter over 80 år har av antikoagulasjonsbehandling.

I den kliniske hverdag er det en stadig tilbakevendende problemstilling om man tør gi en svært gammel pasient som har atrieflimmer varig antikoagulasjonsbehandling. Det er kjent at blødningsrisikoen ved slik behandling øker med økende alder. For pasienter over 75 år er den 4,2 % per år (2). Da kan man undres om embolirisikoen er vesentlig høyere enn blødningsrisikoen, spesielt når etterlevelse (compliance) og leverpåvirkning av ulike årsaker kan gi svingninger i INR-verdien. Dette kan medføre virkelig økt blødningsfare (3), noe vi av og til opplever.

Når Gjesdal skriver at enhver pasient med atrieflimmer i utgangspunktet skal antikoaguleres, ville det vært ønskelig å legge inn noen kommentarer om de eldste pasientene hvor slik behandling kan bli aktuell. Selv om enkelte studier har inkludert pasienter over 80 år, er det fremlagt sparsomme opplysninger om klinisk nytteeffekt og bivirkninger hos denne aldersgruppen (2), noe den kommende BAFTA-studien forhåpentligvis kan avhjelpe (4).

Harstad

Helge Ræder  
Odd Kildahl-Andersen  
Medisinsk avdeling  
Harstad sykehus

#### Litteratur

1. Gjesdal K. Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 191–2.
2. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin versus aspirin for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation II Study. Lancet 1994; 343: 687–91.
3. The European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Optimal oral anticoagulant therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and recent cerebral ischemia. N Engl J Med 1995; 333: 5–10.
4. Mant J, Fitzmaurice D, Murray E, Gregory YHL, Hobbs FDR. Inclusion criteria determine results of review. BMJ 2001; 323: 233–4.

## PM<sub>10</sub> og ultrafine partiklar

I artikkelen *Luftforurensning og helse* i Tidsskriftet nr. 2/2002 (1) blir det gitt en definisjon av PM<sub>10</sub> som «partikler med en diameter på 2,5–10 µm». Denne definisjonen er ikke korrekt. PM<sub>10</sub> inneholder alle dei partiklane i lufta som har ein aerodynamisk diameter frå 10 µm og nedover. Det er berre partiklar større enn 10 µm som ikkje er inkluderte, og det er inga nedre grense slik det vert sagt i artikkelen. Aerodynamisk diameter på 2,5 µm som er nemnt i artikkelen, dannar eit skilje berre på den måten at partiklar som er større enn 2,5 µm høyrer til *grovfrak-*

*sjonen* av PM<sub>10</sub>, medan partiklar med aerodynamisk diameter mindre enn 2,5 µm høyrer til *finfraksjonen* av PM<sub>10</sub> (2).

Merk at vi her talar om *aerodynamisk* diameter. Aerodynamisk diameter avheng ikkje berre av geometrisk storleik, men òg av partikkelen si eigenvekt og friksjonsegenskapane han har. Aerodynamisk diameter er diameteren til ei kule med eigenvekt 1 som har same slutfarta i fritt fall som den aktuelle partikkelen (3).

Artikkelen (1) gir òg inntrykk av at ultrafine partiklar har «en størrelse på 0,02 µm». Ultrafine partiklar er partiklar med diameter mindre enn 100 nm (0,1 µm) (4), ikkje 0,02 µm (20 nm) slik det står i artikkelen.

Ultrafine partiklar er altså definisjonsmessig ein del av PM<sub>10</sub>, men har så liten masse at dei i liten grad verkar inn på målingane av PM<sub>10</sub>. Dei store, grove – men biologisk mindre aktive – partiklane i PM<sub>10</sub> vil dominere på vekten (5).

Partiklar med diameter på 20 nm som Teresa Løvold Berents & Bjørgulf Clausen nemner, høyrer til det som òg vert kalla *nanopartiklar* (partiklar i nanometerområdet). Den øvre grensa i diameter for nanopartiklar er det ikkje allmenn semje om.

Oslo

Martinus Løvik

#### Litteratur

1. Berents TL, Clausen B. Luftforurensning og helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 198–201.
2. Harrison RM. Measurement of concentrations of air pollutants. I: Holgate ST, Samet JM, Koren HS, Maynard RL, red. Air pollution and health. London: Academic Press, 1999: 63–81.
3. Parkes WR. Aerosols: their deposition and clearance. I: Parkes WR, red. Occupational lung disorders. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1995: 35–49.
4. MacNee W, Donaldson K. Particulate air pollution: injurious and protective mechanisms in the lung. I: Holgate ST, Samet JM, Koren HS, Maynard RL, red. Air pollution and health. London: Academic Press, 1999: 63–81.
5. Løvik M. Allergens and adjuvants: exposure or avoidance? Good or bad? Part 2 – Air pollution. Allergologien 2001; nr. 2: 4–25.

## Gode intensjoner – harde realiteter

Tidsskriftets redaktør Charlotte Haug har i nr. 2/2002 en redaksjonell artikkel om hva man kan lære av svikten i Oslo kommunes legevaktorganisering (1). Hun påpeker viktigheten av klare avtaler, ansvars plassering, struktur og tilstrekkelig finansiering. Temaet er svært viktig i en tid da avtaleverket for helseforetakene skal på plass: Hva skjer når den som har det lovpålagte ansvaret ikke tar dette, men forsøker å skyve det over på legerne? Vi vil belyse problemstillingen med eksemplet Oslo kommune og legevaktorganisering.

Det er ikke uklart hvem som har ansvar for organisering av legevakt. Legevaktjeneste

er hjemlet i lov om helsetjeneste i kommunene (§ 1-3) og i forskrift om medisinsk nødmeldtjeneste (2). Kommunen har plikt til å ha slik tjeneste, også på dagtid. Dette er utdypet av Statens helsetilsyn (3).

Oslo kommune hevder at med fastlegeavtalen har de organisert forsvarlig legevakt på dagtid ved å la 450 fastleger selv ta ansvar for øyeblikkelig hjelp for Oslos 500 000 innbyggere og de øvrige 200 000–300 000 personene som oppholder seg her. Vedtaket om legevaktorganisering ble fattet i bystyret 30.5. 2001, altså bare to dager før fastlegeordningen skulle tre i kraft.

Oslo kommune og Legeforeningen har forskjellig forståelse av fastlegeavtalen når det gjelder omfanget av fastlegens plikter utover den avtalte åpningstiden for publikum. Vissheten om en uenighet skulle snarere styrke kommunens engasjement for å sikre befolkningen legevakt tjenester. Det er ikke anledning for kommunen til å avtale seg bort fra lovpålegg. Dette har andre kommuner skjønt og innrettet seg etter.

Avviksrapporten fra AMK (4) gir ikke grunnlag for å sammenlikne med tiden før 1.6. 2001. Legevaktlegene og fastlegene har ikke vært involvert i dette kvalitetsarbeidet. Rapporten er først og fremst egnet til å dokumentere behov for økte ressurser i AMK og ambulansetjenesten.

Det er beklagelig når akutt alvorlig syke mennesker ikke får den medisinske hjelpen de skal ha i tide. I 12 av 238 avvik der konsekvensene for pasienten ble vurdert, ble konsekvensene vurdert som alvorlige. I registreringsperioden fikk ca. 60 000 personer hjelp av Oslo legevakt, og de 450 fastlegene hadde nær 1 400 000 pasientkontakter, hvorav om lag 500 000 var øyeblikkelig hjelp. De aller fleste fastlegene har økt andelen øyeblikkelig hjelp-timer i sine praksiser i forbindelse med fastlegereformen. Det er derfor urimelig å hevde at befolkningen ikke har god tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

De problemer og den usikkerhet som er skapt hos publikum om legevakt, må Oslo kommune selv ta ansvar for. Endring av legevakt tjenesten ble gjennomført samtidig med innføringen av fastlegeordningen, informasjonen til publikum har sviktet og ressursene til legevakt tjenesten har vært altfor små.

Oslo  
*Torunn Janbu*  
*Svein Aarseth*  
Oslo legeforening  
*Kjell Maartmann-Moe*  
Alment praktiserende lægers forening

#### Litteratur

1. Haug C. Gode intensjoner – harde realiteter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 153.
2. Forskrift om medisinsk nødmeldtjeneste (kommunikasjonsberedskap i helsetjenesten). Helsedepartementet. Fastsett 1. desember 2000. Sist endret 18. desember 2001.

3. Døgntilgjengelighet legevakt tjeneste. Rundskriv IK-13/99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

4. Avvik i forbindelse med innføring av fastlegeordningen og ny legevaktsordning 1.6.01–6.12.01. Brev fra Ambulans/AMK-avdelingen, Oslo kommune, Ullevål universitetssykehus, 27.12.2001.

## Jeg reserverer meg

«Vi har den glede å invitere...» «...erfaringer fra andre land viser at slike undersøkelser kan redde liv...» «Tilbudet omfatter undersøkelse hver annet år, og er en forebyggende helseundersøkelse.» «Tenk på fremtiden din – benytt deg av tilbudet om mammografiundersøkelse!»

Men så vil jeg altså ikke. Først og fremst fordi jeg ikke oppfatter meg å være spesielt utsatt for brystkreft. Dermed fordi jeg er skeptisk til vår tids ekstreme risikofokusering og økende konsum av forebyggende (?) helse tjenester. Og sist det faktum at det fortsatt lar seg diskutere om mammografiscreening virkelig er et «forebyggende helsetilbud» eller om det heller burde sortere under begrepet forskning.

Invitasjonen sier ikke ett ord om hvordan jeg skal forholde meg dersom jeg vil takke nei. Kanskje tenker de som har utformet teksten at «this is an offer you cannot refuse». Og kanskje får det kvinner som mottar invitasjonen til å føle at her må man jo takke ja – det er så selvsagt at det ikke engang er nødvendig å nevne andre alternativer. Ja, for hvor dum går det egentlig an å bli? Takke nei til et slikt tilbud – det er til og med reservert time for meg!

Av ren høflighet ringer jeg mammografisenteret og sier at jeg ikke ønsker å benytte tilbudet. Da først får jeg vennlig beskjed om at det er en «hverdagslig sak», slik Karlsson ville ha formulert det, og at reservasjons skjema vil bli sendt meg i posten. Lovlig sent, spør du meg. Dette burde fremgå klart av invitasjonen.

Dessuten undrer det meg at spørsmålene som skal besvares av dem som takker ja til undersøkelse, ikke også ønskes utfyllt av dem som takker nei. Burde ikke forskerne ha interesse av å kjenne til hva som karakteriserer bortfallsgruppen?

I stedet bes jeg i reservasjonsbrevet om å krysse av på om jeg ønsker midlertidig eller fullstendig reservasjon. Det lar jeg stå åpent. Jeg kan ikke slå fast at jeg *aldri* kan komme til å ønske å bli invitert til mammografi programmet. Jeg vet bare at jeg ikke ønsker det på det nåværende tidspunkt. På et siste spørsmål, om hvorfor jeg ikke ønsker å inviteres, krysser jeg av på «Andre årsaker». Jeg bes ikke om å angi nærmere hva det kunne innebære. Men for dem det måtte interessere, så har jeg i hvert fall prøvd å gjøre rede for det her.

Tromsø

*Kjersti Bakken*

## Annonse