

Plassen tillater ikke ytterligere utdyping, men vi tror knapt det er nødvendig. Legemiddelindustrien deltar gjerne i konstruktive debatter om forskning, etikk og rolleforståelse, men vi må be om et minimum av etterrettelighet.

Atle Skattebøl
Gry Bratten
Dag Solbu
Even Sundal
Karen Marie Ulshagen
Einar Wibe
 Legemiddelindustriforeningens forsknings- og utviklingsutvalg

Litteratur

1. Aarbakke J, Rasmussen K. Medikamentell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 476–7.
2. Tall og fakta 2003. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2003.
3. Bare 6 av 1000 mulige nye legemidler når pasienten. Legemiddelindustriforeningen, 2002. www.lmi.no (14.12.2002).
4. Forskningssetiske komiteer. Etiske retningslinjer. <http://www.etikkom.no/Etikkom/retningslinjer>.
5. Statens legemiddelverk. Retningslinjer for legemiddeløkonomisk analyse til bruk ved søknad om refusjon av legemidler. http://www.legemiddelverket.net/rundskriv/melding15_19991222.htm.

Carotiskirurgi for forebygging av hjerneslag

Trombendarterektomi av a. carotis ved symptomgivende høygradig stenose er et profylaktisk inngrep for å unngå at pasienten skal få hjerneslag. Rolf Hanao tar i Tidsskriftet nr. 6/2003 prisverdig opp viktige aspekter vedrørende carotiskirurgien i Norge (1). Han skriver at «i Norge er det langt igjen til å gjennomføre selv et lavt estimat av behovet for carotiskirurgi».

Denne påstanden er ingen overdrivelse.

Alle pasienter med symptomgivende høygradig carotisstenose bør bli vurdert for operasjon. Operasjonens nytteverdi er, som Hanao skriver, godt dokumentert. Operativ behandling kan gjøres med lav risiko, og det er få kontraindikasjoner. Høy alder er ingen kontraindikasjon, det er vist at resultatene for pasienter over 80 år er minst like gode som hos yngre (2). Mange pasienter med høygradig carotisstenose er asymptomatiske inntil de får hjerneslag. Disse pasientene har ubehandlet en betydelig risiko for å få et nytt hjerneslag, og det er nettopp dette som skal forebygges ved operasjon.

Forekomsten av hjerneslag i Norge er beregnet til 11 000 nye tilfeller per år. Carotisstenose er antatt å være årsak til hjerneslag i 20–30 % av tilfellene. Et forsiktig estimat blir dermed at 2 000–2 500 hjerneslag per år skyldes dette. Antall aktuelle operasjonskandidater vil være noe lavere på grunn av en viss seleksjon, men det er grunn til å tro at en betydelig andel vil kunne tjene på operativ behandling. I Norge utføres det for tiden ca. 300 carotisendarterektomier per år. Det er altså en stor diskre-

pans mellom antall pasienter som kunne ha vært kandidater for operativ behandling og de som faktisk blir operert.

Mange med høygradig carotisstenose er altså asymptomatiske inntil de debuterer med hjerneslag. Disse pasientene innlegges enten i nevrologiske eller medisinske avdelinger. For behandlere er det viktig å huske på at alle pasienter med gjennomgått hjerneslag skal utredes med ultralydunder-søkelse av halsarteriene. Dersom det foreligger en høygradig carotisstenose, bør pasienten bli vurdert for operativ behandling.

En betydelig økning av det årlige nasjonale operasjonsvolumet er sannsynligvis nødvendig for å nå en målsetting om et fullverdig behandlingstilbud for carotispasientene. Dette er imidlertid avhengig av tilgang på ressurser, kunnskapsnivå og graden av samarbeid mellom de ulike avdelingene som håndterer disse pasientene.

Gustav Pedersen
Steinar Aune
 Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Hanao R. Carotiskirurgi for å forebygge hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 767.
2. Maxwell JG, Taylor AJ, Maxwell BG, Brinker CC, Covington DL, Tinsley E Jr. Carotid endarterectomy in the community hospital in patients age 80 and older. Ann Surg 2000; 231: 781–8.

Norovirusgastroenteritt ved Ullevål universitetssykehus

Noroviruset går sin seiersgang over USA (siden juni 2002) og Europa (1–3). I USA er særlig én virusklon, Farmington Hillstammen (GII/4), årsak til ca. 40 % av utbruddene siste år (1).

Fra november 2002 til mars 2003 ble det registrert norovirusgastroenteritt hos 229 personer, derav 140 pasienter og 89 personell, ved åtte avdelinger ved Ullevål universitetssykehus. Utbruddet var sterkt assosiert med korridorpasienter, mangel på isolater, flersengsrom med fellestolett på korridoren, overbelegg og underbemanning. Noen avdelinger hadde residerende utbrudd.

Tiltak mot smittespredning er kontaktsmitteisolasjon med munnbind, desinfeksjonsrutiner med kloramin 5 % og 70 % sprit, temperaturkontroller av oppvaskmaskiner og vaskemaskiner (minimum 85 °C), inntaksstopp og smittevask, sykmelding av personell, restriksjoner for pårørende, ikke bruk av ismaskin, ikke korridorservering og meget god kjøkkenhygiene (4).

Norovirus er uvanlig smittsomt – 1–100 virus forårsaker infeksjon. Virus overføres ved kontakt- og luftsmitte via oppkast og diaré, er resistent for kjemiske desinfeksjonsmidler og varme (opptil 75 °C) og gir

ingen immunitet. Utbruddet er nå over, takket være meget god innsats av personell ved aktuelle avdelinger. Dette eksemplifiserer spredning av høyinfeksiøst smittestoff introdusert til avdelinger som er dårlig utrustet for smittevern. I dette tilfellet var smittestoffet stort sett ufarlig, men virket til dels lammende på helseproduksjonen.

Björg Marit Andersen
 Ullevål universitetssykehus
Gunnar Størvold
Kirsti Vainio

Litteratur

1. CDC. Outbreaks of gastroenteritis associated with noroviruses on cruise ships – United States, 2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2002; 51: 1112–5.
2. Lopman BA, Reacher MH, Duijnhoven Y, Hanon F-X, Brown D, Koopmans M. Viralt gastroenteritis outbreaks in Europe, 1995–2000. Emerg Infect Dis 2003; 9: 90–5.
3. Vainio K, Grude N. Calicivirus og akutt gastroenteritt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2602–4.
4. Andersen BM. Virusgastroenteritt: Norwalkliknende virus – Calicivirus. I: Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus. Oslo: Ullevål universitetssykehus, 2003.

Så hyggelig, da!

Jeg gav esken med rundstykker til lege-sekretæren. Hun smilte fornøyd idet hun kikket oppi den. «Så hyggelig, da!» sa hun, og jeg ble et øyeblikk litt usikker. Kunne jeg likevel fått avtale med legene på dette senteret uten å ha med lunsj til alle ansatte? Hadde jeg ikke fått tydelig instruks om det da jeg ringte og avtalte besøket, med beskjed om at de var åtte personer – tre av dem leger som jeg hadde bedt om avtale med.

Kanskje hun ikke visste at jeg ble avkrevd denne servicen, at det var en annen sekretær som hadde funnet en mulighet for å presse meg til å medbringe mat. Eller kanskje hun virkelig trodde at jeg gjorde det med glede. Å stresse ned i sentrum for å hente de bestilte rundstykkene. Selv om jeg var forsinket fra før. Å bakse meg inn gjennom alle dørene med esken under armen, i tillegg til det tunge informasjonsmateriellet jeg hadde med til pasientene deres. Å måtte betale over 200 kroner for maten deres, se at to av dem la vekk matpakken sin da de så at det var rundstykker på bordet. Det er aldri hyggelig å bli tvunget til noe.

Jeg føler meg litt uvel ved tanken på at jeg som velkvalifisert rådgiver på mitt område, godt oppdatert på mitt preparat, må kjøpe mat til åtte personer for at det skal være interessant for legene å høre på. Matpakkene som ble lagt vekk, viser jo at de vanligvis klarer å skaffe seg mat selv. Men siden jeg likevel skal komme, kan man jo passe på å skvise til seg et gratis rundstykke...

En eldre kollega fortalte meg om hvordan han for noen år siden slet med å få avtale på

noen større legesentre. Så ringte han dem og fortalte at han nettopp hadde fått avbud på et møte og satt igjen med 20 rundstykker. Han lurte på om han kunne stikke innom en halvtime så de kunne spise opp disse. Synd om maten skulle gå til spille... Svaret ble ja, og han hastet fornøyd inn på bakeriet og kjøpte det han trengte. Igjen.

Hvor mange sentre ble lurt med denne metoden til den ble utdatert? I dag hadde det selvsagt ikke nyttiget, lunsjavgiften er allerede opptatt, med maten avklart på forhånd. Han var med på å skape et behov med sine rundstykker og «avbudet». Nå får han enkelte steder ikke engang sitte sammen med legene mens de spiser rundstykkene hans. Han må levere dem i skranken, og når legene er ferdig med å spise, kommer de ut for å gi ham noen minutters oppmerksomhet. Takk for maten.

Er det dere eller legesekretærene deres som legger opp til dette? Er det stilltiende godtatt at sekretæren presser legemiddelkonsulenten til å medbringe mat, og så bare «blir det slik»? Så kan legene toe sine hender om problemstillingen kommer opp. Og før eller siden gjør den vel det, slik mediene jakter på økonomisk kriminalitet og enkelte grupperingers evne til å grafse til seg fordeler.

Jeg undrer meg over at dere ikke ser hulheten i denne servicen. Er preparatene mer effektive eller gunstigere for pasientene deres om dere får mat under besøket? Er det den dyreste maten som er mest effektiv for å få avtalen? Bli det neste varm lunsj eller sushi for å få adgang?

En annen kollega forteller at det tidligere skjedde helt unntaksvis at man snakket om mat for å få en avtale. Det var gjerne de mest aggressive firmaene, kanskje de med preparater som av en eller annen grunn ikke klarte å konkurrere med de beste, som fant på slike fremstøt for å smøre legene. I dag virker det som kravet nesten er regelen fra legens side. Da kan ikke informasjonskvaliteten være det viktigste ved besøket.

Legemiddelindustrien er blitt beskyldt for å drive hard markedsføring. Dette tok industrien på alvor, og gjorde mye for

å rydde opp i eventuelt grums. Ett av tiltakene var å få i stand en avtale med Den norske lægeförening om kjøregler. I den avtalen står det at legemiddelindustrien ikke skal tilby og legene ikke kreve servering av mat i forbindelse med informasjonsavtaler.

Akter Den norske lægeförening å gjøre noe for å få sine medlemmer til å respektere den avtalen foreningen har inngått? Eller skal foreningen også toe sine hender og si at det «bare ble slik»? Så hyggelig, da!

Registrert legemiddelkonsulent og snittebærer

Forfatterens identitet er kjent i redaksjonen, men på grunn av sakens karakter får vedkommende være anonym. *Red.*

De kollektive trygde- og forsikringsordningene er ikke for gode

I Tidsskriftet nr. 4/2003 gir Bengt-Lasse Lund i NOR Gjensidige Forsikring en oversikt over støtteordninger som kan tre i kraft ved uførhet (1). Lund er bekymret over forsikringsselskapenes utgifter til disse ordningene. Som eksempel viser han til at en ufør person kan få 4,6 millioner kroner i skattefri engangserstatning i tillegg til en månedlig bruttoutbetaling på ca. 65 000 kroner.

Private forsikringsordninger er en sak mellom forsikringsselskapene og dem som tegner forsikring. Mitt anliggende her er ansattes rettigheter ved yrkesskade, rettigheter som reguleres av folketrygdlovens kapittel 13 og lov om yrkesskadeforsikring. De summene Lund viser til, er hinsides det som er aktuelt for det store flertallet, som ved uførhet er avhengig av disse kollektive ordningene.

Lov om yrkesskadeerstatning ble innført i 1990 for å utfylle rettighetene i lov om folketrygd for å sikre likhet og rettferdighet. Til sammen skal de to lovene kompensere for det økonomiske tapet som personer med yrkesskade og yrkessykdom ville lide uten

dem. Disse rettighetene gjelder likevel ikke for personer som blir uføre på grunn av muskel- og skjelettlidelser eller psykiske lidelser, selv om disse skulle være forårsaket av forhold i arbeidet. Disse to gruppene, som til sammen utgjør hovedtyngden av uføretrygdene, er henvist til en årlig trygdeutbetaling på ca. to tredeler av tidligere lønn, i gjennomsnitt anslagsvis 135 000 kroner per år.

De gunstigere ordningene for yrkesskadede gjelder bl.a. for personer med arbeidsbetinget lungesykdom (astma, silikose, kreft), toksisk hjerneskade eller alvorlig kronisk eksem. En person på 46 år som er 100 % arbeidsufør, vil få ca. 1,2 millioner kroner etter lov om yrkesskadeforsikring som kompensasjon for tapt fremtidig inntekt frem til pensjonsalder. Dette tilsvarer ca. 66 000 kroner per år. I tillegg kommer den årlige uføretrygden og en engangsutbetaling for medisinsk men. For en person med toksisk hjerneskade vil menerstatningen utgjøre ca. 70 000 kroner. Dette er andre tall enn dem Lund presenterer.

Fra mitt ståsted er ikke problemet at trygde- og forsikringsordningene er for gode, men at det er et betydelig underforbruk av dem, slik vi fant i en undersøkelse for noen år siden (2). Flere andre har vist at det er en betydelig underrapportering av yrkesbetingede lidelser, noe som taler for et underforbruk av rettigheter. Vi arbeider for tiden med en undersøkelse av personer meldt til Arbeidstilsynet med yrkesastma, og vi ser det samme der. Bare et fåtall slike skader blir erkjent som yrkessykdom, og mange som blir erkjent, fører med seg betydelige økonomiske tap uten at det blir søkt om å få skaden godkjent som yrkesbetinget.

Håkon Lasse Leira
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Lund B-L. Uførhet og pasientøkonomi – er trygde- og forsikringsordninger for gode? Tidsskr Nor Lægefören 2003; 123: 508–9.
2. Bratt U, Leira HL. Lov om yrkesskadeforsikring – en forbedring for de skadelidte? Tidsskr Nor Lægefören 1997; 117: 207–11.