

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 carotispatientene. 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 (GI/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