



Brev til redaktøren

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

Føtalt valproatsyndrom

Tidsskriftet nr. 12/2003 inneholder en interessant oversiktsartikkel om svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi (1). Forfatterne mener at fostervannsprøve, det vil si undersøkelse på α -føtoproteinmengden i fostervann for å påvise nevrالرrdsdefekter, bør vurderes hos pasienter som bruker valproat eller karbamazepin. Ved Haukeland Universitetssykehus har vi sluttet å ta fostervannsprøve for måling av α -føtoprotein. Årsaken er at kvinner med epilepsi også får tilbud om ultralydundersøkelse ved fostervann, der en øvet operatør i praksis vil oppdage alle tilfeller av ryggmargsbrokk som fører til stigning av α -føtoproteinmengden (2). Dermed slipper kvinnen et invasivt inngrep (fostervannsprøve) med en viss abortrisiko.

Forfatterne skriver at valproat, og trolig også karbamazepin, står i en særstilling med økt forekomst av nevrالرrdsdefekter (1). Risikoen ved valproatbruk gjelder ikke bare nevrالرrdsdefekter. «Mindre» utviklingsavvik er hyppigere forekommende, og affeksjon av kognitive funksjoner gir særlig grunn til bekymring (3). Barn med føtalt valproatsyndrom har karakteristisk utseende: flat neserot; tynne, buede øyebryn; bred panne, ofte med prominente metopisk sutur; tynn overleppe, flatt filtrum og liten hake (4). Trekkene blir mindre karakteristiske etter småbarnsperioden. Mental retardasjon ses hos ca. 30 % (4). Vekstforstyrrelser, øyemisdannelser og ortopediske anomalier forekommer også. Flere retrospektive studier tyder på at opptil 40 % av barn eksponert for valproat in utero har lærevansker, særlig hva gjelder språkfunksjoner (3). Det er en signifikant korrelasjon mellom lette dysmorfe trekk og verbal IQ (3) (U. Kini, personlig meddelelse).

Risikoen for å få barn med valproatsyndrom ser ut til å være doseavhengig, og flere studier viser at doser over 1 000 mg per døgn uansett bør unngås (5). Royal College of Physicians i London har frarådet bruk av mer enn 1 000 mg valproat per døgn hos kvinner som ønsker å bli gravide. Dersom en kvinne har fått et barn med valproatsyndrom, vil gjentakelsesrisikoen ved neste graviditet være svært høy dersom hun fortsetter med samme valproatdose. Dette skyldes antakelig at metabolske forhold hos mor disponerer fosteret for valproats teratogene effekter.

Ny kunnskap tyder på at valproat er forbundet med langt høyere risiko for fosterskade enn tidligere antatt. Dokumentasjonen er sterk nok til at dette bør få konsekvenser for dagens forskrivningspraksis, også før resultater fra større prospektive studier foreligger.

Gunnar Houge
Torunn Fiskerstrand
Nina Øyen

Senter for medisinsk genetik og molekylærmedisin
Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Taubøll E, Gjerstad L, Henriksen T, Husby H. Svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1695–7.
2. Silver RK, Leeth EA, Check IJ. A reappraisal of amniotic fluid alpha-fetoprotein measurement at the time of genetic amniocentesis and midtrimester ultrasonography. J Ultrasound Med 2001; 20: 631–7.
3. Barrett C, Richens A. Epilepsy and pregnancy: report of an epilepsy research foundation workshop. Epilepsy Res 2002; 52: 147–87.
4. Kozma C. Valproic acid embryopathy: report of two siblings with further expansion of the phenotypic abnormalities and a review of the literature. Am J Med Genet 2001; 98: 168–75.
5. Mawer G, Clayton-Smith J, Coyle H, Kini U. Outcome of pregnancy in women attending an outpatient epilepsy clinic: adverse features associated with higher doses of sodium valproate. Seizure 2002; 11: 512–8.

Rusmiddelmedisin som egen spesialitet – nå

I sin lederartikkel i Tidsskriftet nr. 12/2003 tar Svein Steinert (1) opp et meget viktig tema. Fylkeskommunale rusmiddelinstusjoner blir spesialisthelsetjeneste fra 1.1.2004, noe som er på høy tid.

Sosialhelsetjenesteloven av 1992 var et betydelig tilbakeskritt og førte til at den gode kontakten mellom primærhelsetjenesten og de rusmiddelmedisinske institusjoner ble brutt. Primærlegene mistet henvisningsretten; alt skulle gå gjennom sosialkontorene. En tungrodd og byråkratisk innsøknings- og godkjenningssprosedyre for behandling, gjorde at kun langtkomne og sosialt utslåtte misbrukerne fikk økonomisk garanti og mulighet for behandling. Særlig har dette gått utover behandlingstilbudet til alkoholavhengige, som nektet å la seg registrere som sosialklienter og dermed mistet retten til kvalifisert behandling.

I stedet har psykiatriske institusjoner fått erfare at opptil 50 % av innleggelsene i akuttpsykiatriske avdelinger er rusrela-

terte. Ser man bort fra pasienter med dobbeltdiagnosen rus/psykose og som trenger psykiatrisk vern og behandling, har psykisk helsevern lite å stille opp med når det gjelder behandling av rusmiddelavhengige. Med enkelte hederlige unntak har leger i psykiatrien i liten grad satt seg inn i den metodefaglige viten som finnes innen rusmiddelmedisin og addiktologi, men fortsetter å arbeide etter symptommodellen, som aldri har gitt annet enn dårlige behandlingresultater.

Som Steinert påpeker er det et paradoks at rusmiddelmedisin ennå ikke er godkjent som egen spesialitet. Kan man ha spesialisthelsetjeneste uten spesialister?

For å virke rekrutterende på leger som kan tenke seg en karriere innen fagfeltet, trengs det robuste og kreative fagmiljøer som er forankret i en spesialitet, og den bør komme nå. Klinisk forskning og utdanning er en forutsetning for å oppnå et faglig nivå. Et stimuleringsprogram for klinisk rusmiddelmedisinsk forskning, for eksempel etter mønster av Per Vaglums program for klinisk psykiatri, må på banen.

Øistein Kristensen
Kristiansand S

Litteratur

1. Steinert S. Behandling av narkomane. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1652.

Ny forskrift i smittevernet

Det er nylig kommet en ny MSIS- og tuberkuloseregisterforskrift. Ifølge høringsnotatet som ble sendt ut tidligere i år, var hensikten med endringene å gjøre behandlingen av helseopplysninger i MSIS og Tuberkuloseregisteret mer kjent og få utnyttet dataene bedre (1). Vi vil benytte anledningen til å kommentere noen av endringene.

Det er kommet meldeplikt til kommunelegen også for sykdommer i gruppe B (tidligere gruppe C) – altså seksuelt overførte infeksjoner. Vi synes det er svært bra, det vil gi kommunelegene mye bedre innsikt i lokal epidemiologi, noe som er en forutsetning for forebyggende arbeid. Ellers er etablering av Smittevernvakta (som kom med SARS, men som også er angitt i forskriften) et godt tiltak.

Vi skulle imidlertid ønsket oss noen flere endringer, først og fremst meldeplikt for laboratoriene til kommunelegen (f.eks. ved

kopi av meldingen som går til Folkehelseinstituttet). I Oslo har det i lengre tid vært en frivillig avtale med noen av laboratoriene, slik at disse sender oss kopier av svar for nåværende gruppe A. Vi har imidlertid ikke slik avtale med alle laboratoriene, og fortsatt gir MSIS-rapporter mer pålitelige tall for Oslo enn det vi kan produsere selv. I 2002 manglet vi nominativ melding for cirka en tredel av alle tilfeller. I tillegg kommer mange svært sent. Vi vil tro at andre store kommuner har et liknende problem. Departementet burde benyttet anledningen til å gjøre noe med dette. Samme argumentasjon som ovenfor kan gjøres gjeldende for nye gruppe B.

Det er kommet inn nye bestemmelser om varsling som erstatter tidligere bestemmelser om at «muntlig melding skal gis umiddelbart». Varsling er definert som «en umiddelbart formidlet beskjed». Det har til nå vært for dårlige rapporteringsrutiner om utbrudd av smittsom sykdom i sykehjem mv., men vi synes det kanskje blir litt drøyt når ethvert påvist eller mistenkt utbrudd skal varsles (altså meldes umiddelbart) på linje med SARS og meningokokksykdom, og det både til kommunelege og fylkesmann. Her synes vi man burde åpnet for noe skjønn og påbudt varsling bare for alvorlige utbrudd. Vi merker oss også at sykehus skal varsle omgående, mens de kommunale institusjonene bare skal varsle. Er det en glipp, eller kan varsling bety forskjellige ting?

Etter merknadene skal «utbrudd som har ført til eller kunne ha ført til betydelig personskade hos pasient» meldes skriftlig til Helsetilsynet i fylket. Kan ikke de fleste vanlige typer utbrudd (f.eks. gastroenteritter) i sykehjem føre til forverring eller dødsfall hos på forhånd dårlige pasienter? Hvordan skal dette avgrenses i praksis?

Til slutt: Hvorfor ikke samkjøre iverksettelse av en ny forskrift med utarbeiding og utsendelse av nye skjemaer?

Petter Elstrøm

Tore W. Steen

Helsevernetaten, Oslo kommune

Litteratur

1. Høring av utkast til forskrifter for MSIS og Tuberkuloseregisteret, SYSVAK og NORM. <http://odin.dep.no/hd/horsk/aktuelt/p20041847/brev/042041-080006/index-dok000-b-n-a.html> (29.7.2003).

Mening

Takk for en særdeles meningsfull artikkel om livets mening i Tidsskriftet nr. 13–14/2003 (1). Sammen med bokanmeldelsen (2) av Leo Tolstojs bok (3) fikk dette sommernummeret et virkelig eksistensialfilosofisk tilsnitt.

De eksistensialanalytiske tanker hadde en avgjørende innvirkning på medisinsk forståelse i etterkrigstiden frem til 1970-årene. Senere har det vært relativt stille

rundt dette temaet. Likevel vil betydningen av mening aldri ta slutt. Vi lever nå i en postmoderne og «samtidig» kultur som uttrykk for at moderniteten, som vokste frem av opplysningstiden og den industrielle revolusjon, har brutt sammen.

I rasjonalitetens navn er det fortsatt «lettere» å forholde seg til kunnskapsbaserte «sannheter». Viktig og riktig er det for våre pasienter at våre behandlinger er dokumentert virksomme, og at det gjøres medisinske fremskritt. Samtidig kan aldri liv og mening bevises.

Viljen til sannhet vil alltid være viktigere enn viljen til kunnskap. Karl Jaspers, som regnes som grunnleggeren av eksistensialfilosofien, sier at den rene vitenskap bare kan gripe de ytre ting som er av denne verden (4). Men, som han sier, vi vil dypest sett noe mer enn vitenskap.

I den postmoderne speilsal er det lov å se seg i speilet. Men er det meningsfullt? Er det det som binder oss sammen? Jaspers sier også at «fornuften er en kompassnål som skaper mulighet for en stadig voksende kommunikasjon av det mangfoldige som folder seg ut for oss, det som vet seg bundet til det ene, det som ikke tilhører noen og som alle tilhører» (4).

Jan-Øivind Holm

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Skaiå A. Betydningen av mening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1877–9.
2. Lund PJ. Det er ingen død mer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1908.
3. Tolstoj L. Ivan Iljitsj's død. Oslo: Dreyers forlag, 1967.
4. Jaspers K. Fornuft og anti-fornuft i vår tid. Oslo: Cappelen, 1952.

Kraftfull reklame?

Jeg mottok for en tid tilbake en pakke med tabasko fra Pfizer. På innpakningen stod ordet «Kraftfull» dokumentert med henvisning til to studier. I tillegg til tabasko inneholdt pakken produktinformasjon på ett ark. Tabasko-flasken er en foreløpig kulminasjon i strømmen av informasjon om valdekoksib, virkemidlet i Pfizers nye preparat.

I Legemiddelforskriften står det: «Reklame til helsepersonell må ikke være forbundet med utdeling av gjenstander, gaver, tjenester, premier eller noen annen form for ytelser av økonomisk verdi. Helsepersonell må heller ikke anmode om eller motta slike ytelser. Dette forbud er ikke til hinder for utdeling av gjenstander med ubetydelig verdi som står i forbindelse med utøvelse av vedkommende helsepersonells virksomhet.» (min utheving) (1).

Alene porto utgjør kr 20 for hver pakke utsendt. Innhold og emballasje kommer i tillegg. Ikke rart at preparatet koster minst tre ganger det behandling med for eksempel ibuprofen koster. Disse kostnader betales selvsagt av noen. Og «noen» er da dels

pasientene som får utskrevet dette preparatet, og i siste instans oss alle gjennom skatt. Det er i så måte en lykke at valdekoksib så langt ikke er tilskuddsberettiget.

Det er tidligere dokumentert at mengden av nyttig og produsentavhengig informasjon om legemidler langt overstiger tilgangen på produsentnøytral informasjon (2). Pfizer gjør narr av oss hvis de tror en flaske tabasko vil få oss til å forskrive valdekoksib, og det for pasientenes penger. Etter å ha mottatt denne pakken er jeg ikke lenger i tvil om hvorvidt reklame kan virke mot sin hensikt.

Torben Wisborg

Hammerfest

Litteratur

1. Forskrift om legemidler (Legemiddelforskriften). www.lovdata.no/for/sf/hd/-19991222-1559-044.html (21.7.2003)
2. Molaug PO, Spigset O. Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 585–8.

Politikk, personlig ansvar og egen helse

I Tidsskriftet nr. 12/2003 har Per Fugelli & Jan Helge Solbakk en artikkel om «forebyggende selvransakelse» med tilknytning til 400-årsjubileet for det norske helsevesen (1). Artikkelen gir en kritisk beskrivelse av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot individet som selv ansvarlig for egen helse, med tiltak som fysisk aktivitet og nøktern livsstil. Samtidig beskrives de politiske rammevilkår for helse og sykdom og relevante sosialmedisinske strukturer som glemt eller forsvunnet. Fugelli & Solbakk refererer i denne forbindelse til Stortingsmelding nr. 16, Resept for et sunnere Norge, som ble lagt frem av Helsedepartementet i januar 2003 (2). De samfunnsmedisinske institusjoner, Legeforeningen og Helsedepartementet oppfattes som ensidige talerør for det individrettede syn på sykdomsforebygging, mens de selv sterkt understreker at politikken og samfunnsutviklingen med forbedring og utjevning av levevilkårene er avgjørende for folks helse (1).

Vårt inntrykk er at forfatterne i sin polemikk mot det individrettede forebyggende arbeid, karakterisert som ensidig og moraliserende, selv har havnet på den motsatte flanke. En rimelig avveining av de forskjellige momenter er nødvendig. Vel er politikk og samfunnsutvikling med forbedring og utjevning av levevilkår av stor betydning for folkehelsen, men også under forskjellige økonomiske og sosiale kår vil individets ansvar for egen livsstil være viktig.

Det angis at helse og livsstil er et speilbilde av de rammevilkår som den enkelte er hensatt til å leve under. Dette er klart begripelig for folk som lever i flyktningleirer, asylmottak eller i fattige u-land, men er