



## Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

### Føtalt valproatsyndrom

Gunnar Houge og medarbeidere kommer i Tidsskriftet nr. 16/2003 med nyttige kommentarer (1) til vår artikkel om svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi (2).

Vi er enig i at ultralydundersøkelse i praksis stort sett har overtatt for fostervannsprøve ved spørsmål om nevrالرrørdefekt. Valget av formuleringen om at fostervannsprøve «bør vurderes» hos pasienter som bruker valproat og karbamazepin, skyldes flere forhold. Mange pasienter kjenner til fostervannsprøve og bringer ofte dette opp selv. Formuleringen er også brukt i Norsk Gynkologisk Forenings Veileder i fødselshjelp (3), der det også er anført at fostervannsprøve kan erstattes med ultralydundersøkelse ved «spesialsenter». Dette er den praksis Rikshospitalet stort sett har lagt seg på, i samsvar med rutinene ved Haukeland Universitetssykehus.

Valproat kan, som Houge og medarbeidere skriver (1), gi små og store misdannelser. Dette ble så vidt berørt i vår oversiktsartikkel (2). Det er også beskrevet misdannelser ved bruk av andre antiepileptika. Dette er spesielt problematisk ved nye preparater der dyreforsøk kan ha vist fosterskader, men der klinisk kunnskap fortsatt mangler. Også for eldre preparater er materialene i mange tilfeller små.

Alle gravide som bruker antiepileptika i Europa skal nå registreres i det såkalte EURAP-registeret. Om noen få år vil vi vite langt mer om hvilke antiepileptika som hyppigst gir fosterskader, hvilke fosterskader de gir, hvilke kombinasjoner som er særlig teratogene etc. Registreringen av norske pasienter gjøres gjennom alle landets nevrologiske avdelinger.

Houge og medarbeidere tar også opp spørsmålet om senskader som først kommer til syne etter mange år, for eksempel i form av lærevansker (1). De viser til den nylig gjennomførte Liverpool-undersøkelsen, der nesten 40 % av barna der mor hadde brukt valproat, hadde lærevansker. Dr. David Chadwick, som ledet undersøkelsen, la frem disse dataene ved åpningen av epilepsienheten ved Ullevål universitetssykehus i mai 2003. På det tidspunktet var undersøkelsen ikke publisert, bortsett fra i en møte-rapport fra september 2002 (4). Materialet er nå under publisering (David Chadwick, personlig meddelelse).

Få norske nevrologer vil i dag forordne

valproat under en graviditet om de har mulighet til å unngå det. Valproat er et meget effektivt antiepileptikum og for enkelte pasienter det eneste som holder dem anfallsfri. Anfall under graviditet, særlig status epilepticus, er farlig også for fosteret. Det er nødvendig å balansere fordeler og ulemper ved bruk av valproat til gravide. Vi håper at utviklingen av nye antiepileptika kan gi oss medikamenter med færre fosterskader og bedre anfallsforebyggende effekt.

**Erik Taubøll**  
**Leif Gjerstad**  
**Tore Henriksen**  
**Henrik Husby**  
Rikshospitalet

#### Litteratur

- Houge G, Fiskerstrand T, Øyen N. Føtalt valproat-syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2331.
- Taubøll E, Gjerstad L, Henriksen T, Husby H. Svangerskap og fødsel hos kvinner med epilepsi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1695–7.
- Dalaker K, red. Norsk Gynkologisk Forening. Veileder i fødselshjelp 1998. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
- Barrett C, Richens A. Epilepsy and pregnancy: report of an Epilepsy Research Foundation Workshop. Epilepsy Res 2002; 52: 147–87.

### Pass opp for avisskapt sensasjoner

Jon Ivar Elstad er forsiktig når han i sin artikkel i Tidsskriftet nr. 16/2003 kommer med en konklusjon om arbeidsmiljøets innvirkning på helsen (1). Men Dagsavisen slår det stort opp 28. august: «Dårlig jobb-miljø er verst for helsa. Røyking, kosthold og mosjon mindre viktig» (2). Steinar Westin synes å støtte opp om dette, han er enig i påstanden i avisen: «Dette gjør deg sykere enn burger og røyk: Trekk, kulde, risting, støy, farlige kjemikalier, tunge løft, stort arbeidspress, liten kontroll over eget arbeid og konflikter med ledelsen og kolleger» (2).

Jeg forstår Elstad dit hen at han tenker på samspillet av mange av disse faktorene, den aggregerte effekten. Diskusjonen i Elstads artikkel er nyttig lesing. Den inneholder mye selvkritikk til undersøkelsen. Jeg skal bare ta for meg et par av elementene. Den aller største feilkilden er feilseleksjon, som skyldes at bare 64 % responderte og gav svar. Slike undersøkelser er bygd på det fundamentale statistiske prinsipp at populasjonen man studerer, er *representativ* for

enheten. Hvilke svar ville de 36 % ha gitt? Man kan tillate seg lav responsrate hvis man kan sannsynliggjøre at observerte forskjeller ikke skyldes denne seleksjonen. Egenopplevd helse er en brukbar variabel i noen sammenhenger, men er ofte villedende. Et gammelt eksempel er studien fra et legedistrikt i Gudbrandsdalen der befolkningen ble spurt om hva de trodde betydde mest for deres helse. Som ventet mente de at røyking og livsstil betydde lite. Derimot var det et udekket behov for fysioterapisentre i området, og dette ble sterkest vekt-lagt!

Det er vel ingen som ikke mener at arbeidsmiljøet betyr mye for helsen. Jeg håper Elstad vil gå videre i dybden og se på veldefinerte variabler som går på psykososiale forhold og korrelere med bransje, type arbeid og størrelse på arbeidsplassen. Jeg er veldig enig med ham at interessen for arbeidsmiljøet «bør selvsagt ikke føre til en svekket innsats for å redusere usunn livsstil i befolkningen». Jeg håper Westin har samme oppfatning.

**Carl Ditlef Jacobsen**  
Kolbotn

#### Litteratur

- Elstad JI. Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2289–91.
- Vogt H. Dårlig jobb-miljø er verst for helsa. Dagsavisen 28.8.2003.

### S. Westin svarer:

Det spennende med Jon Ivar Elstads artikkel (1) er at den tar inn et livsløpsperspektiv som vi ellers ikke ser så mye av i denne type undersøkelser, og at helsetilstand som ung og rapporterte arbeidsbelastninger gjennom yrkeslivet ser ut til å bety mer for helsen enn livsstilsforskjeller blant de intervjuede 55-årige mennene.

Min første tanke da journalisten ringte, var at her kunne det være manglende kontroll for bakenforliggende faktorer og problemer med 36 % bortfall. Men det var ikke lett å se noe direkte galt i Elstads analytiske håndverk, selv om vi selvsagt kan diskutere hvordan man best kontrollerer for bakenforliggende forhold og hvilke mål for helse som er best egnet. Bortfall er i prinsippet av betydning. Men her er det grunn til å anta at bortfallet heller kan ha bidratt til at den observerte sammenheng

er underestimert heller enn overestimert, ettersom de intervjuede hadde noe høyere inntekt og utdanning enn de som ikke ble intervjuet. Det er altså vanskelig å bortforklare funnene.

Da var det fristende å peke på den inkonsistensen som ligger i at det meste av dagens forebyggende helsearbeid dreier seg om individuell livsstil, mens arbeidsmiljøet og andre miljøfaktorer som krever gruppe- og samfunnsrettede tiltak, nesten ikke er synlige på den politiske dagsordenen.

Elstads artikkel kan minne oss om at disse problemene ikke er borte, de er bare borte fra vår bevisste oppmerksomhet. Sett fra elitens ståsted er det lettere å moralisere over de mindre velståendes livsstil enn å iverksette forebyggende tiltak som koster penger og politisk vilje. Vi husker at da direktøren i 1960-årene fikk hjerteinfarkt, skyldtes det hardt arbeid og stress. Når langtransportsjåføren nå får hjerteinfarkt, skyldes det visstnok dårlig livsstil. Tidsåndens tenkemåte sitter i språket.

Det er på tide å se lenger enn til individuelle risikofaktorer. Miljø og kontekst er på vei inn igjen i epidemiologien, f.eks. med såkalte tonivåanalyser, som også gir vekt til de bakenforliggende strukturelle forhold som den enkelte lever i (2).

Her henger den nye folkehelsemeldingen (3) noen hakk etter. Som John Gunnar Mæland sier i en lederartikkel i Tidsskriftet nr. 9/2003: «Hva som særlig savnes i årets folkehelsemelding, er en klarere erkjennelse av at folkehelsen påvirkes av politiske valg på nasjonalt og overnasjonalt nivå» (4). Jeg håper Jacobsen har samme oppfatning.

#### Steinar Westin

Institutt for samfunnsmedisin  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

1. Elstad JI. Livsstil, arbeidsmiljøbelastninger og helseulikheter blant 55-årige menn. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2289–91.
2. Krokstad S, Magnus P, Skrondal A, Westin S. The importance of social characteristics of communities in the medically based disability pension. Eur J Publ Health 2003; akseptert for publisering.
3. Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge.
4. Mæland JG. Folkehelsemeldingen – fra prat til plan. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1174.

## Leger trenger kunnskap om menneskerettigheter, tortur og konflikter

15–20 % av flyktningene som kommer til Norge, har vært utsatt for fysisk eller psykisk tortur (1). Torturistene bruker ofte raffinerte metoder som nesten ikke etterlater synlige ytre skader. For mange er det vanskelig å fortelle hva de har vært igjennom. Likevel kan de bli storforbrukere av helsetjenester pga. fysiske, psykiske og

seksuelle problemer. Dersom helsepersonell ikke har i tankene at flyktningene kanskje har vært utsatt for tortur, vil man ikke kunne yte den hjelpen som trengs. For en asylsøker har det også stor betydning for utfallet av søknaden at ev. torturopplevelser kommer frem og at historien blir trodd. En grundig medisinsk undersøkelse der alle relevante funn blir dokumentert, kan være til stor hjelp. Dette krever at legen kan litt om vanlige torturmetoder og muligheter for behandling/rehabilitering.

Leger og annet helsepersonell har en spesiell posisjon i arbeidet med sårbare grupper som ikke er i stand til å forsvare egne rettigheter og interesser. Helsepersonell har ansvar for at pasientens rettigheter bli respektert i det norske helsevesenet og at overgrep blir unngått. Kjente eksempler på tidligere overgrep er tvangssteriliseringen av tater og psykisk utviklingshemmede.

Helsepersonell trenger kunnskap om voldsforebygging og helsemessige ringvirkninger av krigføring. Svært mange medisinstuderenter i Norge er interessert i å arbeide som lege i et utviklingsland. Mange av disse landene er herjet av borgerkrig.

Studentavdelinger av organisasjonen International Physicians for the Prevention of Nuclear War har vært pådrivere for å få menneskerettigheter, tortur og konflikter inn i studieplanene for alle medisinstuderenter.

I Norge har vi jobbet med dette de siste fire årene og har henvendt oss til de medisinske fakultetene. I hardt pressede studieplaner er det imidlertid vanskelig å få nye temaer inn på pensum. Fagmiljøene mangler kompetanse på dette feltet og har ofte ikke penger på timelærerbudsjettet til å hente inn kompetente gjesteforelesere.

Vi har argumentert med at 6–8 timer i løpet av et seksårig studium burde være gjennomførbart for å lære om de viktigste praktiske problemene vi kan møte som leger. I Bergen har fagområdene allmennmedisin, pediatri, sosialmedisin, internasjonal helse og rettsmedisin gått med på å ta inn 1–2 timer hver om relevante sider av menneskerettigheter, tortur og konflikter.

Vi utfordrer med dette alle medisinske fakulteter i Norge til å timeplanfeste minst seks timer tverrfaglig undervisning i menneskerettigheter, tortur og konflikter.

#### Ingvild Fossgard Sandøy

#### Klaus Melf

Norske leger mot atomvåpen

#### Litteratur

1. Lie B, Skeie H. Torturskader – en medisinsk utfordring. Diagnostisering og behandling av falanga. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1073–5.

## Sykehuspolitikk på skjevt spor?

Staten har overtatt sykehusene, og en ny sykehusdebatt er reist. Vi har unike muligheter til ny organisering, og har sett de første tegn til en ny modell. Et par lokalsykehus er foreslått nedlagt, enkelte små fødeavdelinger foreslås gjort om til jordmorstyrte fødestuer. Særlig det siste vil mange ha delte meninger om.

Sentralsykehusene har vært hjørnesteiner i vårt sykehusvesen. Noen steder har man imidlertid sett at ambisiøse politikere og leger har forsøkt å bygge sentralsykehus ut til små helsepolitiske kongeriker. Helsedirektør Karl Evang stod i sin tid for sentralsykehusideen. Han ble av mange beskyldt for sentralisering, særlig i de fylker som måtte nedlegge lokalsykehus. Selv hevdet han at modellen i virkeligheten var desentralisering. Han hadde antakelig rett.

En rekke krav kan naturlig reises til et norsk sykehusvesen:

- Et medisinsk-faglig høyverdig tilbud med alt det moderne medisin kan tilby er primært.
- Helsebudsjettene størrelse gjør det nødvendig å hente en optimal rasjonaliseringsgevinst – «mest mulig ut av hver krone».
- Publikum på sin side ønsker et tilbud i sin nærhet. Ingen ønsker timelange reiser for de enkleste undersøkelser eller vurderinger. Det ligger også realiteter bak et krav om hjelp i nærmiljøet. En vurdering av hva lange avstander koster, savner vi. Både tapt arbeidstid og reiser koster samfunnet penger.

Det er mulig at alle krav kan innfris. Små spesialiteter som øye, øre-nese-hals, revmatologi, nevrologi, hematologi, endokrinologi, patologi m.m. stiller sjelden store krav til øyeblikkelig hjelp-funksjonen, men de krever ofte den mest avanserte kunnskap og teknikk. Det kan stilles spørsmål om det ikke er her det kan spares både penger, personell og nattevakter. Som ekstra gevinst får man større og mer slagkraftige avdelinger faglig sett.

Personlig tror jeg ikke man henter de store gevinster ved å ignorere det en lokalbefolkning kjemper hardt for å beholde. De har gode argumenter for sitt syn. Vi som leger bør også vokte oss for å bli «sekte-rister». Tjenesten på mindre sykehus gir en bredde og et helhetssyn som de store sykehusene ikke lenger kan sørge for. Med et hjertesukk ber jeg om at den ofte overtunge administrasjon blir lagt under lupen.

#### Emil Edwin

Kragerø