

## Råd til varslere

Jeg har med interesse lest diskusjonen i Tidsskriftet nr. 10/2006, nr. 12/2006 og nr. 13–14/2006 samt andre medier omkring boken *Varsleren* (1), men savner så langt kommentarer til forfatterens konklusjon. Han uttrykker den selv slik i et innlegg i *Dagbladet*: «Etter å ha skrevet boken «Varsleren» er jeg likevel ikke i tvil (...) Ingen bør ta på seg den byrden det er å varsle om alvorlige forhold på sin arbeidsplass» (2).

Dette fremstår som noe mer enn en ren hypotese eller meningsytring. Påstanden er lettfattelig, virker umiddelbart nærliggende etter en slik saksfremstilling, bekreftes av andre liknende undersøkelser og spres gjennom flere kilder. Derfor vil den antakelig ha stor gjennomslagskraft som et generelt råd, selv om konklusjonen kun er underbygd med en enkeltsak. I bokens innledning står det ellers at de fleste norske arbeidstakere faktisk er «varslere» i en vid forstand. Sannsynligvis ville det få dramatiske følger hvis alle disse skulle følge oppfordringen om «å holde kjef», ikke minst i helsesektoren. Imidlertid tilføyer Hustad ifølge *Klassekampens* nettutgave: «Varslerdefinisjonen bør avgrenses til dem som får føle hvordan det er å gå mot makten og blir utsatt for alvorlige formelle eller uformelle sanksjoner» (3).

Jeg antar derfor at rådet gjelder når slike konsekvenser er forutsigelige. Dersom den omtalte «varsleren» ikke var kjent med farene i utgangspunktet, blir det i så fall tvilsomt om historien faktisk underbygger konklusjonen. Hvis han derimot var det, kan oppfordringen oppfattes som en korleksjon til «varsleren» i ettertid og avlede oppmerksomheten fra bokens egentlige tema, som angivelig er maktmisbruk og etikk.

Det er forståelig hvis de som har erfaring med urettferdige represalier, føler at «verden er ond og at vi må tilpasse oss det». Men samtidig virker det umiddelbart destruktivt når vi skal overbevises om både at noe er fundamentalt galt i arbeidslivet og at intet kan gjøres med det. En slik innstilling kan også bli en alvorlig belastning for utsatte varslere i ettertid (4). I en bokomtale oppgitt som referanse i *Varsleren*, er man også inne på dette (5). Derfor finner jeg det uheldig at boken kan oppfattes som en oppfordring til å vise avmakt.

Hustads faktafremstilling, som tidligere er kommentert i Tidsskriftet, skaper sannsynligvis leserforventninger om en form for anbefaling. Forfatteren hadde antakelig tjent det formålet bedre ved å fremheve konstruktive tiltak.

**Jan Gregersen**

Lillestrøm

### Litteratur

- Hustad J. *Varsleren*. Oslo: Spartacus, 2006.
- Hustad J. Best å holde kjef. *Dagbladet* 19.4.2006.

- Skjeseth A. Uttak er varslers lønn. *Klassekampen* 19.4.2006. [www.klassekampen.no/kk/index.php/news/home/artical\\_categories/nyheter/2006/aprill/uttak\\_er\\_varslers\\_loenn/varsler](http://www.klassekampen.no/kk/index.php/news/home/artical_categories/nyheter/2006/aprill/uttak_er_varslers_loenn/varsler) (5.7.2006).
- Alford CF. *Whistleblowers: Broken lives and organizational power*. Ithaca, NY: Cornell University Press, 2001.
- Martin B. What's the meaning of whistle blowing? [www.now.edu.au/arts/sts/bmartin/pubs/02whistle01.html](http://www.now.edu.au/arts/sts/bmartin/pubs/02whistle01.html) (1.9.2006).

## Warfarinbehandling ved atrieflimmer

Bjørn Bratland publiserte i Tidsskriftet nr. 2/2006 en interessant retrospektiv observasjonsstudie om warfarinbehandling i allmennpraksis (1). Fra randomiserte studier vet vi at slik behandling, på indikasjonen kronisk atrieflimmer, er mer effektiv enn behandling med acetylsalisylsyre. Hvis vi sammenlikner indirekte, vil vi spare 25 hjerneslagtilfeller årlig for hver 1 000 behandlede med warfarin (2), mens acetylsalisylsyre vil forebygge ti tilfeller blant de samme pasientene (3). Fordelen med behandlingen er noe usikker pga. kort oppfølging i de kliniske studiene og usikre estimater over merrisikoen for blødning blant warfarinbehandlede (2).

En enda større usikkerhet er knyttet til om behandlingseffekten – og mereffekten av warfarin – kan gjenfinnes i den vanlige kliniske hverdag. Så vidt meg bekjent er det få studier av effekt etter at medikamentet er kommet i daglig klinisk bruk (effectiveness), som kan gi oss kunnskap om nytte-kostnad-brøken i den alminnelige daglige praksis. Derfor er Bratlands artikkel interessant ved at den rapporterer fra en praksis med høy kvalitet i norsk allmennmedisin. Nyten av behandlingen kan derfor i denne studien være overestimert og skadene underestimert i forhold til vanlig klinisk praksis i landet.

Bratland finner at blant pasientene med diagnosen atrieflimmer ser warfarinbehandlingen ut til å forebygge ni av forventet 11 iskemiske slag. Acetylsalisylsyre ville hatt en forventet effekt på 3–4 forebygde tilfeller, dersom vi stoler på den indirekte sammenlikningen over. Prisen er ifølge artikkelen to hjerneblødninger og et ukjent antall (livstruende) gastrointestinale blødninger. Tall for slike blødninger er bare gitt for hele populasjonen samlet, og ikke for atrieflimmerpasientene separat. Bratland konkluderer i sin artikkel: Likevel blir konklusjonen at dette er en behandlingsmetode med høy gevinst som kan gjennomføres i allmennpraksis (1).

Jeg synes at funnene indikerer at den nytte som dokumenteres i klinisk kontrollerte studier, muligens ikke gjenfinnes i klinisk hverdagspraksis. Legemiddelverket bør initiere «effectiveness»-studier som kan klarlegge om vi påfører pasientene mer skade enn nytte av denne behand-

lingen. Spesielt viktig er dette i en situasjon hvor jeg opplever å komme i konflikt med mine sykehuskolleger ved Haukeland Universitetssjukehus, som i det siste har utvidet indikasjonen for warfarin til å gjelde pasienter også med paroksyttisk atrieflimmer. Er behandlingen også dokumentert med denne indikasjonen? Er det ikke grunn til å forvente at nytte-kostnad-brøken blir ugunstig dersom indikasjonsstillingen for behandling med warfarin inflateres?

**Eivind Meland**

Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen

### Litteratur

- Bratland B. Warfarinbehandling i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 162–5.
- Aguilar MI, Hart R. Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 20: CD001927.
- Aguilar MI, Hart R. Antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2: CD001925.

### B. Bratland svarer:

Eivind Meland tar opp et viktig spørsmål, nemlig om effekten av warfarinbehandling ved atrieflimmer som påvises i kontrollerte studier, kan gjenfinnes i den alminnelige daglige praksis. I min undersøkelse (1) er pasientene med atrieflimmer en undergruppe som bare delvis behandles separat. Det står imidlertid anført i artikkelen, under mellomtittelen *Alvorlige blødninger*, at i denne gruppen med 215 pasientår på warfarin var det fire pasienter med alvorlig blødning, hvorav to med hjerneblødning. De andre to hadde gastrointestinal blødning. Dette gir ca. to alvorlige blødninger per 100 behandlingsår, som er det samme som for hele materialet. Det stemmer godt med en rekke kontrollerte studier. Dette indikerer at kostnadene (blødningene) er som i kontrollerte studier.

Gevinsten er en mer usikker variabel. Den er sterkt avhengig av hvor stor risikoen for emboli er hvis pasientene forblir ubehandlet. I denne atrieflimmergruppen, med gjennomsnittsalder 74 år og betydelig innslag av annen sykdom, er det holdpunkter for en årlig risiko på minst 5 % (2). Min tolking vil derfor fortsatt være at behandlingen gir en klar gevinst.

Den største kliniske utfordringen i hverdagen er etter min mening de eldste pasientene med mye tilleggssykdom, slik som tidligere hjerneslag, hjertesvikt, diabetes og cancer. Her kan risiko uten behandling kanskje komme opp i over 10 %. Samtidig øker blødningsrisikoen (1). Både teller og nevner i nytte-kostnad-brøken kan øke betydelig, og det blir da vanskelig, men samtidig ekstra viktig, å ta en riktig avgjørelse.

Hvis man på den annen side utvider indikasjonen til å omfatte grupper med lavere risiko, vil bildet endre seg mye. Paroksys-tisk atrieflimmer er anført å ha en årlig risiko for emboli på omkring 2 % (2). Likevel er det relativt klare anbefalinger fra sykehushold om behandling (3). Jeg er, som Eivind Meland, usikker på om dette er fornuftig. Det skal lite til før nytte-kostnad-brøken da blir under 1.

Trygg warfarinbehandling er avhengig av godt samarbeid mellom sykehus og primærleger. Det er viktig med en felles forståelse av indikasjoner, nytte og kostnader. Mye godt arbeid har vært gjort (4), men fortsatt finnes usikkerhet og uro omkring deler av behandlingen.

#### Bjørn Bratland

Legegruppen Grandgården  
Arendal

#### Litteratur

1. Bratland B. Warfarinbehandling i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 162–5.
2. Gjesdal K. Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 191–2.
3. Gjesdal K. Antikoagulasjonsbehandling ved forbigående atrieflimmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 950–2.
4. Reikvam Å, Sandset PM. Warfarinbehandling i praksis. Oslo: Den norske lægeforening, 2005.

#### Å. Reikvam svarer:

Vil en medikamenteffekt som er påvist i kontrollerte kliniske forsøk (efficacy), gjenfinnes når medikamentet tas i bruk i daglig klinisk praksis (effectiveness)? Den umiddelbare reaksjonen er at det gjør den, også når det gjelder warfarinbehandling. I sin observasjonsstudie har Bjørn Bratland blant annet undersøkt forekomsten av blødning blant 260 pasienter behandlet med warfarin i allmennpraksis i perioden 1988–2003 (1), hvorav 107 på indikasjonen atrieflimmer. Funnene indikerer en betydelig gevinst ved warfarinbehandling, idet antall unngåtte tromboemboliske slag sannsynligvis klart oversteg omkostninger i form av blødningstilfeller, men nytte-risiko-vurderingen var beheftet med stor usikkerhet.

Hos pasienter med residiverende atrieflimmer har strategien i mange tiår vært å holde pasientene i sinusrytme, ved medikamentell konvertering eller elektrokonvertering. Nyere studier har vist at vektlegging av slik rytmekontroll ikke nødvendigvis har fordeler fremfor en strategi basert på frekvenskontroll, det vil si akseptabel ventrikelfrekvens. I AFFIRM-studien med pasienter med residiverende atrieflimmer var det en ikke-signifikant bedre overlevelse i pasientgruppen som fikk frekvenskontroll sammenliknet med rytmekontrollgruppen, og bruk av warfarin var fordelaktig (2).

Atrieflimmer kan opptre med ulikt mønster og inndeles gjerne i kategoriene paroksysmal, persisterende og permanent

(3). Om disse ulike kliniske mønstrene medfører ulik risiko for cerebral tromboemboli, er ikke sikkert dokumentert – og dette er heller ikke lett å undersøke i epidemiologiske studier. Betrachtninger med utgangspunkt i patofysiologi indikerer risiko for tromboemboli ved alle mønstre (3, 4). Ifølge amerikanske og europeiske retningslinjer er det rimelig at valg av tromboseprofylakse er det samme for alle mønstre (3). Imidlertid kan eksempelvis paroksysmal atrieflimmer opptre med svært ulik hyppighet, fra noen få anfall i løpet av et år til mange anfall i uken, noe jeg mener det er riktig å ta hensyn til ved vurdering av antitrombotisk behandlingsindikasjon.

Ved atrieflimmer må også andre risikofaktorer identifiseres, og alder er en viktig faktor, ettersom antitrombotisk behandling vil bli ulik i forskjellige aldersgrupper (3). Insidensen av atrieflimmer øker kraftig med økende alder; det samme gjør risikoen for cerebral tromboemboli. Dette skulle tilsi at antitrombotisk behandling er særlig nyttig hos de eldste pasientene, men disse har også den høyeste risikoen for blødning. En løpende og individuell nytte-risiko-vurdering er derfor nødvendig.

#### Åsmund Reikvam

Institutt for farmakoterapi  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Bratland B. Warfarinbehandling i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 162–5.
2. The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2002; 347: 1825–33.
3. AC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation – executive summary. Eur Heart J 2006; 27: 1979–2030.
4. Gersh BJ, Tsang TS, Barnes ME et al. The changing epidemiology of non-valvular atrial fibrillation: the role of novel risk factors. Eur Heart J 2005; 26 (Suppl C): C5–11.

#### Legers uvitenhet?

«Det må da gå an å snakke med saksbehandleren?» sier legen til langtidsmottakeren av sosialhjelp, som opplever det som turtur å ha bare 50 kroner dagen å leve av. Trikkebilletten tur-retur lege koster 60 kroner.

«Men har du ikke venner da, som kan låne deg noen kroner?» spør fastlegen, hvis ektefelle stiller opp når hun er syk. Lite vet hun om uverdigheten og sårbarheten ved å låne penger. Lite aner hun om at venner mister tålmodigheten når årene går og sosialhjelpens umyndiggjørende eksistensminimum er eneste inntektskilde. Og skal venner stille opp der det offentlige svikter?

Høyskolen i Oslo la nylig frem en rapport som viste at langtidsmottakere av sosialhjelp er sykere enn både uføretrygdede og befolkningen generelt. Livsopp-holdet per måned er flere tusen kroner lavere enn alle anbefalte normer, fordi

sosialhjelp er ment for en kort tid. Likevel blir enkelte gående i årevis, uten at livsopp-holdet øker.

Følgende telefonsamtale utspant seg mellom langtidsmottaker av sosialhjelp og sosialsjef:

Klient: Jeg leverte inn søknad om nødhjelp i dag klokken ni. Damen i resepsjonen sa dere skulle kontakte meg i løpet av dagen. Nå er klokken tre. Banken stenger. Jeg har ikke hørt noe fra dere og er uten penger og mat.

Sosialsjef: Jeg sitter med søknaden her nå. Den blir avslått.

Klient: Men hvordan kan du avslå når du vet at jeg er uten penger? Er ikke sosialkontoret forpliktet til å hjelpe da?

Sosialsjef: Du får lese vedtaket. Så får du eventuelt klage.

Klient: Jeg klager herved muntlig på avslaget.

Sosialsjef: Du må lese vedtaket, så du vet hva du skal klage på.

Klient: Kan du vennligst lese opp vedtaket nå?

Sosialsjef: Du får det i posten. Du behøver ikke klage i dag.

Klient: Men jeg har jo ikke penger! Hvordan skal jeg overleve, i dag er det torsdag?

Sosialsjef: Du får komme hit og hente vedtaket da.

Klient: Jeg har verken helse eller penger til å kjøre buss i timevis fordi du nekter å lese opp vedtaket over telefon. Dessuten er sosialkontoret pliktig til å rådgi klienter som klager.

Sosialsjef: Ja, det gjør vi gjerne. Men da må du vente til mandag, da er din saksbehandler tilbake.

Klient: Men i dag er det torsdag. Jeg er uten penger og mat. Hva skal jeg leve av i mellomtiden?

Sosialsjef: Dette har jeg ikke tid til. Nå stenger vi snart. Andre klienter venter.

Klient: Du er sosialsjef, du er bevisst hva du gjør, dette er misbruk av makt.

Sosialsjef: Jo, jeg er da bevisst. Du har fått skriftlige vedtak på alle dine søknader.

Seks dager med ytterligere diskusjon fulgte før langtidsklienten mottok 50 kroner per dag i 24 dager. Gjett hvem som krever all sosialhjelp tilbakebetalt når nedpsyket og umyndiggjort klient får etterbetalt uføretrygd? Det er kommunen, det!

#### Liv Serine Helgesen

Oslo

#### Om å bli førstegangsgammel

Jeg vil tro at følelsene og opplevelsene som Arnfinn Engeset beskriver så åpent og nakent i sin artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2006 (1) er felles for mange, kanskje alle som oppnår det våre besteforeldre kalte støvets år.