

For å kunne gi bedre behandling og sette i verk effektive forebyggende tiltak mot akutte forgiftninger er pålitelig statistikk nødvendig

Akutte forgiftninger og statistikk

Selvpåførte forgiftninger innebærer ofte livstruende akutte tilstander som krever rask og kyndig behandling. Folk flest stoler på at helsevesenet har presise kunnskaper om behandling av akutt forgiftning, men mange tror – feilaktig – at enhver giftig substans har sin motgift.

I dette nummer av Tidsskriftet legger Grethe Helen Bøe Lilleeng og medarbeidere frem resultatene fra en studie av akutte forgiftninger i Norge i perioden 1999–2004 (1). Dette er en registerundersøkelse med utgangspunkt i Norsk pasientregister og dødsårsaksregisteret. Den viser blant annet at letaliteten er lav (under 1 %) blant dem som innlegges i sykehus pga. akutt forgiftning, og at de fleste av dem som dør av forgiftning i Norge, ikke hadde vært i kontakt med sykehus for å få adekvat behandling. Dette illustrerer flere viktige poenger ved behandlingen av akutte forgiftninger. Hos dem som dør utenfor sykehus, finner man ofte lavere medikamentkonsentrasjoner enn hos dem som kommer til sykehus og overlever uten komplikasjoner og skader. Sykehusprosedyrene er ofte ikke spesielt avanserte – det er som regel symptomatisk behandling med overvåking av vitale funksjoner og tiltak for å forhindre komplikasjoner.

Prinsippene ved behandling av akutte forgiftninger ble etablert for over 50 år siden (2). Da var letaliteten ved slike hendelser så høy som 30–50 %. Dødsfallene skyldtes som regel komplikasjoner, slik som aspirasjon og hypotensjon, eller bivirkninger etter irrasjonell behandling, for eksempel kramper og hjerneblødning etter tilførsel av sentralstimulerende substanser. Førstehjelp og anestesilogiske behandlingsprinsipper har vært de viktigste tiltakene for å redusere risikoen for følgetilstander eller død og er fortsatt hjørnesteinen i behandlingen.

Sykdom og død etter akutte forgiftninger er i meget stor grad knyttet til medikamentenes toksisitet. Ett viktig forebyggende tiltak har vært å avregistrere svært toksiske preparater, for eksempel barbituratsove- midler, metakvalon og meprobamat, og å erstatte toksiske hånd- kjøpspreparater med mindre toksiske midler, for eksempel paracetamol istedenfor acetylsalisylsyre. Man har også redusert den mengden man kan få uten resept og har pakket tablettene i blister- pakker, noe som gjør det vanskeligere å innta en stor dose raskt på impuls. Slike tiltak er gjennomført på bakgrunn av tilgjengelig stati- stikk og epidemiologiske studier. Forskrivningspraksisen kan også endre seg ved at det kommer nye og antatt mindre toksiske prepa- ratene på markedet, for eksempel selektive serotoninopptakshem- mere (SSRI-preparater) istedenfor trisykliske antidepressiver.

For at man skal kunne identifisere et problem, igangsette tiltak og måle en eventuell effekt, må man ha pålitelig statistikk. Med utgangspunkt i blant annet sentrale registre er det vist at økningen i forbruket av paracetamol var ledsaget av en økning i antall parace- tamolforgiftninger, men at alvorlige forgiftninger er sjeldnere i land der man har redusert pakningsstørrelsen (3, 4). Mye tyder på at for- giftninger med SSRI-preparater nå er vanligere enn forgiftninger med de mer toksiske trisykliske antidepressivene (5), men norske nasjo- nale data om dette finnes ikke. I de nasjonale helseregistrene har det etter 1999 ikke vært mulig å identifisere hvilke preparater som er mest brukt ved forgiftninger (3). Man får da ikke en fullstendig over- sikt over toksisiteten knyttet til ett preparat og får heller ikke evaluert

effekten av enkelttiltak, for eksempel det å frigi minstepakninger av paracetamol til salg i dagligvarehandelen. Henvendelsesstatistikk fra Giftinformasjonen kan være en pekepinn, men gir ikke noe pålitelig bilde av antall sykehusinnleggelses og forløpet av disse.

I sin artikkel påviser også Lilleeng og medarbeidere at en firedel av pasientene med akutt forgiftning har etanolbruk som hoved- eller bidiagnose (1). Dette er en lavere andel enn det som vanligvis rap- porteres (30–60 %). I mange studier er det påvist at alkohol har vært en viktig utløsende faktor ved selvpåførte forgiftninger. Alkoholfor- bruket i befolkningen er økende, spesielt blant de unge, og det gir grunn til bekymring. En tilsynelatende nedgang i forekomsten av etanolbruk ved akutte forgiftninger er neppe et reelt fenomen. Inn- trykket av utilfredsstillende registrering blir forsterket ved at opplys- ninger om intensjonen bak forgiftningen heller ikke er med.

De sentrale registrene er basert på innrapportering fra mange sykehus. Kodingen er neppe tilfredsstillende. Én årsak til dette kan være økonomi. Det er grunn til å tro at mye av kodingen er taktisk – man velger den koden som gir best økonomisk uttelling for syke- huset. Det skal ikke mange «avvik» i sykdomsforløpet til før en «komplikasjon» blir en «hoveddiagnose». En annen faktor er at legene finner det tungvint å kode etter ATC-systemet, som for mange er komplisert og detaljert i en hektisk klinisk hverdag. Kon- sekvensene kan være at kunnskapen om forgiftningsepidemiologi på nasjonalt nivå kan forsvinne og at mulighetene for å sette inn målrettede og målbare tiltak dermed svekkes betydelig. Prospektive enkeltstudier er viktige, men de er uegnet som nasjonale overvå- kings- og prioriteringsverktøy. Samtidig har befolkningen store for- ventninger om og krav til hva helsevesenet skal kunne utrette. For å kunne gi bedre behandling og sette i verk effektive forebyggende tiltak trengs det pålitelig statistikk.

Hvordan kan så registreringen bli bedre? Koden og refusjonen den utløser må gjenspeile virkeligheten, dvs. at det må være en tydelig sammenheng mellom diagnose, ressursbruk og refusjon. I dag er ikke dette alltid tilfellet. Kodingen må bli så enkel og anvendelig at den faktisk vil bli brukt i en hektisk klinisk hverdag, og det må skapes en bevissthet om betydningen av korrekt kodepraksis hos leger i klinisk virksomhet og i sykehusadministrasjoner.

Tarjei Rygnestad
tarjei.rygnestad@ntnu.no

Tarjei Rygnestad (f. 1954) er dr.med., spesialist i anesthesiologi og i klinisk farmakologi og professor i farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Lilleeng GHB, Berg KJ, Gjertsen F et al. Akutte forgiftninger 1999–2004 – sykkelighet og dødelighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1023–7.
- Clemmesen C, Nilsson E. Therapeutic trends in the treatment of barbiturate poisoning. The Scandinavian method. Clin Pharmacol Ther 1961; 2: 220–9.
- Bøe GH, Haga C, Andrew E et al. Paracetamolforgiftninger i Norge 1990–2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1624–8.
- Hawton K, Simkin S, Deeks J et al. UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. BMJ 2004; 329: 1076–80.
- Rygnestad T, Fagerhaug Ø. Akutte selvpåførte forgiftninger i Trondheims- området 1978–2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2736–9.