

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Kan man stole på selvrapporing av rusmiddelbruk?

Rusmisbruk er forbundet med skam og skyld. Man regnet tidligere med en underreportering på 50 % (1). I en nyere studie (2) har man ved å kombinere EuropASI-intervju (3) med urinprøvescreening funnet noe bedre overensstemmelse.

På avgiftningsposten, Sørlandet Sykehus, Kristiansand, gjør vi med ujevne mellomrom tverrsnittstudier med urinprøvetesting for å finne ut hva slags rusmidler pasientene har i kroppen når de møter til avrusning. Pasientene bruker alle typer rusmidler. Blandingsmisbruk utgjør 80 %. Vi var interessert i å finne frem til en metode som kunne øke treffsikkerheten ved intervju i forhold til laboratoriefunn. Undersøkelsen ble gjort i februar 2009. 20 pasienter (fire kvinner, 16 menn) i alderen 20–65 år, fortløpende innlagt, ble inkludert i studien. To ble innlagt som øyeblikkelig hjelp, det var fire LAR-pasienter og i alt 17 hadde tidligere vært innlagt.

Sykepleier tar imot pasientene og ber dem fylle ut rusdelen i MINI-intervjuet (4), der man skal oppgi hvilke rusmidler som er brukt. Utfylt skjema leveres legen, som bruker det som grunnlag for samtale. Underende spør han: «Kan alt dette være rett? Er det noe du vil ha fjernet? Hjelp meg å få det rett.» Samtalen foregår i en rolig atmosfære. Resultatet blir som oftest paradoksal ved at pasientene tenker seg om og plusser på. Vi fant i studien 100 % overensstemmelse mellom urinfunn bestemt væskematografisk/massespektrometrisk og oppgitte svar. Dette betyr at man ved hjelp av et kartleggings-skjema kan oppnå korrekte svar uten urinsprøvescreening dersom man stiller grundige og gode spørsmål.

Adrian Razvan-Pasareanu
Øistein Kristensen
Kristiansand

Litteratur

1. Bruusgaard D, Rutle O, Aasland OG. Alkoholproblemer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1431–5.
2. Helseth V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. Rusmidelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1178–80.
3. Kokkevi A, Hartgers C. European Addiction Severity Index EuropASI Zürich: EuropASI Working Group, Cost A6, 1994.
4. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.):

the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59 (suppl 20): 22–33.

Hemokromatos

I Tidsskriftet nr. 9/2009 ges en utmärkt sammanfattning av dagens kunskap kring hemokromatos (1), men artikkelen ger også anledning till eftertanke. Med utgangspunkt fra blant annet den oppmerksomme HUNT-studien ges nu en elegant oppdatering av arftlig hemokromatos og dess behandling. Författarna gläder oss med att stödja vår synpunkt från Tidsskriftet 1981 att mutationen kanske uppstod på Vestlandet (2). Men Milman, som de citerar, anger i stället att anfadern var en dansk viking (3)! Kanske en färsk studie från Ålesund kan stödja vestlandshypotesen? Här fann man att 22 av 34 överviktiga utan järnöverskott bar på C282Y-mutationen (4). Sådan allelefrequens 22/68 (32,3 %) skulle innebära att Vestlandets Ålesund passerar Dublin (14 %) som världens hemokromatosrikaste stad!

Vestlandets Bergen har også hemokromatos, men prevalenssiffror anges ej (5). Bland patienterna ingår här även heterozygoter för C282Y. Gott därför att författarna nu klargör att begreppet «arftlig hemokromatos» ej innefattar heterozygoter.

Det som främst leder till eftertanke är förslaget att vänta med behandling till dess att plasma-ferritinnivån passerat 500 µg/l även om «andre hevder att behandling kan vente till > 1 000 µg/l». Men skall man överhuvudtaget nämna ett sådant alternativ, då man vet att biokemisk leverpåverkan med ALAT-stegring redan förekommer vid plasma-ferritinvärdet < 1 000 µg/l (6)?

Jag är fullständigt enig med författarnas budskap att inte alla människor med arftlig hemokromatos behöver behandlas. Idag informeras den unga, friska homozygoten om att vi inte vet om han eller hon behöver behandlas. Dock talar vi om att blodgivning med all sannolikhet eliminerar en sådan risk. Det är då en fördel för oss att svenska blodbanker godkänner dessa som blodgivare, men synd att norska blodbanker inte kan på grund av infektionsrisiker under behandlingsfasen. Dessa regler är inte unika för Norge. De blodbanker jag samarbetat med, Östersund (> 30 år) och Sahlgrenska i Göteborg (Jan Konar), har inte kunnet rap-

portera ett enda fall av sådan komplikation. Idag är det ofta brist på blod. Många friska med arftlig hemokromatos skulle nog vilja bli blodgivare lika väl som att gå och vänta på att bli sjuka eller att få sitt plasma-ferritinnivå att stiga över 500 µg/l.

K. Sigvard Olsson

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Litteratur

1. Hagve T, Åsberg A, Ulvik R et al. Hemokromatose – fra underdiagnostisert kuriositet til folkesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 863–6.
2. Olsson KS, Ritter B. Idiopatisk hemokromatose. Leserbreve. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 1664.
3. Milman N, Pedersen P. Evidence that the Cys282Tyr mutation of the HFE gene originated from a population in Southern Scandinavia and spread with the Vikings. Clin Genet 2003; 64: 36–47.
4. Brudevold R, Hole T, Hammerstrøm J. Hyperferritinemia is associated with insulin resistance and fatty liver in patients without iron overload. PLoS ONE. 2008; 3: e3547.
5. Davidsen ES, Liseth K, Omvik P et al. Reduced exercise capacity in genetic haemochromatosis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14: 470–5.
6. Olsson KS, Ritter B, Lundin PM. Liver affection in iron overload studied with serum ferritin and serum aminotransferases. Acta Med Scand 1985; 217: 79–84.

Forlenget legelicens?

«Nu maa De skynde dem, Hansen, eller så blir det for sent» (fritt etter Fr. Nansen).

Siste helg i juli ble for meg høyfebril. Diagnosen kunne jeg stille selv, men de nødvendige prøvene kunne jeg ikke ta, og medisiner kunne jeg ikke skrive ut. Feilen var min egen: Jeg ble 75 år for noen måneder siden og hadde somlet med å sende inn søknad om forlengelse av legelicensen.

Alt dette er selvfølgelig uinteressant for statsråd Bjarne H. Hanssen. Men jeg håper at følgende forslag vil vekke hans interesse:

Vi står foran en pandemi, med store problemer for alle ledd i Helse-Norge. Samtidig er vi noen hundre norske leger som 75 år eller eldre. Mange av dem er sikkert langt bedre enn meg til å stille diagnoser, ta prøver og forordne medisiner og eventuell innleggelse.

Send oss et enkelt brev, si gjerne at Norge trenger dere og håper at dere vil stille opp. Be oss sette «ja» i rubrikken for svar og postlegge brevet snarest – og forlenget lisens vil følge omgående.

Jeg tror at jeg kjenner denne kohorten av

kolleger ganske godt, og jeg er overbevist om at svaret vil bli: «Vi kommer sent, men vi kommer godt, Herr Statsraad!»

Tore Midtvedt
Gjettum

Regelrytteri eller kunnskapsstyrt praksis?

Med utgangspunkt i en kommentar fra Gro Hillestad Thune (1) målbærer Ole Terland bekymringer for blåreseptordningen i Tidsskriftet nr. 12/2009 (2).

Statens legemiddelverk vedtar hvilke legemidler som kan forskrives direkte på blåresept i sin alminnelighet, og de gir politiske myndigheter råd om hvilke legemidler som skal godkjennes i blåreseptordningen. Til hjelp i dette arbeidet har Legemiddelverket bl.a. Blåreseptnemnda, som etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal bistå Legemiddelverket med å utforme, utdype og kvalitetssikre grunnlaget for beslutninger om godkjenning av legemidler for refusjon. Nemnda er bredt sammensatt og inviterer alltid spesifikke kliniske eksperter til sine møter for å sikre et tilstrekkelig faglig fundament for de rådene som gis.

Det er en viktig og overordnet legemiddelpolitisk målsetting i Norge at befolkningen skal ha tilgang til sikre og virk-somme legemidler uavhengig av betalings-evne. Samtidig er det en forutsetning for inklusjon i blåreseptordningen at legemidlene er kostnadseffektive, altså at de skal ha effekter som står i rimelig forhold til pris.

Ole Terland skriver blant annet følgende: «Jeg har mange ganger kommet i en etisk og medisinsk problemstilling: Dersom jeg følger regelverket, vil min pasient få en mindreverdige behandling, en behandling jeg selv aldri ville hatt, en behandling jeg ikke ville gitt min kone eller mine barn. Men min ubemidlede minstepensjonist må ta til takke med et slikt preparat uten at han eller hun har mulighet til å betale ekstra for å få et preparat som er i samsvar med beste medisinske praksis» (2).

Dette er interessante, for ikke å si oppsiktsvekkende påstander. Jeg vil be Terland om å konkretisere de etiske problemene han reiser. Når føler du at blåreseptordningen fremtvinger forskrivning av mindreverdige legemiddelbehandling, og hvilke terapi-områder og legemidler sikter du til?

Anne Elise Eggen
Blåreseptnemnda

Litteratur

1. Thune GH. Vis klør mot juristeriet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 769.
2. Terland O. Regelrytteri i blåreseptordningen. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1239.

Målrettet intervensjon senker keisersnittsraten

Mette Christophersen Tollånes' artikkel i Tidsskriftet nr. 13–14/2009 om årsakene til og konsekvensene av den økte anvendelse av keisersnitt (1) har velfortjent utløst en debatt som vi håper fortsetter. I samme nummer har Annetine Staff en leder om keisersnitt som etter vårt skjønn er for vag, og som vi ønsker å kommentere nærmere. Det kan innledningsvis i hennes leder se ut som om økningen i bruk av keisersnitt reflekterer en tiltakende defensiv fødsels-hjelp og kvinnes ønske om keisersnitt. Vi mener at det bare kan forklare en liten del av den økning vi har sett de siste årene. Staff skriver at det er ressurskrevende å redusere keisersnittsfrekvensen eller å unngå fortsatt økning. Det er riktig, men det er også ressurskrevende å lære operativ teknikk. Hvem ville bruke som innvending mot å tilegne seg den teknikk som kreves for avansert krefkirurgi at det er ressurskrevende? Etter vårt beste skjønn er det ikke kvinnes ønske som er hovedgrunnen til den økning vi har sett de siste årene, heller at vi selv ikke har lagt tilstrekkelig vekt på kvalitet og opplæring i fødsels-hjelpen.

Gode indikasjoner for induksjon, tyding av elektronisk overvåking, vurdering av ristrykke og manuelle ferdigheter som gjør det mulig både å følge barnets kardinalbevegelser og å forløse mor krever løpende opplæring, teoretisk og praktisk. Den må omfatte både erfarne og mindre erfarne kolleger. Vi har sett at hyppig gjennomgang av aktuelle tilfeller, problemstillinger og rutiner er nødvendig, også for å skape felles forståelse og omforente holdninger i avdelingen. Opplæring og en felles viten om normale og patologiske fødselsforløp er forutsetninger for trygg fødsels-hjelp og bidrar til å skape enighet om indikasjoner for keisersnitt og andre obstetriske inngrep. Det er viktig at jordmødrene trekkes inn i dette arbeidet. Regelmessige fellesemøter med jordmødre om tolking av fosterets hjerteaktivitet under fødselen og praktiske øvelser på fantom er en del av denne løpende utdanningen. Faglig trygghet hos leger og jordmødre gir trygghet hos den gravide og den fødende.

Keisersnitt er et av våre viktigste virkemidler i fødsels-hjelpen, og fødselsangst skal tas alvorlig. Det er ikke nødvendigvis det samme som å bruke kniv. I Bergen har vi etter keisersnittsrater på mer enn 14 % i 2001 og 2002 redusert andelen til vel 10 % de siste årene. Samtidig er antall barn født med metabolsk acidose svært lavt. En slik holdning til forløsning krever, med Staffs ord, også et kaldt hode og et varmt hjerte. Men det lar seg gjøre. Hun har rett i at det er ressurskrevende. Som god medisin ofte er.

Susanne Albrechtsen
Kåre Augensen
Per E. Børtdahl
Jörg Kessler
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Tollånes MC. Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1329–31.
2. Staff A. Keisersnitt – til nytte eller skade? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1321.

A. Staff svarer:

Kolleger fra Kvinneklubben ved Haukeland universitetssykehus illustrerer poenget med min leder (1): Det er mulig å snu tendensen med stadig flere keisersnitt i Norge, men dette krever målrettet arbeid. Kvinneklubben på Haukeland er et godt forbilde i så måte, både nasjonalt og internasjonalt. At dårligere opplæring i fødsels-hjelp skulle være hovedgrunnen til at keisersnittsfrekvensen er økende her i landet, er antakelig vanskelig å dokumentere. Muligens mener forfatterne at dette også er hovedårsaken i andre industrialiserte land?

Flere leger og kortere arbeidstid, både i Norge og andre industrialiserte land, sannsynliggjør at gynekologer får mindre erfaring i fødsels-hjelp enn i «gamle dager». Imidlertid er det i dag en mer systematisk opplæring i og dels sertifisering i håndtering av obstetriske situasjoner, med for eksempel bruk av fantomer, CTG-opplæring (og annen elektronisk fosterovervåking), både for leger i spesialisering og for spesialister i gynekologi og obstetrik samt for jordmødre. Kvinneklubben ved St. Olavs hospital har for eksempel de siste årene hatt et sertifiseringskurs, kalt «Advanced Life Support Training in Obstetrics» (ALSO), der både jordmødre, utdanningskandidater og gynekologer fra hele Norge deltar, etter mønster fra Storbritannia (2). Kurset benyttes i mange land.

Uansett årsakene til den økte keisersnittsfrekvensen er jeg selvsagt enig med forfatterne i at god medisin er basis for alt vi foretar oss i obstetrikken og at systematisk opplæring av leger og jordmødre er en grunnpilar for å få en optimal keisersnittsfrekvens. Dette innebærer også en systematisk gjennomgang av indikasjon for ethvert keisersnitt, både elektive og akutte, ved alle landets kvinneklubber.

Det er sannsynligvis mange forhold som gir flere keisersnitt i Norge og i verden for øvrig. Kollegene fra Haukeland påpeker at bestrebelsene for å senke frekvensen av keisersnitt uten medisinsk indikasjon krever mye arbeid, men at det er god medisin for mor og barn. Jeg er helt enig med forfatterne i at dette arbeidet må styrkes, og støtter deres ønske om at denne debatten fortsetter.

Annetine Staff
Kvinneklubben
Oslo universitetssykehus, Ullevål