

Telemedisinsk vurdering av barn med hjertebilyd

I Tidsskriftet nr. 8/2005 omtales håndtering av barn med hjertebilyd (1, 2). Ved nyoppdaget bilyd har kun 10 % av henviste barn medfødt hjertefeil, og erfarne barnekardiologer kan identifisere disse ved anamnese og klinisk undersøkelse alene. Det hevdes at henvisningspraksis og samarbeid mellom primærlege og spesialist bør bedres. I en lederartikkel i samme nummer tar Holmstrøm og Thaulow til orde for at barn som henvises til de store sykehusene, bør undersøkes med ekkokardiografi (3).

Siden hjertebilyd hos barn er relativt vanlig, blir det viktig å velge ut de riktige pasientene til riktig nivå. En metode der digitaliserte opptak av hjertebilyder sendes som elektronisk post til spesialist (4, 5), ble ikke omtalt. Metoden er dokumentert både sikker og tidsbesparende og kunne spart 90 % av henvisningene.

Det er i Helse Nord utplussert utstyr for elektronisk hjertelydhenvisning på ca. 40 legekontorer, men det er nesten ingen aktivitet i overføringer av hjertelyder på barn. Grunnen er at det blir opplevd som tungvint, fordi teknologien ved overføring ikke er integrert i journalsystemet. Nasjonalt senter for telemedisin anbefaler derfor at dagens elektroniske henvisninger utvikles til også å inkludere lyd og bilde (6), og at lyd og bilde blir en rutinemessig integrert del av journalsystemene. En viktig tilleggsgevinst ved elektronisk vurdering av bilyder er innsparte reisekostnader og at engstelses-tiden for foreldrene vil bli betydelig forkortet. I dag er ventetiden på slike henvisninger ofte et par måneder, dersom det ikke foreligger tilleggsopplysninger som tilsier at barnet prioriteres. Denne kardiologiske servicen kan eventuelt sentraliseres til noen få steder eller kanskje bare ett sted i hver region. Tilbakemelding kan da komme meget raskt, fordi det tar bare noen få minutter for spesialisten å vurdere en bilyd.

Det er særlig uerfarne leger som kan ha vanskeligheter med å skille mellom fysiologiske og organiske bilyder. Ved tilbakemelding vil primærlegen kunne hente opp lydloggen fra sin journal og sammenholde med spesialistens vurdering. På sikt vil denne kompetanseoverføringen trolig føre til at behovet for å henvisse nye pasienter reduseres.

Steinar Pedersen

Ellen Rygh

Nasjonalt senter for telemedisin

Lauritz Bredrup Dahl

Universitetssykehuset Nord-Norge

Toralf Hasvold

Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Berg A, Greve G, Hirth A et al. Vurdering av barn med hjertebilyd. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1000–3.

2. Nordgård G, Greve G, Rosland GA et al. Henvisningspraksis og klinisk vurdering av bilyder hos barn. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 996–8.
3. Holmstrøm H, Thaulow E. Ekko for alle barn med bilyd? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 994.
4. Dahl LB, Hasvold P, Arild E et al. Heart murmurs recorded by a sensor based electronic stethoscope and e-mailed for remote assessment. Arch Dis Child 2002; 87: 297–301.
5. Dahl LB, Hasvold P, Arild E et al. Kan hjertebilyder evalueres med telemedisin? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3021–3.
6. Lindstad L, Jacobsen E, Rygh E et al. Delutredning om telemedisinske tjenester. Status og potensial for utbredelse i Helse Nord. www.helse-nord.no/?a_id=2744 (18.5.2005).

Privat hamstring av influensamedisin

Norge kjøper inn 1,2 millioner doser oseltamivir (Tamiflu) til beredskapslager for en eventuell pandemi av influensa A(H5N1), og det har vært noe diskusjon i medier om privat forhåndslegging av influensamedisiner. I et intervju i VG 3.2. 2005 anbefalte jeg slik hamstring. Dette førte til at det i løpet av noen få uker ble solgt ca. 20 000 doser Tamiflu, selv om Sosial- og helsedirektoratet samme dag kom med følgende formaning: «Norske leger bør vise tilbakeholdenhet med å skrive ut preparater med oseltamivir i medikamenter til personer som er friske. Personer som er syke bør prioriteres, blant annet fordi det bare finnes et begrenset lager av preparater».

Oseltamivir har en svært begrenset plass i behandlingen av «vanlig» influensa. For det første er vaksiner av gamle, diabetikere og folk med kroniske hjerte- og lunge-sykdommer langt mer effektivt, og for det andre virker ikke behandlingen om den iverksettes mer enn to dager etter sykdomsdebut. På det tidspunkt det er naturlig å søke lege vil medisinen altså ikke ha noen effekt. Unødvendige dødsfall på grunn av privat hamstring i en normalsituasjon er derfor lite trolig.

Om influensa A(H5N1), som har en dødelighet på ca. 70 %, skulle forandres slik at det overføres like lett mellom mennesker som vanlig influensa gjør, ville vi i løpet av få uker kunne få en katastrofe av hittil ukjent omfang. Spanskesyken brukte to år på å nå hele verden, mens dagens nye influensavirusstammer spres med fly og opptrer som nye pandemier flere ganger per år. Influensavirus smitter før sykdomsutbrudd (i motsetning til SARS-virus), så isolering av smittebærere vil være helt urealistisk. En vaccine mot en ny influensa A(H5N1) vil umulig kunne utvikles raskt nok til å ha noen innvirkning på epidemiens første anslag. Det eneste vi per i dag har som sannsynligvis kan begrense skadene ved en alvorlig, pandemisk influensa, er antivirale medisiner.

Ved en alvorlig pandemi vil hundretusener av nordmenn trenge øyeblikkelig legehjelp. Medisiner skal distribueres, og sykefravær i distribusjonsnett kan i seg

selv bli et hinder. Det vil i det minste i noen ledd kunne bli knapphet på medisinen, og hamstring og tyverier vil kunne forverre knappheten. Det vil være risikabelt å satse bare på en offentlig distribusjon i en krisesituasjon. Privat lagring i tillegg til den offentlige vil avlaste helsevesenet og distribusjonsapparatet.

En behandlingsdose oseltamivir koster kr 250. Noen leger har i mediene kalt det «bortkastet» å kjøpe inn oseltamivir til privat beredskapsbruk. Formodentlig like bortkastet som brannforsikring, om det ikke brenner.

Om sykdomsbekjempelse og beredskap er et offentlig eller privat anliggende, er et ideologisk spørsmål. Østerrikske helsemyndigheter har nesten uttrykket skogflåttenefalitt hos mennesker i Østerrike ved å anbefale alle å vaksinere seg for egen regning (1).

Gunnar Hasle

Reiseklinikken

Oslo

Litteratur

1. Kunz C. TBE vaccination and the Austrian experience. Vaccine 2003; 21 (suppl 1): S50–5.

Sosial- og helsedirektoratet svarer:

Ved å anskaffe tilstrekkelig antivirale medikamenter til å behandle en tredel av befolkningen, har regjeringen gjort en betydelig investering på vegne av det norske folk. En rekke land har valgt en tilsvarende tilnærming, og Norge er fullt på høyde med andre land når det gjelder dekningsgrad.

Vi ser at Gunnar Hasle i sitt innlegg igjen foreslår privat hamstring av influensamedisin og sår tvil om nytten av den valgte strategien mot en influensapandemi. Etter Sosial- og helsedirektoratets oppfatning er det en statlig oppgave å ha et beredskapslager av legemidler mot en slik situasjon. Vi har tillit til at det statlige distribusjonsapparatet og kommunehelsetjenesten vil sikre at medikamentet brukes av de riktige personene på riktig tidspunkt og på riktig måte. Hvilke personer dette vil være, vil vi ikke vite før vi har kunnskap om influensasens karakteristika.

Det er bred enighet om at vaccine er det viktigste tiltaket mot influensa, det være seg den årlige, så vel som ved en pandemi. WHO-eksperter synes nå å anse H5N1 som et så sannsynlig utgangspunkt for den neste influensapandemien, at man anbefaler produksjon av vaccine basert på det fugleviruset som nå er endemisk i deler av Asia. En slik strategi vurderes også for Norge som del av et nordisk samarbeidsprosjekt. Dette vil kunne innebære at vi vil ha vaccine med relativt god effekt tilgjengelig fra det øyeblikk pandemien bryter løs.

Det vurderes som lite sannsynlig at et virus som har tilegnet seg evnen til effektiv