

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. Betrachninger 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.

Sosialsjef: 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.