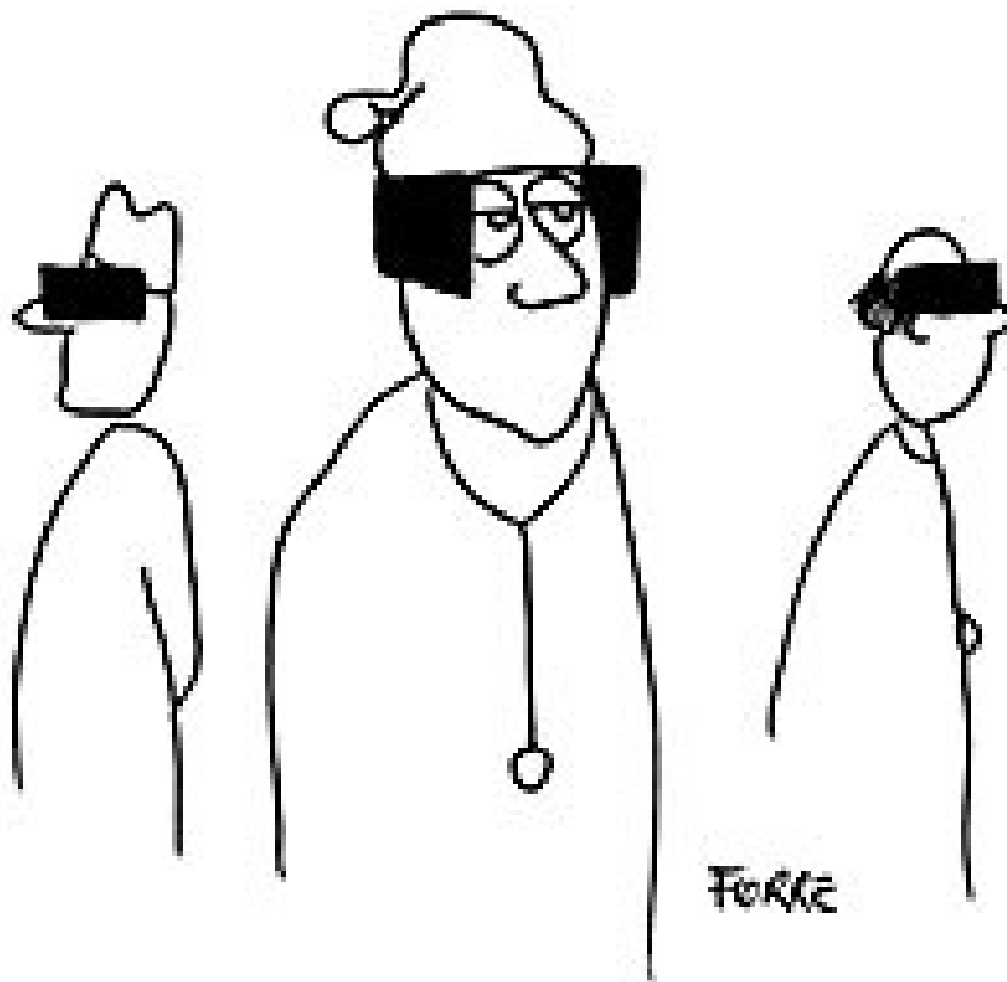

Skylappsallergologi – norsk allergologi i det tredje årtusen

KOMMENTAR

ERIK FLORVAAG

Laboratorium for klinisk biokjemi
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Faglig fragmentering, mangel på samordning og helhetsperspektiv, tilfeldig punktsatsing, dårlig nettverksbygging og for få kompetansesentre karakteriserer vår respons på det nye årtusenets allergologiske utfordringer. Vil vi som profesjon og voktere av de viktigste strategiske kampvåpen – kunnskap og organisering – beholde skylappene på eller ta vår del av ansvaret for å gi den norske befolkning et bedre allergologisk tilbud?



Fagområdet allergologi har i dag overfølsomhetsreaksjoner i videste forstand som arbeidsfelt. Dette er tilstander hvor følsomheten for normale stimuli fra omgivelsene er sykkelig forhøyet i ett eller flere organer i kroppen. Skyldes tilstanden immunologiske mekanismer, benyttes begrepet allergi, er andre patogene mekanismer operative, snakker vi om ikke-allergisk overfølsomhet (1). Allergologi omfatter således et bredt sykdomsspekter hos barn og voksne, er utpreget multidisiplinær og favner på tvers av tradisjonelle yrkesgrupper og medisinske fagspesialiteter. Sykdomsgruppen er utbredt i vår del av verden, der den berører opptil 40 % av befolkningen. For flere av manifestasjonene rapporteres en økning hvis årsak ikke er kjent, men som tilskrives sider ved vår vestlige livsstil. Søkelyset rettes mot faktorer i ute- og innemiljøet, i yrkesmiljøet, i kosthold og hygiene. Påvirkninger intrauterint og tidlig i livet ser ut til å stå sentralt i patogenesen (2 – 4).

I likhet med fagmiljøene er Stortinget også tydeligvis bekymret over utviklingen og har vedtatt at feltet allergi skal være nasjonalt satsingsområde (5, 6). En slikt krafttak for problemstillingen forutsetter betydelig offentlig initiativ og vil nødvendigvis kreve tiltak på flere samfunnsområder. Mange faginstanser må ta ansvar, også den medisinske profesjon. Vi bør kritisk se på om fagfeltets infrastruktur og organisering er egnet for dagens utfordringer og om vi har og utdanner den nødvendige kompetanse.

Legeforeningen avviste som kjent i sin tid å opprette egen spesialitet/grenspesialitet for allergologi. Den mente fagfeltet best ble ivaretatt ved at de respektive organ- og hovedspesialiteter tok ansvar for hver sin bit. Denne løsningen er vi alene om i Norden og med to unntak også i Europa for øvrig (7).

Nå er det på den ene side unektelig fordeler ved å integrere det spesifikt allergologiske med fagspesialitetenes øvrige organ- og fagkompetanse, og det utføres selvsagt mye god allergologi i denne modellen. På den annen side viser organiseringen også klare svakheter, i hovedsak fordi den har ført til en forutsigbar fragmentering av fagfeltet allergi. Det går utover helheten hva gjelder å knytte de forskjellige biter og nivåer i faget sammen til et hele og dermed også håndteringen av den enkelte pasient. Allergi affiserer hele pasienten og er ofte synlig i flere organsystemer. Pasientene delundersøkes i henhold til spesialitetsgrensene, og etter runder mellom spesialister etterlyser de høylytt å møte en samlende kompetanse, iallfall av og til. For å få helhetsomsorg må man nå nærmest henvises til alternativmedisiner. I hoved- og grenspesialitetene konkurrerer allergologiske prioriteringer med andre påtrengende oppgaver og må ofte vike. Selv de gode allergologiske satsinger begrenses til spesialitetsgrensene fordi ingen har ansvar for helheten. Mange tverrdisiplinære problemstillinger faller derfor mellom alle stoler og forblir uløste. Oppsplittingen går igjen i undervisningstilbudene til medisinstudenter og i videre- og etterutdanning av leger.

Vi har altså utviklet en unik form for skylappsallergologi som et særnorsk fenomen. Konsekvensene er blant annet at vi ikke klarer å organisere mye av den allergologiske kunnskapen vi har slik at våre pasienter får nytte av den. Slik allergologisk tilbudsmangel er det mange eksempler på: Omkring 20 % av befolkningen sliter i dag med uønskede reaksjoner på mat. På tross av sterke faglige og politiske initiativ har vi ennå ikke maktet å bygge opp gode tverrfaglige utrednings- og behandlingstilbud for disse krevende problemstillinger, verken for barn eller voksne. Nærmest som et nasjonalt særtrekk har klassisk allergenspesifikk immunterapi (allergen vaksinasjon) omtrent vært totalt nedlagt i Norge de siste 10 – 15 år. Dette kan i dag ikke forklares med mangel på kunnskap om effekt og sikkerhet hos både voksne og barn (8, 9). Det er beslutninger om å etablere nødvendig kompetanse og organisering av behandlingsformen innen spesialistinstitusjonene det skorter på. Dette taper pasientene på og betyr noe for vår evne til å ta i bruk nye allergivaksinasjonsmetoder som snart blir tilgjengelige.

Som leger induserer vi utilsiktet allergiske reaksjoner hos 2 – 5 % av våre pasienter som følge av undersøkelse med kontrastmidler og behandling med legemidler. Selv om de fleste av oss nærmest daglig møter slike utfordringer og lett erkjenner egen og pasienters usikkerhet, har vi i liten grad etablert gode rutiner for håndtering av problemstillingen. Få steder tilbyr standardiserte utredningsprosedyrer for kvalitetssikring av senere behandling av enkeltindivider, men også for løpende overvåking av nye legemidler på markedet (post-marketing surveillance) er det mangler.

Yrkesallergologisk møter vi store utfordringer innen overflatebehandling, i catering-, restaurant- og næringsmiddelindustrien, men også innen dyrehold, forskning og i helsevesenet. Det er et faktum at da det forrige årtusen lå på sotteseng, fremstod lateksallergi som den store trussel mot vår egen og andre helseprofesjoners helse. Arbeidet for latekstrygge arbeidsplasser er hemmet av mangel på faglig ansvarstaking og pådriv.

Innen allergologisk laboratoriemedisin ser vi flere utfordringer, med faglighet versus inntjening som et gjennomgående tema. Videre mangler det spesiallaboratorier med kompetanse, ressurser og utvalg av analysemetoder og repertoar utover de rent

rutinemessige. Påvisning av sensibilisering i IgE-systemet mot nye og ukjente allergener, kvantitering av inflammatoriske mediatorer og andre signalsubstanser, in vitro-reaktivitetstester, kvantitering av luft- og matbårne allergener samt andre eksponeringsindikatorer er noen eksempler. Slike kompetanselaboratorier vil være viktige motorer i forskning og metodeutvikling og bør være godt integrert i den kliniske aktivitet som foregår.

En annen bekymringsfull konsekvens er det at det er bortimot nytteløst å rekruttere unge leger når fagfeltet formelt ikke eksisterer, når definisjon av kompetanse mangler, når tjenestens meritterende verdi i spesialistjungelen er uklar og når det finnes få eller ingen fremtidsstillinger med overveiende allergologisk innhold som ”endepunkt” for opplæringen.

Fagfeltet allergi preges også av flere ”moderne” overfølsomhetssyndromer med mange felles trekk, men uten at virkningsmekanismene entydig er avklart. Hertil hører elektrisitets- og magnetfeltsoverfølsomhet (”el-allergi”), kjemisk eller sensorisk overfølsomhet (multiple chemical hypersensitivity, miljøoverfølsomhet med ukjent årsak) og innklimarelaterte syndromer, inklusive ”syke hus”-problematikken. En god håndtering av slike utfordringer krever spesialkompetanse i form av bred bakgrunnskunnskap og riktig tilnærminingsmodus.

Fagfeltet er også kommet under åpenbar ”konkurranse” fra alternativmedisinske retninger, som tilbyr en lett tilgjengelig mangfoldighet av metoder og teorier. Tester som hevder å påvise ”allergi og intoleranse” blir basis for inngripende behandlingsmessige endringer i kost og livsførsel, uten at den faglige dokumentasjonen er overbevisende. Å legge hovedvekt på helhetsperspektivet er selvsagt forlokkende. Men også alternative tilbud koster penger, og for allergikere ender det ofte i forvirring og frustrasjon. Den selsomme konkurranseutsattheten har mange årsaker. Manglende tilgjengelighet og interesse i det skolemedisinske helsetilbud er nok bidragende faktorer. Våre kunnskapsrike pasienter tviler altså på om vi er gode nok for dem på kompetanse og service.

En noe spisset statusrapport vil altså kunne konkludere med at vi er blitt for dårlige i de tre spesifikke grunnferdigheter i den allergologiske profesjonsutøvelse: allergidiagnostikk, allergen sanering/eliminering og allergenspesifikk immunterapi. Vi er nesten påfallende mye bedre i den fjerde grunnferdighet: farmakologisk behandling med antiinflammatoriske og symptomreducerende legemidler. Strukturelle skylapper hindrer helhetsomsorgen. For ikke unødig å støte enkeltpersoner og institusjoner – la det hermed være klart sagt at det finnes mange hederlige unntak, men ikke nok til å redde helhetsinntrykket.

Erkjennelsen av at utviklingen har løpt fra oss og at tingenes tilstand ikke er slik den burde være, gir mulighet for å komme på offensiven. Setter vi oss som mål at den norske befolkning bør få et bedre allergologisk tilbud enn de har i dag, må den medisinske profesjon høyere opp på banen og yte et større påtrykk innen sitt ansvarsområde. De taktiske grep kan omfatte en mer hensiktsmessig organisering av fagfeltet og utvikling av bedre samarbeidsmodeller på tvers av nivåer, geografi og spesialiteter. Allergologiske nettverk på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå kan bli motorveier for kommunikasjon, gjensidig utnyttelse av kompetanse, standardisering av prosedyrer og samarbeid om de mange problemstillinger som ikke er godt nok tatt vare på i dag. Klarte vi å bygge opp interdisiplinære allergologiske kompetansesentre i et samarbeid mellom lokale allergologiske enheter og fagfolk i regionen, vil det gi ekstra

offensiv styrke. Særlig om sentrene gis medansvar for nettverksdanning og utvikling og koordinering av det allergologiske tilbud til befolkningen i regionen, slik at dette blir helhetlig og av god faglig standard. Universitetstilknytning vil styrke allergologisk forskning og lette oppgradering og koordinering av undervisningen av medisinstudenter og leger. Kvaliteten på allergologisk videre- og etterutdanning kan heves ytterligere ved et nordisk eller bredere internasjonalt samarbeid.

I håp om og i påvente av at Stortingets intensjoner forhåpentligvis før eller senere vil bli fulgt opp med en sterk og bred offentlig satsing, kan vi som profesjon bidra med vårt til å utvikle og finjustere mange av de virkemidler som blir helt avgjørende i en slik offensiv. Hva gjør vi da mens vi kanskje venter på Godot? Tar dem av eller beholder skylappene på?

LITTERATUR

1. Expertbilaga: Beskrivningar av allergi/överkänslighet. Medicinska och miljömedicinska kunnskapssammanställningar. Statens offentliga utredningar 1989; 77: 83 – 7.
2. Howarth PH. Is allergy increasing ? – early life influences. Clin Exp Allergy 1998; 28 (suppl 6): 2 – 7.
3. Davies RJ, Rusznak C, Devalia JL. Why is allergy increasing? Clin Exp Allergy 1998; 28 (suppl 6): 8 – 14.
4. European allergy white paper. Allergic diseases as a public health problem. Brussel: The UCB institute of allergy, 1997.
5. Stortingsmelding nr. 37 (1992 – 93). Om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
6. Stortingsmelding nr. 50 (1993 – 94). Om samarbeid og styring – mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
7. Kay AB. Allergy as a medical specialty or subspecialty. I: Kay AB, red. Allergy and allergic diseases. Bd. 2. Oxford: Blackwell Science, 1997: 1261 – 70.
8. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. J Allergy Clin Immunol 1998; 102: 558 – 62.
9. Abrahamson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. I: The Cochrane Library, 2. utg. Oxford: Update Software, 2000.

Publisert: 20. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juli 2026.