

## Pinlig om terror

Redaktøren har sikkert hatt de beste hensikter med sin minileder i nr. 22/2001 (1). Det blir likevel helt galt når man forsøker å forklare, nærmest unnskyldte, så uakseptable handlinger som terroren i New York og Washington 11. september. Norske leger må reagere uten forbehold på slik terror, som tar livet av tusenvis av mennesker. Terroren skaper også sorg og frykt og kommer til å binde opp enorme ressurser i mange land i forsøket på å forebygge at slike handlinger skjer igjen. Disse ressursene kunne vært benyttet til helt andre og konstruktive formål.

Det virker helt feil, som redaktøren gjør, å trekke inn økonomiske verdensproblemer og derved forsøke å redusere betydningen av det som har skjedd. Vi kan ikke i alle sammenhenger trekke inn uakseptable forhold i andre land som ofte er utenfor demokratisk kontroll. Det er relativt insinuerende overfor leseren å påstå at vi ikke berøres av at et stort antall mennesker dør i den tredje verden.

Terror må bekjempes, selvsagt ikke med alle midler, for virkemidlene må velges med omhu. Men jeg har ingen tro på at terroristene kan bekjempes med kommunikasjon. De bør isoleres. Dette blir vår tids krig for å beholde demokratiet.

Jeg synes det var pinlig å lese en slik lederkommentar i Lægeföreningens tidskrift. Forhåpentligvis blir den ikke kjent blant våre amerikanske kolleger. I så fall er det behov for en nærmere presisering av hva vår forening mener. Uansett vil det være nyttig om vi kan få presidentens syn på saken.

Oslo

*Knut Skyberg*

### Litteratur

1. Gulbrandsen P. Terror og besinnelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: les mer om...

## Store mangler ved traumemottak

I Tidsskriftet nr. 20/2001 presenterte Gutorm Brattebø og medarbeidere resultatene fra en spørreundersøkelse om organisering av traumemottak ved norske sykehus (1). Det var skremmende lesning! Kun halvparten av norske akuttsykehus har etablert traumeteam og enda færre har kriterier for når traumeteamet skal brukes. I motsetning til våre naboland har man i Norge ikke innført en systematisk opplæring av dem som har ansvar for mottak av traumepasienter. Pill-

gram-Larsen poengterer i sin lederartikkel i samme nummer (2) at denne mangel gjør at vi frarøver mange pasienter muligheten for å overleve alvorlige skader.

Anestesi- og intensivfaget består i stor grad av håndtering av situasjoner hvor pasientens vitale funksjoner er truet. Den enkelte leges evne til å takle slike situasjoner varierer, noe som direkte vil influere på pasientens sjanse for overlevelse. Dette fagmiljøet har derfor gått foran i arbeidet med bedre opplæring (3), bl.a. ved bruk av simulatortrening, slik som i Danmark og andre europeiske land (4). Også leger i andre spesialiteter må takle akuttmedisinske situasjoner, men unge kirurger har i dag ansvar for alvorlig skadede pasienter uten krav til reell eller formell kompetanse. I våre naboland er det innført sertifiseringsordninger (Advanced Trauma Life Support; ATLS). Det bør også gjøres i Norge.

Det norske BEST-prosjektet (1) baserer seg på ATLS-prinsipper og har som mål å forbedre de lokale traumeteamene. De to kurskonseptene utfyller hverandre godt. Den største utfordringen er å bedre den initiale behandling ved sykehusene. Den norske lægeförening må ha en aktiv rolle, og Pedagogisk avdeling er allerede en viktig medspiller i BEST-prosjektet. Men en radikal forbedring vil ikke skje før alle leger, sykehuseiere og politikere forstår og aksepterer problemets omfang.

Etter vår mening bør det innføres krav til organisering av traumemottak ved norske sykehus og krav til kompetanse, for eksempel gjennomgått ATLS- og BEST-kurs, før en lege kan fungere som leder av et traumeteam. Vi kan ikke vente til mediene begynner å sette søkelyset på unødige dødsfall ved våre sykehus.

Stavanger/Oslo

*Eldar Søreide*

Norsk anesthesiologisk forening

*Petter Andreas Steen*

professor i akuttmedisin

### Litteratur

1. Brattebø G, Wisborg T, Høylo T. Organisering av traumemottak ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2364–7.
2. Pillgram-Larsen J. Traumemottak ved norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2363.
3. Gaba DM. Anaesthesiology as a model for patient safety in health care. BMJ 2000; 320: 785–8.
4. European Board of Anaesthesiology. Training guidelines in anaesthesia of the European Board of Anaesthesiology. Resuscitation and intensive care. Eur J Anaesthesiol 2001; 18: 563–71.

## Hitlers personlighet

I Tidsskriftet nr. 17/2001 fremkommer det at Nils Johan Lavik mener Hitler led av en paranoid personlighetsforstyrrelse (1). I Tidsskriftet nr. 21/2001 henviser Bjørn Øverbye til Hitlers medikamentmisbruk og mener at Hitler bare var et redskap for bakmenn kjennetegnet ved antisemittisme og ønske om å få i stand en krig for selv å tjene penger (2). Dessverre tror jeg begge tar feil. Nyere Hitler-forskning tyder først og fremst på en narssistisk personlighetsforstyrrelse.

I motsetning til Stalin forsøkte Hitler i sin ungdomstid i Wien ikke å få makt. Hitler holdt seg for seg selv. Han kunne delta i politiske diskusjoner i små grupper, men han var ikke med i noe politisk parti. Hitlers drøm var å få anerkjennelse for den store bildekunstner han mente å være. Derfor elsket han storslåtte teater- og operaforestillinger (3).

Kaosen i Bayern 1918–19 skapte plass for Hitler. Han ble som nasjonalkonservativ, men ukontroversiell soldat *utdannet* (!) av Bayerns Reichswehr som politisk agitator med oppgave å bibringe andre soldater antibolsjevistiske og nasjonalistiske holdninger. Her oppdaget man hans utrolige retoriske talent. Den anerkjennelse og oppmerksomhet han fikk gjennom dette arbeidet gav støtte til den videre utfoldelse av hans personlighet inntil det tyske folk – og til slutt han selv – trodde han var en halvgud, et geni, som var ufeilbarlig.

Et kjennetegn ved Hitler var at mange som møtte ham opplevde ham som både personlig nær og interessert i akkurat dem. Hans følelseskulde overfor andre forble godt skjult.

Det nasjonalsosialistiske Tyskland hadde ikke en paranoid oppbygd organisasjon, med en edderkopp i toppen, som slu og mistenksomt styrte alle, og som vilkårlig drepte reelle og imaginære motstandere på Hitlers forgodtbefinnende. Hitlers ledelse av det nasjonalsosialistiske Tyskland var narssistisk og preget av økende kaos (4). Ulike grupperinger sloss om å tolke og sette ut i livet førerens vilje. Hitler tok oftest først en avgjørelse etter å ha sett «hvem som vant».

Et av de siste bildene av Hitler er tatt i det sønderbombede Berlin. Han sitter drømmende foran en modell av Berlin slik byen skulle se ut i Speers versjon etter at krigen var vunnet: Kjempebygninger i klassisk stil, bygd til ære for «den største feltherren gjennom alle tider».

Hitlers personlighet passer best med narssistisk personlighetsforstyrrelse: grandios selvfølelse, opptatthet av fantasier om ubegrenset makt og suksess; forestillinger om å

være ufeilbarlig; et enormt behov for å bli dyrket (og vanvittig raseri ved å bli mot-sagt); hensynsløs utnyttelse av andre; mang-lende empati og i perioder arrogant opp-førsel.

Oslo

*Ulrik Fredrik Malt*

#### Litteratur

1. Lavik NJ. Paranoide personlighetsforstyrrelser og politisk makt. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2063–8.
2. Øverbye BJ. Var Hitler kun paranoid? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2541.
3. Kershaw I. Hitler 1889–1936: Hubris. London: Penguin Press, 1998.
4. Kershaw I. Hitler 1936–1945: Nemesis. London: Penguin Press, 2000.

## Hvilken skrue?

Med min mors sykehistorie vedrørende hennes lårhalsbrudd i friskt minne vakte artikkelen om osteosyntesesvikt etter operasjon for lårhalsbrudd i Tidsskriftet nr. 21/2001 (1) min interesse. I artikkelen konkluderes det med en anbefaling om bruk av 6,5 mm skruer fremfor 4,5 mm skruer basert på forfatterens retrospektive studie. Selv om jeg ikke er ortopedisk kirurg og ikke kjenner til de refererte studier, ønsker jeg å kommentere valg av studiedesign og konklusjon.

Retrospektive studier er nyttige for å kvalitetssikre praksis og generere hypoteser for fremtidige studier. Dessverre har en retrospektiv studie ingen kontroll på utenforliggende faktorer som påvirker resultatene av studien (konfunderende faktorer). Dette kan oppnås i en randomisert kontrollert studie. At randomiserte kontrollerte studier lar seg gjennomføre for den problemstilling som her er reist, viser den refererte metaanalysen som omfatter 25 studier.

I artikkelen mangler det opplysninger som er vesentlige for å tolke resultatet. Jeg mener det burde være informasjon om konsekvensene av mulige endringer i rutiner eller utskifting av operatører i de to årene studien skjedde. I en prospektiv studie vil man kunne ta høyde for og planlegge omkring slike faktorer.

Videre er det ikke gjort rede for hvorfor man skiftet type skruer på gjeldende tidspunkt. Det er heller ikke gjort rede for årsakene til reoperasjon. Det kan være skjevfordeling av f.eks. postoperative infeksjoner, medikamentell behandling og fall som ikke er relatert til den type skruer som er brukt.

I den andre perioden i oppfølgingen, fra 100 til 180 dager, vist ingen forskjell mellom gruppene. Dette kan være en indikasjon på at årsakene til osteosyntesesvikt de første 100 dagene kan ha vært andre enn at skruene var av forskjellig type.

Etter min vurdering gir den omtalte studien ikke grunnlag for å endre praksis, men å gjøre en vel gjennomført randomisert kontrollert studie.

Asker

*Lise Lund Håheim*

#### Litteratur

1. Løken S, Andreassen GS. Operasjon for lårhalsbrudd – hyppigere osteosyntesesvikt med bruk av 4,5 mm skruer enn med 6,5 mm. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2474–5.

## S. Løken & G. Stray Andreassen

### svarer:

Vi takker for interessante kommentarer til vår artikkel. Vi er enig i at man må være tilbakeholden med å trekke konklusjoner fra en retrospektiv studie. Det er mulig at vår konklusjon burde vært mer forsiktig. Vi ønsket likevel å formidle våre erfaringer. Pasientgruppene var svært like. Avdelingens rutiner når det gjaldt indikasjon for primær-operasjon og reoperasjon var uendret i de to periodene. Operasjonene fordelte seg på mange ulike operatører i begge perioder uten at noen enkelt operatør skilte seg ut med mange komplikasjoner. Vi mener derfor at en sammenlikning av resultatene er av verdi til tross for at dette var en retrospektiv studie. Et annet og viktigere spørsmål i dag er å avklare hvorvidt flere og i så fall hvilke pasienter som bør primæropereres med protese.

Oslo

*Sverre Løken*

*Geir Stray Andreassen*

## Annonce

## rettelse rettelse rettelse

### Gjennombrudd i behandlingen av alvorlig sepsis?

Hans Flaatten

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2649*

I Tidsskriftet nr. 22/2001, side 2649 i midtspalten skal stå: Dødeligheten etter 28 dager var 25 % i behandlingsgruppen mot 31 % i kontrollgruppen.

### Færre tidsskrifter i bibliotekene

Pål Gulbrandsen

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2329*

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2001, side 2329 skal stå at Brain Research koster 130 000 kroner for i alt 63 numre per år, fordelt på 36 vanlige numre og resten i seks underserier.