



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeföreningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Synkope hos barn og unge voksne

Peter Schuster har i Tidsskriftet nr. 17/2006 en interessant artikkel om synkope hos barn og unge voksne (1). Vi vil gjerne komme med noen innvendinger og utfyllende kommentarer. Innvendingene først:

Refleksmediert synkope er et vanskelig felt, som fordrer presisjon både i begrepsbruk og patofysiologiske resonnerer. Korttidsregulering av blodtrykket ivaretas av det autonome nervesystemet («det sympatovasovagale systemet») er et lite brukt og uklart begrep (2). Ved overgang fra liggende til stående stilling skjer det en refleksmessig økning av sympatisk nerveaktivitet til hjertet, noe som stimulerer hjertefrekvensen og kontraktiliteten, og til perifere kar, noe som gir vasokonstriksjon.

I tillegg hemmes den parasympatiske («vagale») aktiviteten til hjertet, hvilket også bidrar til økt hjertefrekvens. Perifere kar mottar med enkelte unntak ikke parasympatiske fibre, i motsetning til hva Schusters artikkel kan gi inntrykk av. Konsekvensen av disse justeringene er: a) moderat økning i total perifer motstand, b) moderat reduksjon i hjertets minuttvolum (der økt frekvens og kontraktilitet delvis kompenserer for mindre fylling – minuttvolumet går altså ikke opp, slik Schuster skriver) og c) stabilt, uendret blodtrykk.

Refleksmediert synkope skyldes et sammenbrudd i disse mekanismene. Man kjenner ikke årsaksmekanismene i detalj, men et gjennomgående trekk er økning av den parasympatiske nerveaktiviteten kombinert med hemming av den sympatiske (2). Dermed faller både minuttvolumet (først og fremst på grunn av kraftig bradykardi) og total perifer motstand, noe som igjen fører til et blodtrykksfall og bevissthetstap. Synkopetilfeller kan klassifiseres ut fra hvilken faktor som har størst betydning for blodtrykksfallet: minuttvolumsreduksjonen, motstandsreduksjonen eller en kombinasjon. Men det er ikke slik at bradykardi i seg selv gir synkope, slik Schuster skriver.

Så til kommentarene. Schuster fremhever problemet med vippetestens spesifisitet hos barn og unge. Dette fikk vi grundig demonstrert i egne (upubliserte) forsøk: Vi testet 22 friske ungdommer (12–18 år) uten synkopetendens etter ordinær voksenprotokoll (vippping til 60° i 30 minutter) og observerte da synkope/nær synkope hos ni (41 %).

Spesifisiteten kan bedres ved å forkorte tiden, slik Schuster skriver, men vi mener en viktigere strategi er å redusere helningsvinkelen, samtidig som man bør ta i bruk teknologi for detaljert, ikke-invasiv hemodynamisk kartlegging (3). Vår rutine for vippetester av barn og unge innebærer helning til 20° i 15 minutter kombinert med kontinuerlig registrering av hjertefrekvens (fra EKG), blodtrykk (fra fingerpletysmografi) og slagvolum (fra transtorakal impedansmåling). I denne testsituasjonen er formålet ikke lenger å fremprovosere et blodtrykksfall, men å kartlegge det hemodynamiske responsmønsteret ved lett ortostatisk belastning. Analyse av hjertefrekvens- og blodtrykksvariabilitet gir for eksempel detaljert informasjon om de nervøse kontrollmekanismene.

Vegard Bruun Wyller

Erik Thaulow

Barneklubben

Jan P. Amlie

Medisinsk poliklinikk

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

- Schuster P. Synkope hos barn og voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2250–2.
- Goldstein DS. The autonomic nervous system in health and disease. New York: Marcel Dekker, 2001.
- Gratz G, Fortin J, Heller A et al. A software package for non-invasive, real-time beat-to-beat monitoring of stroke volume, blood pressure, total peripheral resistance and for assessment of autonomic function. Comput Biol Med 1998; 28: 121–42.

Forvirrende rådgivning fra Legeföreningens forskningsinstitutt

I sin kronikk i Aftenposten 10.9. 2005 skrev Berit Bringedal & Reidun Førde at «helsebudsjettet bør begrenses». I et innlegg i Tidsskriftet kritiserte jeg dette og utfordret Legeföreningens forskningsinstitutt, der forfatterne er ansatt, å presisere hvilke konkrete tiltak som de mente burde kuttes ned på (1). Jeg fikk ingen slik konkretisering (2).

Nylig var Reidun Førde og medarbeidere ute med en artikkel i Tidsskriftet der budskapet var behovet for mer ressurser til eldreomsorgen (3). Med rette påpekte forfatterne de mange uheldige konsekvenser av en underprioritert helse- og omsorgstjeneste for eldre.

Dette virker selvmotsigende. I hvert fall er det forvirrende for våre helsepolitikere. Man burde forlange av Legeföreningens forskningsinstitutt at de helt konkret forteller våre helsemyndigheter hvordan det både bør skje en nedkutting av helsebudsjettene og samtidig en økning av ressursene til eldreomsorgen. Antakelig mener de at mange eldre blir liggende for lenge i kostbare sykehus og spesialavdelinger. I de mange årene jeg har vært indremedisiner ved travle sykehus har dette alltid vært et stort problem, samtidig som ingen tør å si at kostbar spesialbehandling bør beholdes de yngre. Hvor går aldersgrensen?

Det var forbausende taust i mediene etter Bringedal & Førdes kronikk. Neppe fordi temaet er uinteressant. Kanskje kan vi nå omsider få forskningsinstituttets helt konkrete råd om hvilke medisinske tiltak vi bør prioritere ned for å skaffe mer ressurser til omsorgen for de eldre.

Carl Ditlef Jacobsen

Kolbotn

Litteratur

- Jacobsen CD. Forskningsinstitutt eller Senter for synsing? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 340.
- Aasland OG. Forskningsinstitutt eller Senter for synsing? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 340.
- Førde R, Pedersen R, Nortvedt P et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913–6.

B. Bringedal svarer:

Carl Ditlef Jacobsen ber om at Legeföreningens forskningsinstitutt «helt konkret forteller våre helsemyndigheter hvordan det bør skje en nedkutting av helsebudsjettene og samtidig en økning av ressursene til eldreomsorgen». Det er to grunner til at vi ikke ønsker å gjøre det.

For det første er det ikke forskeres oppgave å fortelle politikere hvilke prioriteringer de skal gjøre. Vår jobb er å levere kunnskapsgrunnlag for å fatte politiske beslutninger. Vi kan også peke på motsetninger mellom ulike politiske målformuleringer. Det er det siste vi har gjort i den nevnte kronikken i Aftenposten (1) og artikkelen i Tidsskriftet (2). Vi har påpekt at enkelte prioriteringer i helsetjenesten ikke er i samsvar med det lovverket sier om hva som skal være høyt og lavt prioritert.

Vi vil komme Jacobsen i møte på ett punkt, nemlig at det er enklere å være kritiker enn å komme med gode forslag til

hvordan ting faktisk bør gjøres. Her er vi ved den andre årsaken til at vi ikke ønsker å levere konkrete lister over prioriteringer. La oss anta at det hadde vært mulig å rangere alle tiltak i helsetjenesten i tråd med lovens formuleringer om prioritet. Da kunne det, i prinsippet, være mulig å presentere en konkret liste. Det er imidlertid avgjørende at en slik liste er fullstendig, ellers bidrar den bare til systematiske feilprioriteringer. Dette er en omfattende forskningsoppgave.

Det er imidlertid ikke nødvendig å ha en fullstendig prioriteringsliste for å påpeke at enkelte prioriteringer står i motsetning til lovens krav. Det er ingen tvil om at dårlig omsorg for syke gamle er brudd på målene for helsetjenesten. Det er også klart at god omsorg for syke gamle har høyere prioritet enn helsetjenester for friske mennesker med enkelte plager. Det er en slik tankegang vi har forsøkt å argumentere for i de nevnte artiklene (1, 2). Vi etterlyser altså større oppmerksomhet på spørsmålet om faktiske prioriteringer er i tråd med de politisk definerede prioriteringsmålene.

Berit Bringedal

Legeforeningens forskningsinstitutt

Litteratur

1. Bringedal B, Førde R. Helsebudsjettet bør begrenses. Kronikk. Aftenposten 10.9.2005.
2. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913–6.

Et livreddende hefte

I min tid som distriktslege fant jeg frem til en rekke nye behandlingsmetoder, nye midler og livreddende råd. Det samlet jeg i *Det livreddende heftet*, som er tilgjengelig på Internett (1). Heftet ble i sin tid sendt til det amerikanske helsedepartementets avdeling for komplementær medisin, der man fant det «både interessant og lærerikt». I heftet vil mødre, som jo har radar når det gjelder syke barn, finne når de skal slå alarm ved hjernehinnebetennelse hos spedbarn og ungdom. Her finnes også HSG – Hernes' skuldergrep – for å kurere stive og vonde skuldre med et enkelt håndgrep. I tillegg er det oppskrift på termopunktur, som kurerer for eksempel lumbago på et øyeblikk. Viktig er også et skjema for smerteanalyse. Syke barn skal undersøkes nøye for å fastslå at det verken foreligger hjernehinnebetennelse (meningitt), strupelokkbetennelse (epiglottitt) eller invaginasjon («tarmslyng»).

Guttorm Hernes

Moldjord

Litteratur

1. Hernes G. Det livreddende heftet. www.wiba.no (19.9.2006).

Abort – ikke lenger behov for forskning?

I et innlegg i Tidsskriftet nr. 17/2006 hevder Preben Aavitsland at han ønsker mer debatt og forskning om svangerskapsforebygging og svangerskapsavbrudd (1). Samtidig oppfordrer han Helse- og omsorgsdepartementet til å «lytte til høringsinstansenes sterke innvendinger mot det nye sentralregisteret for kvinner som tar abort».

Forskning må bygge på holdbare data. Det er grundig dokumentert at det rutinemessig genererte datagrunnlaget knyttet til svangerskapsavbrudd i Norge må forbedres både for å oppnå en pålitelig oversikt og av hensyn til forskning. Aavitslands utspill kan vanskelig oppfattes som annet enn forskningsfiendtlig.

I tillegg fremsetter Aavitsland tre påstander i debatten rundt svangerskapsavbrudd som ikke medfører riktighet: «Sentralregisteret kan gjøre det mulig for forskere å identifisere kvinnene», «kvinnene er ikke beskyttet mot eventuelt å bli kontaktet av forskere i fremtiden» og «de kan heller ikke reservere seg mot å bli registrert.»

I dagens abortregister som omfatter selvbestemte svangerskapsavbrudd før 12. uke, registreres kvinnene anonymt. Forskere kan dermed ikke identifisere kvinnene. Hvis abortregisteret blir personidentifiserbart eller pseudonymisert som foreslått, vil registeret ikke brukes til å identifisere kvinnene eller kontakte dem. Data- og saksbehandlingsregler regulert av lov og forskrift og de regionale etiske komiteers godkjenningsordninger av forskningsprosjekter forhindrer bruk på denne måten. Et slikt regelverk praktiseres allerede.

Dagens senabortregister, som omfatter alle nemndbehandlede svangerskapsavbrudd etter 12. uke, har vært i drift siden 1999. De avbruddene som er utført av medisinske grunner (hos foster eller mor), er registrert med personidentifikasjon av kvinnene. Senabortregisteret er å regne som et sentralregister, og fra dette registeret er det kun generelle og summariske tall som publiseres. Bruken av opplysningene er strengt regulert for å forhindre bl.a. scenarier som skissert av Aavitsland og andre. Det har heller ikke forekommet noen form for liknende bruk eller misbruk av disse opplysningene. Registeret kobles årlig til Medisinsk fødselsregister for å belyse årsaker til og konsekvenser av slike svangerskapsavbrudd. Dette gir viktig kunnskap. Tilsvarende kunnskap om medisinske og sosiale forhold knyttet til svangerskapsavbrudd før 12. uke er nødvendig.

Kvinnen kan reservere seg mot å bli registrert i senabortregisteret, jf. forskrift for Medisinsk fødselsregister av 21.12. 2001 § 1-2, 2. ledd: «Direkte personidentifiserende opplysninger om kvinnen hvor svangerskapet er avbrutt etter første ledd nr. 3,

kan bare registreres permanent dersom kvinnen ikke motsetter seg det.» Dette betyr at kvinnen kan få slettet personidentifikasjon i senabortregisteret.

Registrering av personopplysninger og personvern står ikke nødvendigvis i motsetningsforhold, men kan praktiseres sammen, som det gjøres i dag i de sentrale registrene der personopplysninger er registrert.

I stedet for å bekjempe et bedre datagrunnlag bør vi heller ha fokus på hva man kan bruke et sentralt helseregister til som et supplement til både seksual- og prevensjonsopplysning og -veiledning. Den ene satsingen bør ikke utelukke den annen i en så viktig sak som forebyggingen av svangerskapsavbrudd.

Kristin Gåsemyr

Lorentz M. Irgens

Medisinsk fødselsregister
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Aavitsland P. Abort – mer enn tall, mer enn tidsskriftet. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2285–6.

P. Aavitsland svarer:

I spørsmålet om det nye sentralregisteret over kvinner som har tatt abort, støter forskernes interesser mot hensynet til kvinnene som skal registreres. Derfor har Tidsskriftet på lederplass bedt helseministeren nøye studere høringsinnspillene (1), herunder fra skeptikerne Legeforeningen, Jordmorforbundet, De nasjonale forskningsetiske komiteer, Ressursenteret for innvandrerkvinner og LO. Jeg tror at det epidemiologiske fagmiljøet, inkludert Folkehelseinstituttet, bør trå varsomt i denne saken.

Dersom et slikt register opprettes til tross for den brede skepsisen, kan det skape en langvarig mistillit mellom befolkning og epidemiologiske forskere. Alternativet for forskerne er å be om kvinnenes samtykke til å forske på dem, slik Folkehelseinstituttet har gjort med snart 80 000 gravide kvinner i den såkalte Mor-barn-undersøkelsen. Selve oversikten over aborter kan bli bedre hvis Folkehelseinstituttet og sykehusene jobber bedre med dagens anonyme register.

Så til de tre utsagnene som Gåsemyr & Irgens mener «ikke medfører riktighet», nemlig om identifisering av kvinnene, henvendelser til kvinnene i fremtiden og mangelen på reservasjonsrett.

En kvinne kan registreres slik (2): Født 6.7. 1975, bosatt i Tolga kommune (1 717 innbyggere), gift, to barn, seksårig universitetsutdanning, jobber som lektor, innlagt ved St. Olavs Hospital fra 4. til 5. mai 2008. Datatilsynets bemerket tørt at man «i stor grad legger til rette for bakveisidentifisering av kvinner som er registrert i registeret».

Pseudonyme helseregistre skal ikke benyttes til å kontakte de registrerte (2). Teknisk er det likevel mulig ved at pseudo-