

Brev til redaktøren

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

Tverrfaglig om hjerneslag?

Det var Tidsskriftets redaksjon, ikke intervjuobjektet, som var ansvarlig for den uheldige formuleringen «Hjernen tilhører nevrologene» i intervjuet med tidligere leder av Norsk nevrologisk forening i Tidsskriftet nr. 6/2007 (1). Det var noe man skrev bare for å oppnå lesernes oppmerksomhet, ifølge Jan C. Frich i Tidsskriftet nr. 10/2007 (2), som avviser at frasen skal leses som et destillat av Ellisiv Mathiesens holdning, og som bedyrer at det siste man ønsker seg fra Tidsskriftets side er revirtenkning i forhold til slagpasienter.

Frichs ønske om å fremme tverrfaglighet strekker seg imidlertid ikke lenger enn at han helt har unnlatt å involvere det akuttmedisinske fagmiljøet i Tidsskriftets serie om slagpasienter. Dette er en gruppe pasienter som nevrologene hevder de gjerne vil ha tak i innen tre timer fra symptomdebut. Jeg antar at flere enn jeg innser at dette representerer en logistisk utfordring både prehospitalt og intrahospitalt. For det er vel ikke slik at disse pasientene dukker opp på nevrologens kontor helt av seg selv? Hvilke initiativer har nevrologene tatt i forhold til prehospitaltjenester for å få på plass de nødvendige ressursene til slik hastebehandling? Er det nevrologer som skal av gårde i helikopter for å «gjøre differensialdiagnostikk»? Dette ville det være av interesse å få belyst.

Heller ikke intensivmedisin er gitt nevneverdig plass i temaserien, selv om eldrebølgen, nye behandlingsmetoder og befolkningens forventninger tilsier økende etterspørsel etter intensivmedisinske tjenester for denne pasientgruppen. Riktignok nevnes intensivbehandling i artikkelen om subaraknoidalblødning (3), men da bare ufullstendig og av kolleger som ikke selv utøver intensivmedisinsk virksomhet. Anestesiologiske aspekter er derimot overhodet ikke berørt i omtalen av disse pasientene og heller ikke i omtalen av carotiskirurgi (4). Frich belærer meg om sine redaksjonelle grep, men er det godt skjønn når serien om hjerneslag er blitt så ufullstendig?

Jon Henrik Laake

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Tveito M. Blålys over vidda. Intervju med Ellisiv Mathiesen. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 768–9.

2. Frich JC. Hjernen tilhører alle. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1401.
3. Bakke SJ, Lindegaard KF. Subaraknoidalblødning – diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1074–8.
4. Krohg-Sørensen K, Bakke SJ, Russell D. Operativ og endovaskulær behandling av carotisstenose – når er det aktuelt? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 903–7.

Redaksjonen svarer:

Akuttmedisinske aspekter ved slagbehandling er omhandlet i flere artikler i temaserien om hjerneslag (1–4). Intensiv overvåking av pasienter med akutt hjerneinfarkt er nylig omtalt i Tidsskriftet (5), og dette emnet ble derfor ikke inkludert i serien. Det er innlysende at leger i primærhelsetjenesten og de prehospitaltjenestene har en avgjørende akuttmedisinsk rolle i håndteringen av pasienter med symptomer på akutt hjerneslag (6, 7). Intensivmedisinsk og anestesiologisk kompetanse er selvsagt helt nødvendig ved prehospital transport og behandling, så vel som ved operativ og intensiv behandling av slagpasienter i sykehus. Innen rammen av Tidsskriftets temaserie om hjerneslag i nr. 6–10/2007 er det publisert 23 artikler og fem ledere. Det har ikke vært mulig å gi en fullstendig dekning av alle emner innen dette omfattende og tverrfaglige feltet. Jon Henrik Laake peker på viktige utfordringer som fortjener oppmerksomhet.

Jan C. Frich
Tidsskriftet

Litteratur

1. Thomassen L. Behandling av akutt hjerneinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1060–3.
2. Salvesen R, Ingebriksen T. Spontan intracerebral blødning. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1064–8.
3. Bakke SJ, Lindegaard K-F. Subaraknoidalblødning – diagnostikk og behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1074–8.
4. Hanoa R. Spontan hjerneblødning – hvor mye behandling? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1020.
5. Næss H, Waje-Andreassen U, Thomassen L. Overvåking ved akutt hjerneinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 444–6.
6. Rønning OM. Hvordan stille diagnosen akutt hjerneslag? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 888–91.
7. Frich JC, Russell D. Hjerneslag – en ny epoke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 719.

Hjernens tilhørighet

Det har falt anestesikollega Jon Henrik Laake tungt for brystet at Tidsskriftet i en mellomtittel har uttalt at «hjernen tilhører nevrologene», slik han skriver i Tidsskriftet nr. 10/07 (1). Jeg skal ikke kommentere Jan C. Frichs påvisning (2) av at det er Tidsskriftets redaksjon, og ikke tidligere leder i Norsk nevrologisk forening, som har formulert denne uttalelsen, som Laake synes er en foraktelig «revirholdning».

Det er likevel to ting som er egnet til å forbause i Laakes innlegg (1). For det første: At han ikke har fått med seg at Tidsskriftets forbilledlige temaserie om hjerneslag nettopp understreker betydningen av en flerfaglig tilnærming. Laake har rett i at vi alle «tar hjernen i terapi», som han uttrykker det. Alle andre organer ultimate funksjon er å ta vare på hjernen, hvor vår personlighet, våre evner og egenskaper er lokalisert.

For det andre: Hans fordom mot nevrologer som reflekshammerviftende kolleger, hjelpeløse overfor de store utfordringer i medisinen. Han har bekymring for nevrologens håndtering av bevisstløse pasienter, men jeg kan ikke gjøre Laake og anestesileger generelt ansvarlig for de anestesileger som mangler den mest elementære kunnskap om bedømmelse av hjernestammens funksjon. Dette er faktisk ganske viktig når det skal avgjøres om en pasient er dypt bevisstløs eller død. Laake besværer seg også for nevrologers manglende interesse for smertebehandling. En smerteklinikk er definert som en flerfaglig organisasjon hvor også nevrolog inngår, og slik fungerer den også best. Når noen enkeltstående anestesileger driver uansvarlig forskrivning av sterke smertestillende preparater og dårlig begrunnede nervedestruktive prosedyrer, kan igjen ikke hele faggruppen legges til last.

Jeg skal ikke forsøke å benekte at Laake kan ha hatt lite heldige erfaringer med nevrologer. Det er likevel like urimelig og svært uheldig at myter og fordommer får lov til å bre seg på bakgrunn av enkelthendelser. Både Laake og jeg skal være svært forsiktede og ydmyke i slike sammenhenger. Det er en ganske utbredt myte og fordom i befolkningen at leger er snørrhovne og arrogante. Innad i legestanden vil vi helst finne slike holdninger urimelige, men av og til kan man skjønne hvorfor slike oppfatninger brer seg.

Ragnar Stien
Oslo

Litteratur

1. Laake JH. Hjernen tilhører alle. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1401.
2. Frich JC. Hjernen tilhører alle. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1401.

J.H. Laake svarer:

Som det fremgår av et annet innlegg i dette nummer av Tidsskriftet (1) er ikke jeg like imponert som Ragnar Stien over tverrfagligheten i temaserien om hjerneslag. Hele det akuttmedisinske miljøet er nemlig sjaltet ut, og det til tross for at nevrologene ønsker å behandle slagpasienter med samme hastegrad som pasienter med akutte koronarsyndromer. Mitt opprinnelige innlegg inneholdt to konkrete eksempler på akutt nevrologisk sykdom, smerte og bevisstløshet, der nevrologer verken kan eller bør opptre alene (2). Dette utlegges av Stien til å være en forakt for nevrologer som jeg ikke kjenner meg igjen i, noe jeg også var påpasselig med å understreke.

Sikkerheten knyttet til anesthesiologiske prosedyrer er grundig dokumentert og er fremhevet av Institute of Medicine i USA som et eksempel til etterfølgelse (3).

Jon Henrik Laake

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Laake JH. Tverrfaglig om hjerneslag? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1807.
2. Laake JH. Hjernen tilhører alle. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1401.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, red. To err is human. Building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

Holistisk psykiatri – bare ønsketenkning?

I Tidsskriftet nr. 7/2007 tar Petter Andreas Ringen et oppgjør med den biologisk-reduksjonistiske modellen kontra den holistiske medisintankegangen i psykiatriske helsetjenester (1). Per Fugelli er inne på noe av det samme i sin bok *Rød resept* (2). Forskning peker med all tydelighet på hvor mye sosioøkonomiske og sosiokulturelle forhold har å si for psykisk og somatisk helsetilstand (3, 4).

Til tross for dette er slike forhold nesten fraværende i samfunnsdebatten om psykiatri. Mitt spørsmål er derfor: Er diskusjonen om en holistisk medisin kun ønsketenkning og en god tanke? Er det tid, rom, vilje og legekrefter nok ved psykiatriske institusjoner til å tenke slike tanker, som jo ikke er effektive, kostnadsbesparende eller markedsrettet? Er legestanden villig til å legge vekk sin reseptblokk for å rette mer oppmerksomhet mot folkehelsen, sosiale forhold og konsekvenser av skjevfordeling? Vil dette gi status nok til en yrkesgruppe hvis status har vært høy lønn, definisjonsmakt og å være hersker over liv og død?

Vi sosionomer er barn av velferdssamfunnet og er utdannet til å se hvordan fattigdom, rus, arbeidsledighet og ulikheter skaper sosiale og helsemessige problemer for enkeltmennesker. Jeg savner en faglig diskusjon om dette innen norsk psykiatri. Kanskje burde det ansettes noen samfunnsmedisinere i psykiatrien for å gi psykiatrien slagkraft som samfunnets temperaturmåler.

Bente Bakken Rasmussen

Psykiatrisk poliklinikk
Grimstad

Litteratur

1. Ringen PA. Medisin og psykiatri – stykkevis og delt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 908–10.
2. Fugelli P. Rød resept. Oslo: Tano, 1999.
3. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
4. Næss Ø, Rognerud M, Strand BH, red. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2007.

Astmakontrolltest for barn

Det er vel og bra at det utvikles tester for å finne hvilke barn som har utilfredsstillende sykdomskontroll slik at disse barna kan få tettere oppfølging og eventuelt endre behandlingsopplegg. I den senere tiden har det kommet en ny AstmaKontrollTest (ACT) for barn i alderen 4–11 år utviklet av legemiddelfirmaet GlaxoSmithKline (1) og anbefalt av Norges Astma- og Allergiforbund (2). Testen består av sju enkle spørsmål, hvorav fire som barnet skal besvare selv, de siste tre besvares av foreldrene.

Til min forundring er spørsmålene noe merkelig når man tenker på forståelse og modenhet hos så små barn. Spørsmålene var opprinnelig i engelsk og er direkte oversatt til norsk uten å ta hensyn til språklige nyanser. Jeg vet ikke om fagekspertise har bidratt eller sett nøye på utformingen av spørsmålene. Følgende spørsmål blir stilt til et fire år gammelt barn: «Hvordan er astmaen din i dag?» «Hvor vanskelig er det med astmaen din når du løper, trener eller driver med idrett?» «Hoster du på grunn av astmaen din?» «Våkner du om natta på grunn av astmaen din?» (1).

Vet barn i denne alderen om de har astma? I brosjyren står det at dersom barnet trenger hjelp med å lese eller forstå et spørsmål, kan foreldrene hjelpe til, men de må la barnet velge svaret. Da spør jeg: Vil ikke da foreldrene «styre» spørsmålene istedenfor barna selv? Jeg har vanskelig for å tro at barn i denne alderen kan svare adekvat på disse spørsmålene. Dette baserer jeg på egen erfaring som barnelege ved en sykehuspoliklinikk med astmabarn som en stor pasientgruppe, mange under fem år.

Å definere astma hos barn under fem år er heller ikke lett for leger, og diagnostiseringen av astma er stort sett basert på symptomer. Ofte har barn infeksjonsutløst «puste-

besvær» som kan tolkes som astma av noen leger, mens andre barn får noe mer usikker diagnose som «reaktive luftveier». Noen barn har kanskje ikke fått diagnosen astma, fordi legen er usikker, eller fordi barna ikke har typiske symptomer. Kanskje bør alderen for å svare på disse spørsmålene heves noe, for eksempel til seks år. Eller kanskje man får et bedre og adekvat svar fra barna i den aldersgruppen dersom ordet «astma» er erstattet med «vanskelig å puste».

Chandra Sekhar Devulapalli

Ringerike sykehus

Litteratur

1. AstmaKontrollTest (ACT™) for barn 4–11 år. Oslo: GlaxoSmithKline, 2006.
2. AstmaKontrollTest for barn mellom 4 og 11 år. www.naaf.no/no/Grupper/Foeldre_og_barn/Aktuelt/2139/. [5.5.2007].

GlaxoSmithKline svarer:

Chandra Sekhar Devulapalli påpeker to viktige forhold: betydningen av å utvikle tester for å vurdere sykdomskontrollen hos barn med astma, og vanskeligheten med å kommunisere testprosedyren med så små barn. Dette er relevante kommentarer vedrørende utviklingen av spørsmålene og oversettelsen til norsk, og vi vil kort redegjøre for prosessen.

GlaxoSmithKline har stått for utviklingen av denne testen i samarbeid med Mapi Research Institute i Lyon, Frankrike. En gruppe spesialister identifiserte 21 spørsmål som var relevante for å evaluere astmakontroll hos barn. Disse spørsmålene ble gjennom kognitive intervjuer testet på barn og foresatte, og man valgte da den mest adekvate ordlyden på spørsmålene. Videre gjorde man en klinisk validering med lungefunksjonsmålinger, og ved en logistisk regresjonsanalyse kom man frem til de sju mest relevante spørsmålene. Testmaterialet besto av 344 barn. Utviklingen av denne testen er publisert (1).

Den lingvistiske valideringen, eller oversettelsen om man vil, til de forskjellige land har vært slik: En direkte oversettelse av to uavhengige oversettere, sammenlikning av disse, en tilbakeoversettelse av en annen uavhengig oversetter, og så sammenlikning med originalversjonen. Dernest ble det gjort en kognitiv gjennomgang (debriefing) med foresatte og barn fra hvert land for å teste klarhet og forståelighet av spørsmålene. De foresatte gjennomgikk intervjuer og ble spurt om hvordan de oppfattet spørsmålene, og de kunne foreslå alternative formuleringer. Barna ble også intervjuet sammen med sine foresatte, og man bedømte da om de var i stand til å svare på spørsmålene og om de hadde noen vansker i så måte. Den norske versjonen ble også testet på norske barn og vurdert av en norsk barnelege.

AstmaKontrollTest (ACT) for barn er lett å bruke. Den har også fått grafiske illustra-