

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 anestesilogiske 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 utilfredsstilende 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. Dermed 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-

sjoner av barneansikter som karakteriserer de forskjellige responsene. Testen skal brukes sammen med de foresatte, slik at disse sammen med legen kan vurdere hvor godt barnets astma er kontrollert.

Olav Flaten
GlaxoSmithKline

Litteratur

1. Liu AH, Zeiger R, Sorkness C et al. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. *J. Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 817–25.

Hva er forsvarlig i psykisk helsevern?

I helseforetak der jeg jobber, driver jeg bl.a. med diagnostiske vurderinger av personer som man tror kan ha AD/HD. Dette er kompliserte utredninger som krever innsamling av store mengder informasjon fra pasientens livshistorie, utfylling av diverse spørreskjema, innhenting av komparentopplysninger fra foreldre og/eller skole, ev. samtale med partner, søsken eller andre, av og til også nevropsykologisk utredning og veiledning av en spesialist. Det er kort sagt som en slags vitenskapelig utredning hvor man avkrefter eller bekrefter en hypotese.

Spørsmålet er om det er forsvarlig at en med høyskoleutdanning skal kunne gjøre diagnostiske utredninger og igangsette behandling på selvstendig basis? Har de grundig nok skoleing i psykiske lidelsers symptombylde og mulige årsaksforhold? Har de øvelse i det å gjøre diagnostiske vurderinger med hjelp fra en veileder – det hele tatt en grundig nok psykopatologiforståelse som kan ligge til grunn for ulike behandlingsregimer? Dette skjer i psykisk helsevern hver dag. Andre enn psykologer og leger foretar diagnostiske utredninger og igangsetter behandling. Alt i full enighet med en leder som kanskje selv er sykepleier eller vernepleier, og som i tillegg kanskje har en begrenset kjennskap til lovverket, myndighetenes føringer og faget selv.

Myndighetene kan med det juridiske begrepet forsvarlighet (§ 4 i lov om helsepersonell) ha unngått et politisk minefelt ved å ikke definere hvilke yrkesgrupper som skulle gjøre hva og istedenfor overlatt dette ansvaret til arbeidsgiverne så lenge de holder seg innenfor det som er «forsvarlig». Men jeg tror ikke dette har bidratt til klargjøring av forsvarlighetsbegrepet. Det har heller ført til en praksis hvor «alle nå gjør alt». Kanskje går dette oftere på bekostning av forsvarligheten enn det motsatte.

I praksis utføres både utredning, diagnostisering og komplisert behandling av personer med høyskoleutdanning uten kvalitetssikring av psykolog eller psykiater. Jeg mener dette er uheldig, fordi det kan føre til feildiagnostisering og feilbehandling.

Spesielt vurdering av selvmordsfare er krevende – der gale vurderinger kan få fatale følger. Dette har gjort at fylkeslegene har sagt at selvmordsvurderinger bør gjøres av psykolog eller lege. Kanskje bør myndighetene nå komme med klarere retningslinjer også for hvem som skal ha myndighet til å diagnostisere og igangsette behandling, selv om det egentlig er avgjort at psykologer og leger skal gjøre dette i kraft av sin grundige utdanning. Myndighetene bør se nærmere på en praksis som foregår på steder hvor det er vanskelig å få tilgang på psykologer og leger. På disse stedene er det bygget opp kompetanse hos yrkesgrupper med høyskoleutdanning slik at de skal gjøre det arbeidet en psykolog eller psykiater bør gjøre. Jeg har også mistanke om at enkelte helseforetak har satset på billigere arbeidskraft ved å satse på yrkesgrupper med høyskoleutdanning. Men er det forsvarlig for pasientene?

Olav Kandal
Bø i Telemark

Gir rosigitazon økt risiko for hjerteinfarkt?

New England Journal of Medicine publiserte nylig en metaanalyse basert på 42 studier av minst 24 ukers varighet. Metaanalysen konkluderte med at pasienter som bruker rosigitazon har økt risiko for hjerteinfarkt sammenliknet med en kontrollgruppe. I tillegg fant man en tendens til økt risiko for kardiovaskulær død (1).

Det er velkjent at rosigitazon og pioglitazon kan gi væskeretensjon og hjertesvikt, og begge medikamenter er kontraindisert ved hjertesvikt. Resultatene fra metaanalysen må ikke bagatelliseres, men det er viktig å være oppmerksom på de klare svakheter ved analysen. Svakhetene er understreket både av forfatterne (1) og i to redaksjonelle kommentarer i både *New England Journal of Medicine* (2) og *The Lancet* (3). Ingen av studiene som var tatt med, var designet for å se på hjerteinfarkt som endepunkt. Det var ingen standard definisjon på hjerteinfarkt eller metode for å validere hjerteinfarkt som endepunkt. Man hadde ikke mulighet til å bruke tid som endepunkt. Antall hendelser ble registrert og oddsratio beregnet. Antall hendelser var få, og noen få ekstra hendelser i kontrollgruppen kunne ha endret resultatet fullstendig.

Lederartikkelen i *The Lancet* anbefaler at man avventer resultatene av den store, prospektive RECORD-studien, som er designet spesielt for å studere kardiovaskulære endepunkter hos diabetikere behandlet med rosigitazon i kombinasjon med metformin eller sulfonylurea, sammenliknet med pasienter

som ikke får rosigitazon (4). Det primære endepunktet er tid til første kardiovaskulære hendelse som fører til hospitalisering eller død. Rekrutteringen foregikk i perioden 2001–03, og studien er planlagt avsluttet etter seks år (2009). Det er ikke funnet grunn til å avbryte studien ved årlige evalueringer.

Legemiddelverket gir denne anbefalingen på sine nettsider: «Pasienter som bruker Avandia (rosigitazon), Avandamet (rosigitazon og metformin) eller Avandaglim (rosigitazon og glimepirid) bør fortsette med behandlingen inntil all informasjon er analysert av myndighetene og det eventuelt blir gitt nye råd» (5). Det er nå viktig å ha «kis i magen» og avvente resultater av randomiserte kliniske studier med forhåndsdefinerte kardiovaskulære endepunkter før man tar stilling til om behandling med rosigitazon gjør mer skade enn gagn. Anbefalingene fra Legemiddelverket synes fornuftige. Det er grunn til å berolige pasienter og leger som bruker eller forskriver medikamentet. Det er likevel viktig at pasientene gis grundig informasjon om tiltak ved eventuelle symptomer på hjertesvikt.

Jøran Hjelmesæth
Senter for sykkelig overvekt
Sykehuset i Vestfold

Litteratur

1. Nissen SE, Wolski K. Effect of rosigitazon on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007. E-publisert 21.5.2007.
2. Psaty BM, Furberg CD. Rosigitazon and cardiovascular risk. *N Engl J Med* 2007. E-publisert 21.5.2007.
3. Rosigitazon: seeking a balanced perspective. *Lancet* 2007. E-publisert 23.5.2007.
4. Home PD, Pocock SJ, Beck-Nielsen H et al. Rosigitazon evaluated for cardiac outcomes and regulation of glycaemia in diabetes (RECORD): study design and protocol. *Diabetologia* 2005; 48: 1726–35.
5. Øker rosigitazon faren for hjertesykdom? www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_24528.aspx [31.5.2007]

Om HLR minus – eller ei

På en previsitt for kort tid siden bladde jeg rutinemessig gjennom medsendte papirer for en pasient som var overført fra en annen avdeling på sykehuset. Pasienten hadde fått konstatert en inoperabel luncancer, men ble senere overflyttet til Hjerteravdelingen pga. hjerteinfarkt. I kurvemappen lå bl.a. et dokument med følgende tekst: «Angående spørsmål om hjertestans: Angående spørsmål om hjertestans ønsker jeg gjenoppliving.» Erklæringen var underskrevet av pasienten og hans ektefelle.

Dette må være feil, sa jeg, her mangler et ord, denne cancerpasienten med begrensede leveutsikter mener selvfølgelig at han ikke ønsker gjenoppliving.