

## Leger Uten Grenser trenger kirurger og anestesileger

Leger Uten Grenser har nå et stort behov for kirurger og anestesileger som kan dra ut på oppdrag på kort varsel (beredskap). Organisasjonen har rundt 400 prosjekter i over 70 land. Det siste året har vi økt innsatsen med å gi medisinsk støtte til befolkninger i konfliktområder, og i mange av prosjektene er det behov for kompetanse innen kirurgi og anestesi. Vi har i dag ikke nok kirurger og anestesileger til disse prosjektene. Behovet for kirurgiske enheter er størst i prosjekter i konfliktområder som Haiti, Somalia, Sri Lanka, Jordan, Gaza/Palestina, Iran (i forbindelse med Irak) og Den demokratiske republikken Kongo.

På Haiti, i hovedstaden Port-au-Prince, er flere enn 7 000 mennesker blitt behandlet for skader etter vold siden 2004, inkludert over 3 000 personer med skuddskader (av disse nesten 1 000 kvinner eller barn). Dette gir en indikasjon på de menneskelige lidelsene og behovene i den brutale lavintensitetskonflikten i byen. I Somalia har det de siste 15 år vært en intern konflikt som har hatt katastrofale følger for befolkningens helsetilstand. Leger Uten Grenser forsøker å rette på dette gjennom å tilby kirurgiske tjenester og grunnleggende helsetjenester i flere regioner. Men også på steder som er i en overgangsfase er det behov for kirurgisk virksomhet. I Bor i Sør-Sudan driver Leger Uten Grenser prosjekter med kirurgi, fordi de lokale helsemyndighetene ikke har kapasitet.

Som kirurg eller anestesileger vil du bli stilt overfor store faglige og personlige utfordringer. Du vil ha lange dager på operasjonsstuen og møte mange nye problemstillinger. Du må ofte stole på dine egne vurderinger og din evne til improvisasjon for å løse utfordringene i felten. Du vil jobbe i et tverrfaglig team og bo tett sammen med kolleger. Evne til samarbeid og tverrkulturell forståelse er derfor viktig.

Kirurger og anestesileger drar ut på kortvarige feltoppdrag i 1–2 måneder, men oppdragene kan også vare lenger. Din kompetanse kan være med på redde liv. Ta kontakt med oss eller gå inn på vår nettside [www.legerutengrenser.no](http://www.legerutengrenser.no) for mer informasjon.

**Terese Aalborg**

Leger Uten Grenser – Norge

## Om livskvalitet ved amyotrofisk lateral sklerose

Eg har hatt diagnosen amyotrofisk lateral sklerose i om lag to og eit halvt år. Det er ein forferdelig sjukdom. Eg kan ikkje stå eller gå, ikkje ete, ikkje snakke, ikkje halde ei avis og ikkje puste for eigen maskin. Eg er alvorleg sjuk og skal snart dø. Nokon

har vist meg artikkelen *Livskvalitet hos pasienter med amyotrofisk lateral sklerose* i Tidsskriftet nr. 19/2006 (1). Ein av hovudkonklusjonane i studien er at eg kan vente å ha ein «mental livskvalitet på høyde med den som er rapportert i normalbefolkningen».

Det beste ein kan seie om artikkelen, er at han er useriøs. Det synest for meg som forfatterane har lite innsyn både i forskingsmetodikk og i psyken til alvorleg sjuke menneske. Metoden som er nytta, er spørjeskjemaet SF-36. Etter mi meining er det absolutt ikkje brukande på ei slik problemstilling og til å trekke slike konklusjonar som kjem fram i artikkelen. Ein har ikkje definert eller diskutert kva ein legg i «livskvalitet». Dei fleste vil meine det har med korleis ein opplever livssituasjonen sin og kor tilfreds ein er. Undersøkinga er ikkje absolutt, svara på dei få spørsmåla vert subjektive og relative – kva forventar han som blir intervjuet? Derfor blir det heilt gale og meningslaust å samanlikne døyande menneske med «folk flest» på ein slik måte ein gjer her. Eg finn påstanden nærast «blasfemisk».

Ei undersøking hjå fotballspelarar på vinnarlaget i lågaste divisjon og laga i eliteserien kan godt syne at førstnemnde lag er mest tilfreds med spel og resultat når ein tar omsyn til forventningar, men få vil trekke konklusjonen at fotballnivået er tilnærma det same på laga. Eg rår fleire til å lese artikkelen *En ideologikritisk analyse av livskvalitetsskjemaet SF-36* frå Senter for vitenskapsteori ved Universitetet i Bergen (2).

Alt er ikkje meningslaust om ein får ein diagnose som amyotrofisk lateral sklerose. Sjølv har eg hatt framifrå legehjelp av Ove Fondenes ved Haukeland Universitetssykehus. Men ein må sjå sjukdommen i rett perspektiv, og forskning må være seriøs om det skal hjelpa for pasient og pårørande.

**Svein Bua**

Sveio

### Litteratur

- Leirvik A, Liverød M, Holmøy T. Livskvalitet hos pasienter med amyotrofisk lateral sklerose. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2520–2.
- Hauken MA. En ideologikritisk analyse av livskvalitetsskjemaet SF-36. Bergen: Senter for vitenskapsteori, Universitetet i Bergen, 2006.

T. Holmøy & A. Leirvik svarer:

Vi takker for Svein Buas tankevekkende kritikk av vår undersøkelse av livskvalitet ved amyotrofisk lateral sklerose (ALS) (1). Det var ikke vår intensjon å bagatellisere byrden ved å leve med denne sykdommen.

Det tverrfaglige ALS-teamet ved Ullevål universitetssykehus har gjennom ti år fulgt over 100 pasienter med amyotrofisk lateral sklerose. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge om vi gir pasientene et adekvat tilbud (1). I den forbindelse var det relevant

å kartlegge pasientenes helserelaterte livskvalitet. SF-36 er et anerkjent verktøy som er blitt brukt i flere tusen slike studier, bl.a. ved sykdommer som aids, kreft og ryggmargsskade i tillegg til ved amyotrofisk lateral sklerose (2, 3). Resultatene viste stor spredning, men gjennomsnittlig skåret pasientene om lag som forventet hos normalbefolkningen på den mentale komponenten av SF-36 (1). Det er mulig dette skyldes at pasienter med amyotrofisk lateral sklerose har lave forventninger til livet, slik Bua antyder. Resultatet er imidlertid direkte utledet av de svarene som pasientene ga og som vi bør være varsomme med å trekke i tvil.

Helserelatert livskvalitet er komplekst, og mange relevante momenter kan falle utenfor spørreskjemaer som SF-36. Mye av Buas kritikk vil sannsynligvis ramme også andre kvantitative studier. Vi planlegger derfor en kvalitativ undersøkelse med åpne intervjuer der pasientene i større grad selv kan definere problemstillingene, og vil også forsøke å løfte pasienters egne beretninger frem på andre måter (4).

At leger skriver om pasientenes livskvalitet, kan kanskje oppfattes som et provoserende forsøk på å fortelle den som har skoen på hvor den trykker. Det eksisterer imidlertid en utbredt oppfatning om at amyotrofisk lateral sklerose ikke er forenlig med et verdig liv. Viktige beslutninger om blant annet livsforlengende behandling er blitt tatt over hodet på pasientene. Undersøkelser av hvordan pasienten selv opplever sin livskvalitet er – med alle sine svakheter – et forsøk på å bryte med slike holdninger.

**Trygve Holmøy**

Ullevål Universitetssykehus

**Atle Leirvik**

Sykehuset i Vestfold

### Litteratur

- Leirvik A, Liverød M, Holmøy T. Livskvalitet ved amyotrofisk lateral sklerose. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2520–2.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A et al. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. BMJ 2002; 324: 1417.
- Jenkinson C, Hobart J, Chandola T et al. Use of the short form health survey (SF-36) in patients with amyotrophic lateral sclerosis: tests of data quality, score reliability, response rate and scaling assumptions. J Neurol 2002; 249: 178–83.
- Holmøy T, Frich JC. Fortellinger om livet med amyotrofisk lateral sklerose. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3297–9.

## Psykiske lidelser og hjertesykdom

I et kort innlegg i Tidsskriftet nr. 7/2007 (1) omtales en studie som viste at det er økt risiko for hjertesykdom ved psykiske lidelser, og at denne risikoen er tre ganger høyere hos personer under 50 år (2). Det fremgår ikke av innlegget om dette gjelder begge kjønn eller kun menn.

«Gamle» antipsykotiske og antidepressive legemidler med risiko for kardiovaskulære bivirkninger er enten avregistrert eller brukes bare sjelden i vestlige land. Nå anvendes som regel nye generasjoner antipsykotiske og antidepressive medisiner, ikke minst stemningsleiestabiliserende midler, bl.a. valproatsyre og karbamazepin, som er aktuelle ved bipolar og schizoaffective lidelse. Høy kardiovaskulær dødelighet hos psykiatriske pasienter kan henge sammen med den effekten disse midlene har på lipidnivåene, som jo er en risikofaktor for kardiovaskulær sykdom.

I kliniske studier av barn og ungdom som behandles med karbamazepin og valproatsyre mot epilepsi, er det vist signifikant konsentrasjonsøkning av total kolesterol, LDL-kolesterol og triglyserider (3, 4). Denne effekten antas å skyldes flere mekanismer, deriblant særlig induksjon av mikrosomale leverenzymmer (5). Samme effekt er funnet hos friske menn etter karbamazepinbehandling (6). En randomisert, dobbeltblind studie med både menn og kvinner med schizofreni og schizoaffective lidelse viste at behandling med olanzapin og klozapin førte til signifikant økning av kolesterolnivået, uavhengig av kroppsmasseindeks ved behandlingsstart (7). Det er i flere studier vist at også antidepressive medisiner fører til signifikant økning av lipidnivået i blodet. Derfor bør pasienter som behandles med antipsykotiske, antidepressive og stemningsleiestabiliserende midler få blodlipidnivået kontrollert regelmessig.

#### Babajohn Aini-yet

Grorud barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk  
Akershus universitetssykehus

#### Litteratur

1. Ørstavik R. Psykiske lidelser øker risikoen for hjertesykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 847.
2. Osborn DP, Levy G, Nazareth I et al. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research database. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 242–9.
3. Sozuer DT, Atakil D, Dogu O et al. Serum lipids in epileptic children treated with carbamazepine and valproate. Eur J Pediatr 1997; 156: 565–7.
4. Nikolaos T, Stylianos G, Chryssoula N et al. The effect of long-term antiepileptic treatment on serum cholesterol (TC, HDL, LDL) and triglyceride levels in adult epileptic patients on monotherapy. Med Sci Monit 2004; 10: 50–2.
5. Benedetti MS, Ruty B, Baltes E. Induction of endogenous pathway by antiepileptic and clinical implications. Fundam Clin Pharmacol 2005; 19: 511–29.
6. Brämsswig S, Sudhop T, Luers C et al. Lipoprotein(a) concentration increases during treatment with carbamazepine. Epilepsia 2003; 44: 457–60.
7. Lindenmayer J-P, Czobor P, Volavka J et al. Changes in glucose and cholesterol level in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. Am J Psychiatry 2003; 160: 290–6.