



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.

Hjerneslag rammer hjernen – alltid

Behandling av hjerneslag var tema for helsepolitisk debatt på Norsk indremedisinsk forenings høstmøte 2006, og i Tidsskriftet nr. 24/2006 siterer Lisbet Kongsvik fra møtet (1). Det er ikke vanskelig å være enig med møtedeltakerne i at behandlingen av pasienter med hjerneslag må styrkes. Imidlertid gir artikkelen det inntrykk at rammebetingelser og dårlig tilpasset spesialitetsstruktur er hindringer for utvikling av god slagbehandling. Det hevdes videre at ingen spesialitet har ansvaret for helheten i slagbehandlingen, og at fagfeltet er underutviklet. Noen lyspunkter finnes.

Viktigste kriterium for god slagbehandling er håndtering av alle slagpasienter i slagenhet. Organisert slagbehandling gir bedre resultater og redusert liggetid i sykehus enn ikke-organisert behandling. Man kan etablere slagenheter ved omdisponering av midler. Snevre økonomiske rammer bør derfor ikke være til hinder for organisering av slagbehandlingen. Leder av Norsk indremedisinsk forening Knut E.A. Lundin hevder at behandling av hjerneslag er «en av de største organisatoriske problemene innen indremedisin» (1). Mange slagenheter i indremedisinske avdelinger trues av kapasitetsproblemer. Dette er lett å forstå. Helseforetakene ønsker sentral styring av sengebruk. Hensikten er å unngå korridorsenger på en avdeling ved å benytte ledige senger på andre avdelinger. Slagenheter hvor pasientene ikke konkurrerer med andre pasientgrupper har større frihet til å disponere sengene til pasienter med slag.

Trombolytisk behandling er godkjent behandling innen tre timer etter inntråd slag. Man må raskt skille hjerneslag fra andre sykdommer med liknende symptomer. Ni av ti som får trombolytisk behandling innen tre timer etter slag i Norge, behandles av nevrologer (2). Dette skyldes at mange nevrologiske avdelinger har satset på tidlig utredning og behandling. Avdelingene har bygd opp behandlingsskjeder med klare ansvarsforhold som ivaretar også akutt håndtering.

En stor andel slagpasienter er eldre. En del pasienter med hjerneslag er multisyke. Mange trenger rehabilitering. En rekke spesialiteter kan ha en viktig funksjon i utredning og behandling. Men, hjerneslag rammer hjernen. Alltid. Endret spesialitetsstruktur for å ivareta slagpasientenes mange

behov vil sannsynligvis være et sidespor som forsinker utviklingen av en helhetlig slagbehandling. Man bør derfor videreføre utdanningen av leger innenfor eksisterende spesialiteter hvor forutsetningen for å drive slagbehandling er best. Legene som arbeider med slagpasienter, bør ha god kunnskap om hjernen, dens funksjon ved sykdom, behandling og hjernens plastisitet etter skade. Disse legene kan arbeide i ulike deler av behandlingsskjeden. Dette hindrer fragmentering av slagbehandlingen.

Enkelte steder i landet har det vært vanskelig å organisere en tilfredsstillende slagbehandling. Andre steder er slagbehandlingen mer effektiv, med velfungerende behandlingsskjeder. Møtet i regi av Norsk indremedisinsk forening viser at det er nødvendig med bedre systemer for å viderebringe erfaringer om hvordan man kan opprette og drive organisert slagbehandling.

Ole Morten Rønning
Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Kongsvik L. Hjerneslagsykdommer – et fagfelt som må styrkes. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3345.
2. Safe implementation of thrombolysis in stroke <http://www.acutestroke.org/> (4.1.2007).

K.E.A. Lundin svarer:

Det er gledelig at debattmøtet i Norsk indremedisinsk forening blir lagt merke til. Det er også bra at Ole Morten Rønning er enig i at fagfeltet slagomsorg må styrkes.

Intensjonen med møtet var selvfølgelig ikke å desavuere den innsatsen som gjøres på en rekke nevrologiske avdelinger. Rønning har rett i at det finnes lyspunkter. Men det er ikke slik at det meste av slagomsorgen i Norge utføres av nevrologer. Tvert imot er det slik at de fleste slagenheter er organisert i medisinske klinikker. En av foregangsmennene bak utvikling av slagenheter i Norge og internasjonalt er selv indremedisiner (1). Dessuten er indremedisinen relativt fragmentert, og de sterke grenspesialitetsmiljøene har stor innflytelse. Pasientgrupper som ikke har en veldefinert grenspesialitet knyttet til seg, kan ha problemer med å få riktig prioritet.

Det er nærmest en selvfølge at de fleste tilfeller av trombolytisk behandling utføres i regi av nevrologiske avdelinger. Det er grunn til å tro at pasientene det da er snakk om, er relativt yngre med akutt sykdom og

der antallet differensialdiagnoser og komorbiditet er begrenset. Det er vel videre slik at det så langt bare er en liten del av de aktuelle pasienter, alle aldersgrupper innbefattet, som blir tilbudt slik behandling? Det er vel også slik at det foreløpig er langt bedre dokumentasjon for at tidlig rehabilitering er det som bidrar mest til overlevelse og bevart funksjon – igjen alle aldersgrupper innbefattet?

Norsk indremedisinsk forening mener at den store utfordringen består i de mange eldre som i fremtiden vil presentere seg med hjerneslag og en lang rekke andre sykdommer. For oss er det naturlig at indremedisinerne står sentralt i behandlingen av disse pasientene. Vi tror at fremtidens slagomsorg best utføres av team der en rekke spesialiteter er representert, slik det også klart kom til uttrykk på debattmøtet.

Forslaget om en egen spesialitet i «cerebrovaskulær medisin» atskilt fra nevrologi og indremedisin, der både nevrologer og indremedisinerne kan rekrutteres, er innovativt. Norsk indremedisinsk forening har ikke gitt sin støtte til opprettelse av en slik spesialitet. Legeföreningen og den offentlige forvaltningen har i liknende saker vist liten entusiasme i forhold til å stykke opp spesialitetsstrukturen ytterligere. Vår forening ønsker å være aktivt med på utviklingen av dette spennende fagfeltet.

Knut E.A. Lundin
Norsk indremedisinsk forening

Litteratur

1. Indredavik B, Bakke F, Solberg R et al. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. Stroke 1991; 22: 1026–31.

Upresist om fedme i Tromsø-undersøkelsen

I sin sammenstilling av data om vekt og prevalens av fedme i Norge i Tidsskriftet nr. 1/2007 (1) diskuterer Elisabeth Ulset og medarbeidere sine funn i lys av data fra Tromsø-undersøkelsen som ble gjennomført i 1994–95 (Tromsø 4) (2). Det opplyses at i aldersgruppen 15–29 år var prevalensen av fedme 6 % blant kvinner og 10 % blant menn. Dette er ikke korrekt. Ingen under 25 år ble invitert til denne undersøkelsen, og slike data finnes følgelig ikke.

Misforståelsen må ha oppstått ved en feiltolkning av to tabeller i artikkelen (2). Som det fremgår der var prevalensen av fedme

blant unge voksne (25–29 år) i Tromsø i 1994 6 % for både kvinner og menn. Ulset og medarbeidere har etter alt å dømme overestimert prevalensen av fedme blant personer i alderen 15–29 år i Tromsø i 1994.

Vi er enig i forfatterens konklusjon om at prevalensen av fedme øker. Hva prevalensen er i Norge nå, er imidlertid litt usikkert siden vi ikke lenger har landsdekkende undersøkelser som inkluderer store aldersgrupper.

Bjarne K. Jacobsen
Inger Njølstad

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Ulset E, Undheim R, Malterud K. Er fedmeepidemien kommet til Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 34–7.
2. Jacobsen BK, Njølstad I, Thune I et al. Increase in weight in all birth cohorts in a general population: The Tromsø Study, 1974–1994. Arch Intern Med 2001; 161: 466–72, 1659.

E. Ulset og medarbeidere svarer:

Vi er enig i at vi trolig har overestimert prevalensen av fedme blant personer i alderen 15–29 år i Tromsø i 1994. Vi beklager dette. Vi opprettholder imidlertid vår konklusjon om at prevalensen av fedme øker.

Elisabeth Ulset
Rut Undheim
Kirsti Malterud

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Posttraumatisk stressforstyrrelse?

Einar Kringlens kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 1/2007 (1) peker på et viktig forhold, nemlig inflasjonen i bruk av det diagnostiske begrepet posttraumatisk stressforstyrrelse. Han peker på at dette ikke minst gjelder i forsikringsaker. Helt parallelt har dette, etter min erfaring, foregått også for den offentlige forsikringen, dvs. folketrygden.

Undertegnede har over 20 års erfaring som samarbeidende og rådgivende spesialist i psykiatri for trygden. Her har jeg gjennom de siste årene sett en sterk økning i bruk av denne diagnosen i erklæringer for trygden, både fra psykiatere og psykologer. Disse har, oftest som ansatte i institusjoner, hatt behandlingskontakt med pasient/trygdesøker, og søknaden gjelder særlig godkjenning som yrkesskade og krav om menerstatning. Diagnosen stilles ikke sjelden på grunnlag av de mer moderate traumene Kringlen nevner i første avsnitt i sin artikkel (1), og i tillegg sondres det ikke mellom vanlig angst og depresjon og de spesifikke symptomer som eksempelvis ICD-10 krever for å bruke diagnosen. Det er i tillegg ofte svake forsøk på å kvalifisere symptomene tyngde i forhold til Rikstrygdever-

kets forskrifter for menerstatning. De fleste av disse trygdeerklæringer fra psykiatere og psykologer har ikke det preg av «traumeindustri», slik Kringlen nevner, selv om dette nok kan skje. I de angjeldende sakene kan det mer være advokater og representanter for pressgrupper som står for dette.

Fagfolkene svakhet i denne sammenheng er delvis en lite kritisk tendens ved å begrunne diagnosen med det Kringlen refererer som «second-hand shocks now count» (1). Ofte begrunnes også diagnosen med traumer direkte mot pasienten og som er åpenbart svakere enn det definisjonen i ICD-10 tilsier.

Jeg tror motivet bak dette er et ekte ønske om å hjelpe pasientene med deres plager og opplevde traumer. I tillegg er det noe med diagnosen som representerer noe nytt, og som kan ha et preg av å være avansert rent faglig. God vilje er imidlertid ikke nok til å forsvare den upresise og ofte feilaktige bruken av diagnosen. Kringlens artikkel bør bidra til at det foretas en opprydding ved initiativ fra sentrale faginstanser, kanskje en oppgave i første omgang for Norsk psykiatrisk forening?

Pål Hartvig
NAV Telemark

Litteratur

1. Kringlen E. Posttraumatisk stressforstyrrelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 61–2.

Metadonbehandling og hjertearytmi

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 1/2007 (1) tilskriver Harald T. Andersen & Joe Siri Ekgren «norsk fagmiljø» innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) den oppfatningen at hjertearytmier knyttet til forlenget QTc-tid ved metadonbruk er «lite klinisk betydningsfulle» hos narkomane, med henvisning til en artikkel av undertegnede (2). En slik oppfatning vil Andersen & Ekgren ikke akseptere.

Utgangspunktet er feil. Sitatet det henvises til, er i sin helhet slik: «Det er fra før kjent at metadon kan påvirke hjerteledningstiden, men dette har vært vurdert som lite klinisk betydningsfullt. Ettersom antall personer i behandling øker og doseringsnivået stiger, vil lavfrekvente komplikasjoner bli synlige» (2). Deretter viser vi til en rekke faktorer som gjør at problemet har fått økt aktualitet og til risikofaktorer som krever EKG-kontroll (2).

QTc-forlengelse som gir arytmier er selvsagt et klinisk betydningsfullt fenomen. Artikkelen fra 2004 dreide seg om hvorvidt dokumentasjonen den gang var slik at man burde kreve rutinemessig EKG før legemiddelassistert rehabilitering. Heroinmisbruk er forbundet med overdødelighet av mange årsaker og slik behandling bidrar til å minske risikoen. Et krav om rutinemessig

EKG kunne forsinke behandlingen. Også andre medikamenttyper kan gi forlenget QTc-tid (2) uten at tilsvarende krav er reist før behandling med slike medikamenter. Forlengelsen er doseavhengig og først og fremst et problem ved høye doseringer og/eller andre risikofaktorer. De nasjonale anbefalingene har derfor vært krav om EKG når det er risikofaktorer til stede og alltid før dosejustering over 120 mg. Denne vurderingen har støtte i en fersk oversiktsartikkel av bl.a. Krantz (3), som var en av de første som påpekte problemet.

Andersen & Ekgren bringer også en del spekulasjoner om det kan være hjertedødsfall blant de overdosetilfellene hvor det er påvist metadon (1). Få av disse pasientene var i behandling i LAR-prosjekter, og flertallet ble rettsstoksikologisk undersøkt, med annen diagnose som konklusjon. «Fagmiljøene» er opptatt av kunnskap om disse spørsmålene og arbeider med flere undersøkelser på området. Ved kryssing av et opprettet pasientregister mot dødsårsaksregisteret fant vi fire dødsfall med hjerte-relatert diagnose i løpet av 6 445 behandlingsår med metadon; tre var hjerteinfarkt og ett en annen hjertesykdom. Det var i tillegg tre tilfeller av dødsfall uten kjent årsak. Vi har to pågående studier hvor EKG tolkes «blindt» før og under legemiddelassistert rehabilitering. Studiene skal også gi kunnskap om buprenorfins påvirkning på hjerterytmen. Klinisk betydningsfulle forlengelser av QTc-tid vil bli undersøkt nærmere, blant annet med genanalyse.

Det er vel kjent at QTc-forlengelse kan være klinisk betydningsfullt. Hensikten med de nevnte studiene er å få bedre kunnskap om forekomst og risikofaktorer, noe som kan bidra i kvalitetsutviklingen innen feltet legemiddelassistert rehabilitering.

Helge Waal
Universitetet i Oslo
og
LAR Øst

Aud L. Krook
Viggo Hansteen
Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Andersen HT, Ekgren JS. Hjertearytmi og plutselig død under metadonbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 63.
2. Krook AL, Waal H, Hansteen V. EKG som rutine før metadonassistert rehabilitering er feil prioritering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2940–1.
3. Schmittner J, Krantz MJ. QTc prolongation in methadone maintenance: fact and fiction. Heroin Addict Relat Clin Probl 2006; 6: 41–52.

J.S. Ekgren
& *H.T. Andersen svarer:*

Vi registrerer med tilfredshet at Helge Waal og medarbeidere nå deler vår oppfatning om at QTc-forlengelse som gir arytmier, er et klinisk betydningsfullt fenomen. Det er fortsatt et åpent spørsmål om forfatterne stadig betrakter rutinemessig EKG ved