



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 under utviklet. 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 behandlingskjeder 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 behandlingskjeder. 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 slagbehandlingen.

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