

God psykisk helse i Sogn og Fjordane

Folk i Sogn og Fjordane har langt bedre psykisk helse enn oslofolk. Faktisk er omfanget av psykiske lidelser dobbelt så stort i hovedstaden som i dette vestlandfylket.

I en komparativ epidemiologisk undersøkelse fra Oslo og Sogn og Fjordane fant man ved intervjuer av et tilfeldig utvalg av den voksne befolkning at både den årlige prevalensen og livstidsprevalensen av psykiske lidelser var dobbelt så høy i Oslo som i Sogn og Fjordane (1). Utvalget var på vel 2 000 personer i Oslo og vel 1 000 i Sogn og Fjordane, alle i alderen 18–65 år. Det internasjonalt pålitelige intervjukjemaet CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ble brukt i begge fylkene.

I Sogn og Fjordane var den årlige prevalensen av psykiske lidelser 16,5 % og livstidsprevalensen 30,9 %. Sykdomsbildet var mye det samme i Oslo og i Sogn og Fjordane – alkoholmisbruk og depresjon var hyppigste plager. I begge fylker var det en betydelig høyere forekomst av psykiske

lidelser hos kvinner enn hos menn, med unntak for alkohol- og stoffmisbruk.

Ruralitet, definert som ikke-urbant liv, kan ikke gi noen god forklaring på de store forskjellene i psykisk helse i de to fylkene, for undersøkelser har vist at det verken i Lofoten eller i Østfold er noen særlig forskjell fra Oslo. Det er mer rimelig å tilskrive forskjellene sosiale og kulturelle faktorer. Her utmerker Sogn og Fjordane seg på en rekke felter. Fylket har i lang tid vært preget av politisk og kulturell stabilitet, uten hurtige sosiale endringer. Skilsmissetallene er fortsatt lave, alkoholkonsumet moderat, kriminaliteten begrenset og befolkningen holder i stor grad fast ved tradisjonelle moralske og religiøse verdier.

Einar Kringlen

einar.kringlen@medisin.uio.no
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 713–9.

Kirurgi eller ikke ved lumbalprolaps?

Kirurgisk behandling er kanskje mer effektivt enn konservativ behandling ved isjassmerter, men de fleste blir bra uten operasjon.

I en prospektiv, randomisert studie fra USA ble 501 pasienter med lumbalprolaps randomisert til enten kirurgisk behandling eller konservativ behandling (1). Gjennomsnittsalderen var 42 år (42 % kvinner). Alle hadde påvist prolaps ved CT eller MR og hadde hatt radikulære smerter og utfall i minst seks uker.

Forskerne fikk uventede problemer, ettersom mange pasienter skiftet gruppe etter randomiseringen. Bare halvparten av dem som ble randomisert til kirurgi ble operert innen tre måneder, og 30 % av dem som ble randomisert til konservativ behandling, ble operert.

For alle pasientene var det klar klinisk bedring etter to år. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Selv om det var en tendens til større bedring i kirurgigruppen, oppsummerer forfatterne at det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner.

– Ettersom pasientenes preferanser generelt er en sentral faktor for et vellykket resultat, er det viktig å kartlegge deres forventninger og ønsker. Dermed øker mulig-

hetene for å få en viktig uspesifikk behandlingseffekt i tillegg til den spesifikke effekten av selve behandlingen, sier professor Even Lærum ved Formidlingsenheten, Bevegelsesdivisjonen, Ullevål universitetssykehus.

– De aller fleste som plages med isjassmerter, sannsynligvis over 90 %, klarer seg med konservativ behandling. Det er fortsatt det beste. Dersom det ikke er svært sterke smerter eller utfall, bør pasientene vente i 8–12 uker før man vurderer operasjon. I løpet av denne tiden vil de fleste bli mye bedre eller helt bra. Hvis operasjon blir nødvendig, er sjansene meget gode for at rotsmertene blir borte, men det er ikke sikkert at man blir kvitt ryggsmertene, sier Lærum.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation. *JAMA* 2006; 296: 2441–50.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter: Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes erlend.hem@medisin.uio.no

USA best på blodtrykk?

I USA er det mer aggressive retningslinjer for behandling av hypertensjon enn i Europa. Amerikanske epidemiologer har derfor ønsket å undersøke om dette fører til forskjeller i behandlingskvalitet (*Arch Intern Med* 2007; 167: 141–7).

Pasienter fra USA ble sammenliknet med pasienter fra fem europeiske land. Det viste seg at terskelen for å begynne medikamentell behandling var lavere i USA, at sannsynligheten for å oppnå behandlingsmålet var minst dobbelt så høy og at flere amerikanske enn europeiske leger endret medikasjonen dersom det ikke ble oppnådd tilfredsstillende blodtrykkskontroll.

Resultatene var kontrollert for komorbiditet og behandlerens spesialitet. Det amerikanske systemet fører neppe til overbehandling av betydning, hevder forfatterne. Men de har kanskje ikke tatt tilstrekkelig hensyn til de store forskjellene mellom helsevesenet i Europa og det amerikanske helsevesenet.

Hårfarging gir ikke økt risiko for hjernetumor

Folk som farger håret, har ikke høyere risiko for å utvikle hjernetumor enn andre. Det er konklusjonen i en prospektiv studie med 782 personer som i perioden 1994–98 fikk påvist gliom, meningeom eller akustikusnevriom ved tre amerikanske sykehus (*Am J Epidemiol* 2007; 165: 63–71). Pasientene ble sammenliknet med like mange kontrollpersoner.

Forskerne fant ingen signifikante assosiasjoner mellom tumor og hårfarging – uansett om man farget håret sporadisk eller jevnlig over en lengre periode.

Vi vet lite om hjernetumors etiologi. Bortsett fra at det er høyere hyppighet hos pasienter med sjeldne genetiske sykdommer som bl.a. Hippel-Lindaus sykdom og von Recklinghausens sykdom, har man i epidemiologiske studier ikke kunnet påvise noen relasjon mellom miljø, kosthold eller arbeids- eller livsstilsrelaterede faktorer. Denne studien er enda en i rekken av studier der man ikke kan påvise sammenheng mellom en bestemt livsstil og utviklingen av primære hjernetumorer, ifølge en kommentar i *Ugeskrift for Læger* (2007; 169: 380).