

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Fødselssmerte og smertelindring

Andreas Barratt-Due og Eldrid Langesæter hevder i Tidsskriftet nr. 8/2008 at epiduralanalgesi ikke er assosiert med økt frekvens av operative forløsninger (1, 2). Begge henviser til én enkelt studie der man sammenliknet epidural gitt tidlig versus sent i fødselsforløpet (3). Det finnes flere studier der man har gjort sammenlikninger mellom epidural og ikke-epidural eller ingen smertelindring, den seneste kunnskapsoppsummingen er fra 2007 (4). Der fant man at epiduralanalgesi ikke fører til flere keisersnitt, men gir flere operative vaginale forløsninger. Det er kjent at utstrakt bruk av epidural er assosiert med økt bruk av oksytocininfusjon for ristimulering, og at dette igjen kan gi uheldige utfall (5).

Det er ingen tvil om at epidural er den mest effektive form for smertelindring og at mange kvinner er fornøyd med dette (4). Intens smerte har ikke nødvendigvis sammenheng med at fødselen som helhet oppleves som negativ. I en svensk studie (6) fant man at epidural økte risikoen for at kvinnen skulle beskrive fødselen som en negativ opplevelse, også når det ble kontrollert for forskjell i smerteopplevelse og for forløsningsmetode. Studien gir ikke svar på hvorfor kvinner som hadde fått epidural oftere hadde en negativ fødselsopplevelse, men følelsen av å mestre rier og smerte kan være en del av forklaringen.

Hagtvedt & Eri (7) drøfter et annet syn på fødsel og fødselssmerte enn det biomedisinske – fødselen som en sosial hendelse av eksistensiell betydning. Verken Barratt-Due eller Langesæter later til å forstå eller akseptere at det finnes et annet syn enn det biomedisinske. Hagtvedt & Eri kritiseres for feilaktig informasjon og for en ideologisk tilnærming om at smerte er bra. Selv fremfører både Barratt-Due og Langesæter en ideologisk tilnærming om at epiduralanalgesi er et ubetinget gode som fører til at kvinner har kontroll med fødselen – de sidestiller uten forbehold fødselssmerte med postoperativ smerte. I fødselsomsorgen bør vi akseptere at begge syn finnes, og respektere at det også blant de fødende kan være forskjellige syn.

Det er betenkelig at anestesilegene tydeligvis ikke kjenner til uheldige virkninger av epiduralbedøvelse. Dette kan føre til feilinformasjon til kvinner.

Ellen Blix
Hammerfest

Litteratur

1. Barratt-Due A. Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 945.
2. Langesæter E. Ta fødselssmerte på alvor. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 945–6.
3. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
4. National Collaboration Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2007.
5. Oscarsson ME, Amer-Wählin I, Rydhström H et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 1094–8.
6. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C et al. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004; 31: 17–27.
7. Hagtvedt ML, Eri TS. Skal fødselssmerte «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.

A. Barratt-Due & E. Langesæter svarer:

Ellen Blix hevder at vi på nær sagt ideologisk grunnlag promoterer epidural som det eneste saliggjørende. Vi har aldri hevdet at alle fødende trenger epiduralbedøvelse – vi vet at det viktigste for kvinnen er god og trygg fødselsomsorg med tilstedeværende jordmor. Dersom situasjonen likevel fordrer intervensjon, er epidural et godt og sikkert valg og uomtvistelig den smertelindringsmetoden som har best effekt.

Blix' påstand om at anestesileger ikke kjenner til uheldige virkninger av epiduralbedøvelse er usaklig. I det anestesilogiske miljøet er det mye oppmerksomhet omkring bivirkninger, komplikasjoner og kontraindikasjoner ved bruk av epiduralanalgesi. Heldigvis skjer komplikasjoner svært sjelden. I denne sammenheng er det nødvendig å gjøre Blix oppmerksom på at så sent som i 1995 brukte man ved 97 % av landets fødeavdelinger petidin. Dette ga dårlig analgesi og var ledsaget av hyppige bivirkninger, ikke minst respirasjonsdepresjon hos den nyfødte. Epidural versus petidin er et betydelig fremskritt.

Cochrane-oversikten som det refereres til, baserer seg på gamle studier (hovedsakelig fra 1990-årene, og helt tilbake til 1974!) der man brukte mye «tyngre» epiduralløsninger (1). I dag brukes lavdose kombinasjonsepidural som ikke er assosiert med høyere grad av operativ forløsning, verken keisersnitt eller vakuumbord. Dette er godt dokumentert i Wong og medarbeideres studie (2). NICE-anbefalingen er også basert på studier med «tunge» epidu-

ralløsninger, men her presiseres det samtidig at man bør bruke «lette» løsninger (3).

Et historisk tilbakeblikk viser at epiduralbedøvelse feilaktig har fått skylden for bl.a. økt forekomst av ryggsmarter, økt forekomst av keisersnitt og temperaturstigning. Alle disse påstandene er blitt grundig avkreftet med nyere studier av bedre forskningsmessig kvalitet. Når Blix hevder at epiduralbedøvelse fører til økt bruk av oksytocinstimulering, illustrerer dette problemet med feilaktige konklusjoner. Hun refererer til en retrospektiv populasjonsstudie (4) som ikke kan gi svar på årsak-virkning-spørsmålet – det kan bare en vel-designet randomisert studie gjøre.

Andreas Barratt-Due
Eldrid Langesæter
Oslo

Litteratur

1. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2005; (4): CD000331.
2. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
3. National institute for health and clinical excellence. Intrapartum care. London: RCOG Press, 2007.
4. Oscarsson ME, Amer-Wählin I, Rydhström H et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 1094–8.

Om cochleaimplantat og spesifikke språkvansker

I Tidsskriftet nr. 6/2008 tar Arild Lian opp spørsmålet om hvilken betydning spesifikke språkvansker har for de problemer med språkutviklingen som en del barn med cochleaimplantat har (1). Det er ikke vanskelig å være enig med ham i at det er mye man ikke vet når det gjelder språkutviklingen hos hørselshemmede – både tale- og tegnspråklig utvikling. Spesielt gjelder dette spesifikke språkvansker. Også testapparatet for å forske på tegnspråkutvikling er svært begrenset. Det er klart at det trengs mer forskning omkring talespråklig og tegnspråklig utvikling hos barn med cochleaimplantat. Ut fra forekomsten av språklige utviklingsvansker hos disse barna (2) synes det imidlertid unaturlig å anta at alle tilfellene er forårsaket av spesifikke språkvansker.

Det fremstår dog som uklart for oss hvordan forfatteren på basis av det ovennevnte i slutten av sitt innlegg plutselig kommer til konklusjonen at anbefalinger om tospråklig oppvekst for barn med cochleaimplantat – som vi tidligere har kommet med (2) – «i verste fall [kan] bidra til å sette dette arbeidet [(re)habilitering av barn med cochleaimplantat] i et uheldig lys» (1). Vi kan ikke finne argumenter i artikkelen for en slik konklusjon. Hvis man for øvrig skulle fremføre et teoretisk, ikke-empirisk argument om hva man burde anbefale for barn med hørselshemming og spesifikke språkvansker, ville det være naturlig å anbefale primær tegnspråklig oppvekst. På denne måten ville barn med modalitetsuavhengige språkvansker lære et språk hvor de ikke i tillegg blir konfrontert med modalitetsbetingede vansker på grunn av sin nedsatte hørsel. Dette er imidlertid spekulasjon – på basis av eksisterende kunnskap mener vi fortsatt at det er riktig å anbefale tospråklig oppvekst (2).

Frank Becker

Sunnaas sykehus og St. Olavs Hospital

Sonja Erlenkamp

Høgskolen i Sør-Trøndelag

Litteratur

1. Lian A. Cochleaimplantat og spesifikke språkvansker. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 712.
2. Becker F, Erlenkamp S. Et språkløst liv med cochleaimplantat? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2836–8.

A. Lian svarer:

Språklige utviklingsvansker hos barn med cochleaimplantat kan i noen tilfeller være forårsaket av spesifikke språkvansker. For disse vil det være urealistisk å anbefale en tospråklig oppvekst. Imidlertid tror jeg vi her trenger en begrepsmessig avklaring.

Barn som må lære andre kommunikasjonsformer (tegn som støtte) i tillegg til norsk talespråk blir ettspråklige. Tegn som støtte er sannsynligvis en nødvendig forutsetning for den ettspråklige utviklingen, noe som betyr mer omfattende læringskrav enn hos normalthørende barn. Dersom disse barna også skal bli tospråklige ved at de i tillegg må lære norsk tegnspråk (som har en annen syntaks enn norsk), stilles de overfor enda mer krevende læringsmål. I de tilfeller der barna i utgangspunktet har spesifikke språkvansker, blir disse læringsmålene høyst urealistiske. Om språkvanskene ikke er for store kunne alternativet kanskje være at de bare lærer norsk tegnspråk – men trenger de da noe cochleaimplantat?

Arild Lian

Bredtvet kompetansesenter

Tegnspråk er et språk

I Tidsskriftet nr. 8/2008 hevder Hørsels-hemmedes Landsforbund ved Thorbjørn Johan Sander at tegnspråk ikke er et språk (1). Norsk tegnspråk er et minoritetsspråk i Norge, med flere tusen førstespråkbrukere. Det hersker ikke tvil om at det er et like fullverdig språk som engelsk, norsk og samisk. Å hevde at norsk tegnspråk ikke egentlig er et språk, når forskning har påvist det motsatte, er ikke bare uvitenskapelig, det uttrykker også en nedlatende holdning overfor denne minoriteten. Tegnspråkbrukerne har, i likhet med andre minoriteter, i mange år vært en diskriminert gruppe i Norge. I et samfunn som viser en stadig større anerkjennelse av og forståelse for sine minoriteter bør man ikke lenger utsette tegnspråkbrukere for slike diskriminerende utsagn.

Guri Amundsen

Forening for norsk tegnspråk

Litteratur

1. Sander TJ. Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 943.

Likeverdige språk – like rettigheter

I debatten om oppfølgingstilbudet til hørselsopererte barn i Tidsskriftet vil Hørsels-hemmedes Landsforbund (HLF) gjerne presisere følgende:

Hørselshemmedes Landsforbund organiserer både talespråklige og tegnspråklige hørselshemmede. Vi anerkjenner norsk tegnspråk som et fullverdig språk. Vi respekterer foreldrenes valg av språk fullt ut, uansett om de velger tale eller tegn for sine hørselshemmede barn. Vårt hovedanliggende er et likeverdig oppfølgingstilbud uansett valg av språkform. Det er dokumentert at tilbudet til tegnspråkbrukere er vesentlig bedre utbygd, både lovmessig og ressursmessig, enn tilbudet til talespråkbrukere.

Med en avansert hørselsoperasjon (cochleaimplantat) får nå de fleste døve barn hørsel. De vil ikke bli normalthørende, men fungere som moderat tunghørte. De fleste foreldre til hørselsopererte velger derfor en talespråklig oppfølging for barna. Tegnspråkbrukere har eksplisitte rettigheter i opplæringsloven § 2.6. Tilsvarende rettigheter har ikke hørselsopererte barn som skal lære talespråk. Til tross for at 90 % av døve barn får hørselsoperasjon, brukes under en firedel av hørselsressursene i Statped på dem som skal lære tale. For at døve barn som får hørselsoperasjon skal kunne lære tale, er det nødvendig å gi også denne gruppen en lovfestet rett til oppfølging og sikre dem et fullgodt tilbud gjennom kom-

munene med bistand fra det statlige pedagogiske støttesystemet (Statped).

HLFs arbeid for bedre rettigheter for dem som skal lære tale må ikke oppfattes som noe angrep på dem som velger tegnspråk. Vårt standpunkt på vegne av både tegnspråklige og talespråklige hørselshemmede er at likeverdige språk skal ha like rettigheter.

Geir Lippestad

Hørselshemmedes Landsforbund

Sykmelding – helsetjeneste eller bjørnetjeneste?

I en kronikk i Tidsskriftet nr. 8/2008 spør Andreas Joner fra NAV om hvorvidt det å sykmelde ved psykiske lidelser kanskje er å gjøre pasienter en bjørnetjeneste (1). Innholdet bygger på antakelsen om at folk med sosial fobi og depresjon ikke forstår sitt eget beste, at deres leger med gode intensjoner velger å sykmelde dem av medfølelse og at dette faglig sett ofte er feil. Videre antar Joner at folk flest (og fagfolk med dem) tror at fravær fra arbeid og hvile er helsefremmende. Han bruker teori fra kognitive modeller for å peke på at fravær kan være *trygghetssøkende atferd* som vedlikeholder de psykiske plagene.

I enkelte tilfeller kan det være Joner har rett, men i det store og det hele tror jeg dessverre at resonnementet ikke holder. Jeg stusser over antakelsen om at pasienter tror at fravær fra arbeidet er helsefremmende. Min erfaring er at de aller fleste ønsker å arbeide, tjene sine egne penger og mestre sitt eget liv. Å være borte fra jobb blir sett på som et nederlag. Resonnementet basert på kognitiv teori stemmer i teorien, men i praksis er det ofte umulig å gjennomføre eksposisjonstrening på arbeidsplassen. Jeg har behandlet mange med sosial fobi, og eksponeringstrening krever mer kontrollerte omgivelser (2). Å få til et slikt opplegg i arbeidslivet er meget ressurskrevende og i praksis oftest ikke gjennomførbart. For NAV ville det kreve et enormt faglig og ressursmessig løft. I dag har NAV-ansatte etter min erfaring utfordringer nok med i det hele tatt å forstå hva psykisk lidelse er, i tillegg har de store problemer på grunn av omstillingsprosessene.

Når det gjelder (selv milde) depresjoner, er disse ofte svært invalidiserende og belastende. Ofte oppleves selv små nye utfordringer som uoverkommelige, og de krav som automatisk blir stilt i en arbeidssituasjon, er som regel ikke riktig medisin. Hvis kravene overstiger mestringsevnen, fører det til forverring.

Forhold som ikke er diskutert i kronikken, men som trolig også spiller en viktig rolle, er arbeidslivets krav, sosialt klima og holdninger overfor folk med psy-