

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.

Fremtidige retningslinjer bør koordineres mellom spesialitetene

I Tidsskriftet nr. 13–14/2008 ble retningslinjer for prehospital håndtering av alvorlige hodeskader, basert på tilsvarende fra USA, presentert (1). Retningslinjene er meget velkomne, men noen uttalelser bør kommenteres.

Det er stor forskjell på yrkesgruppene som arbeider prehospitalt i USA og i Norge. Sammenliknet med forholdene i USA har legene i Norge en mer dominerende rolle, representert ved allmennleger og ved anestesileger som rykker ut fra sykehusavdelinger eller med luftambulans. Derfor må det spesifiseres hvilke yrkesgrupper de ulike tiltakene i retningslinjene er myntet på da de aktuelle tiltakene vil være avhengig av utøverens kompetanse og erfaringsnivå. Dette gjelder ikke minst luftveishåndtering hvor intubasjon ved hjelp av medikamenter er gullstandarden hos pasienter med bevarte reflekser. Dette tiltaket er kun aktuelt for trent anestesipersonell, mens tiltak som larynxtube til refleksløse pasienter kan vurderes av andre yrkesgrupper hvis man ikke kommer til målet med basale håndgrep som kjeveløft og maske-bag-ventilering. Det er en svakhet ved retningslinjene i sin nåværende form at det ikke tas tilstrekkelig høyde for de ulike kompetansenivåene som finnes utenfor sykehus. Det henvises til studier som er utført i miljøer med annen behandlingstradisjon enn i Norge, og som ikke nødvendigvis er relevante for norsk praksis.

Oksygenmetning skal måles kontinuerlig, og det samme gjelder måling av ETCO_2 hos samtlige intuberte hodeskadepasienter. Dette understrekes etter vår oppfatning ikke godt nok i retningslinjene. Kontinuerlig måling av ETCO_2 sikrer normoventilering, verifiserer at intubasjonen er korrekt utført og er sentral for å oppdage eventuell tube-forskyvning på et senere tidspunkt. Denne overvåkingen er også nødvendig for å utføre den kontrollerte hyperventileringen som anbefales ved kliniske hernieringstegn. Hyperventilering basert på respirasjonsfrekvens alene er ikke tilstrekkelig.

De foreliggende retningslinjene er et godt utgangspunkt for å utvikle forbedrede retningslinjer som tar høyde for kompetansenivået til ulike prehospitalt yrkesgrupper. En gruppe i Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medi-

cine (SSAI) har nettopp publisert nordiske retningslinjer for prehospital luftveishåndtering som overlapper retningslinjene for prehospital hodeskadebehandling på flere områder (2). Alle retningslinjer må oppdateres, og Scandinavian Neurotrauma Committee inviteres med dette til samarbeid med SSAI slik at de neste retningslinjene på begge felter kan forbedres. Det er naturlig å involvere anestesilegene i dette arbeidet da den prehospitalt behandlingen av pasienter med alvorlig hodeskade primært består i luftveishåndtering og anestesi kombinert med ev. blodtrykksregulerende behandling.

Mårten Sandberg
Anders Nakstad
Ullevål universitetssykehus

Per Kristian Hylidmo
Sørlandet sykehus Kristiansand

Litteratur

1. Sollid S, Sundstrøm T, Kock-Jensen C et al. Skandinaviske retningslinjer for prehospital håndtering av alvorlige hodeskader. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1524–7.
2. Berlac P, Hylidmo PK, Kongstad F et al. Pre-hospital airway management: guidelines from a task force from the Scandinavian Society for Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 897–907.

S. Sollid svarer:

Mårten Sandberg og medarbeidere trekker frem i hovedsak tre forhold ved de skandinaviske retningslinjene for prehospital håndtering av alvorlige hodeskader. Kommentarene er berettiget og var i arbeidet forut for publiseringen nøye diskutert i arbeidsgruppen til Scandinavian Neurotrauma Committee (SNC). Flere av forholdene er også av denne grunn spesielt utdypet i artikkelens diskusjonsdel.

Det første er bakgrunnen for og anbefalingene vedrørende luftveishåndtering. Forskjellen mellom USA og de skandinaviske landene med tanke på ferdighets- og kompetansenivå i den prehospitalt tjenesten er beskrevet i artikkelen. Det vitenskapelige grunnlaget, som i stor grad skriver seg fra amerikanske studier, viser negativ prognostisk effekt av prehospital intubasjon (1). Her er intubasjonene utført av lite trent personale, og resultatene av disse studiene er derfor ikke direkte overførbare til vår region. Dersom intubasjon utføres av anestesileger, kan farene ved intubasjon reduseres, og det anbefales derfor i våre retningslinjer (2). Vi

ser at andre prosedyrer for luftveishåndtering kunne vært beskrevet (bl.a. larynxtube) for annet helsepersonell, men av formmessige grunner har vi valgt å redusere detaljnivået på våre anbefalinger. Mer detaljerte anbefalinger både med hensyn til ulike former for luftveishåndtering og bruk av medikamenter og infusjoner bør tas inn i mer detaljerte protokoller for håndtering og behandling for hver helseregion.

Nytten av kontinuerlig monitorering av ETCO_2 er beskrevet både i artikkelen og i kommentaren. Det er allikevel noen problemer knyttet til de oppgitte referanseverdiene. Det foreligger ulike tekniske målemerker for ETCO_2 . Avhengig av typen utstyr man benytter, vil referanseverdiene være forskjellige. Det er derfor viktig at man kjenner de aktuelle referanseverdiene for sitt utstyr, slik at ventilasjonen er korrekt.

Et tettere mellomfaglig samarbeid mellom de ulike faggruppene involvert i traumebehandling imøteses av SNC. Vår arbeidsgruppe har en tverrfaglig sammensetning, med nevrokirurger, anestesileger og medlemmer med dobbeltspecialitet innen nevrokirurgi/anestesi og nevrokirurgi/rehabiliteringsmedisin. Vi anser dette som en styrke ved vårt arbeid. Allikevel er det fornuftig slik det foreslås i kommentaren, å sørge for størst mulig legitimitet for de råd vi gir ved å sørge for bredest mulig forankring i de involverte fagmiljøene. At dette skjer på tvers av landegrensene i Skandinavia, øker også legitimiteten.

Snorre Sollid
Scandinavian Neurotrauma Committee

Litteratur

1. Davis DP, Hoyt DB, Ochs M et al. The effect of paramedic rapid sequence intubation on outcome in patients with severe traumatic brain injury. J Trauma 2003; 54: 444–53.
2. Bulger EM, Copass MK, Sabath DR et al. The use of neuromuscular blocking agents to facilitate prehospital intubation does not impair outcome after traumatic brain injury. J Trauma 2005; 58: 718–23.

Kritikk med bare litt hemninger?

Etter å ha lest Preben Aavitslands leder «Kritikk uten hemninger» i Tidsskriftet nr. 12/2008 om Tidsskriftets eksterne fagvurderere (1), sitter jeg igjen med et spørsmål jeg kunne tenkt meg å stille redak-

tøren. Aavitsland skriver: «Manuskriptene vurderes vanligvis av to (...) eksterne fagvurderere. De er ukjente for forfatterne, *men ikke omvendt.*» (Min kursivering.) Mitt spørsmål til redaktøren blir da: Hva er fordelene med at fagvurdererne kjenner forfatterens identitet? Umiddelbart virker dette for meg å kunne gi økt sjanse for publisering for kjente forfattere og dermed mindre sjanse for de mindre meritterte forfatterne, og den slags bias er jo ikke bra. En kommentar fra redaktøren hadde derfor vært ønskelig, siden dette for meg egentlig gir mer inntrykk av «Kritikk med bare litt hemninger».

Pål Henriksen

Ungdomspsykiatrisk akutenhet
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Aavitsland P. Kritikk uten hemninger. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1377.

Redaktøren svarer:

En del tidsskrifter har forsøkt å holde forfatterens identitet hemmelig for fagvurdererne. Hensikten har vært å sikre at de foretar en mest mulig objektiv vurdering. Blinding av forfatteridentitet er imidlertid ressurskrevende og vanskelig å gjennomføre i praksis (1). En undersøkelse viste at nesten halvparten av fagvurdererne (42 %) kunne identifisere forfatter eller forskningsinstitusjon til tross for redaksjonens forsøk på blinding (2). På den annen side innvirket ikke blinding av forfatteridentitet kvaliteten på fagvurderingen, fagvurderers tilråding vedrørende publisering eller tiden som ble brukt for å foreta vurderingen (2, 3).

Internasjonalt er det stor diskusjon om ekstern fagvurdering (peer review). Et av spørsmålene er om man skal ha helt åpne prosesser, dvs. at identiteten til fagvurdererne er kjent for forfatterne og vice versa. Tidsskriftet har valgt å praktisere ensidig blinding, slik at fagvurderers identitet er skjult for forfatter, mens forfatterens identitet er kjent for ekstern fagvurderer. Vi har hittil trodd at denne ordningen fungerer best i et lite land som Norge (1), men vi kan ikke dokumentere det. Vi ønsker gjerne debatt både om dette og andre forhold ved den eksterne fagvurderingen.

Charlotte Haug

Tidsskriftet

Litteratur

1. Bjørheim J, Frich J, Gjersvik P et al. Tidsskriftet, ekstern fagvurdering og medisinsk publisering. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 20–3.
2. van Rooyen S, Godlee F, Evans S et al. Effect of blinding and unmasking on the quality of peer review: a randomized trial. JAMA 1998; 280: 234–7.
3. Justice AC, Mildred KC, Winkler MA et al. Does masking author identity improve peer review quality? JAMA 1998; 280: 240–2.