

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten

Oddvar Førland og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2009 om samhandling innen prehospital akuttmedisin er kjærkommen og nyttig lesing (1). Halvor Nordby kommer med betimelig respons i nr. 15/2009, som representant for den første av landets paramedicutdanninger (2). Både artikkelforfatterne og respondenten er enige om at rolleavklaringene der ute er den store utfordringen (3).

Dette er ikke en ny debatt i Norge. En kikk på referanselisten i artikkelen til Førland og medarbeidere avslører at den har gått i *Utposten* i alle fall siden 2004 (4, 5). Omtrent like lenge har et prosjekt for å bedre nettopp samhandlingen mellom ambulansetjeneste og primærhelsetjeneste pågått i Nord-Norge. Om lag halvparten av de 80–90 kommunene i regionen har til nå fått trene i tverrfaglige lokale akuttmedisinske team etter en pedagogisk mal. Teamtreningkonseptet kalt Kommune-BEST ble beskrevet i Tidsskriftet i 2008 (6). Her er mange aktuelle helsepersonellgrupper, både allmennleger, ambulanspersonell, sykepleiere og helsesekretærer representert, noen steder også andre grupper. De lokale forhold vil avgjøre hvilke grupper man lokalt ønsker å trene til akuttmedisinsk innsats. Noen steder forefinnes ambulanse, men ingen legevaktleger lenger, andre steder er det lege, men ingen ambulanse. Forskriften avgrenser ikke det bindende kravet om trening i samhandling til kun å gjelde allmennleger og ambulanspersonell (7). Lokale forhold vil derfor kunne påvirke den interne rollefordelingen både inne på legekantoret, på sykestuen, i sykehjemmet, på legevakten og utenfor. Det er godt mulig Førland og medarbeidere har rett i at «rollefordelingen må konkretiseres og trenes lokalt» (1).

Helen Brandstorp

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Samhandling mellom ambulansarbeider og legevaktlege. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1109–11.
2. Nordby H. Samhandling mellom leger og ambulanspersonell. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1484.
3. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Tilsvaretsrett. Samhandling mellom leger og ambulanspersonell. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1484.

4. Gilbert M. Allmennlegen må være en akuttmedisinsk ressurs! Er norske allmennleger engasjerte og motiverte for prehospital akuttmedisin? Utposten 2004; nr. 3: 22–8.
5. Brandstorp H. Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Utposten 2006; nr. 5: 7–11.
6. Utsi R, Brandstorp H, Johansen K et al. Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1057–59.
7. Forskrift av 18.3.2005 nr 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Sol, D-vitamin og helse

Vi har tidligere vist at for pasienter med kreft er prognosen best hos dem som begynner behandlingen om høsten når D-vitaminstatusen er gunstigst. Men et forsvarlig D-vitaminnivå er godt for mer enn kreftprognose. Som et ferskt eksempel på dette vil vi nevne en artikkel i *Journal of Thrombosis Haemostasis* (1). En studie basert på 40 000 svenske kvinner viser at de som soler seg mest eller bruker solarier, har 30 % færre tilfeller av blodpropp enn andre. Dette er høye tall, sammenliknbare med dem vi finner for bedret kreftprognose.

Det er altså ikke tilstrekkelig å fokusere bare på hudkreftfarene forbundet med UV-stråling, men også på positive helseeffekter ved litt soling og bruk av solarier. Solen er hovedkilden til D-vitamin, og solarier virker på samme måte. En halv times sommersol midt på dagen gir like mye D-vitamin som 250 ml tran. Det er enkelt å oppnå sommerkvaliteter av D-vitamin om vinteren ved forsiktig solariebruk. Med D-vitaminet følger en rekke helseeffekter: Redusert risiko for å få kreft i indre organer, redusert fare for diabetes, multippel sklerose, beinskjørhet, influensa, hjerte- og karsykdommer osv. Det er grunn til å tro at til og med aldringen går saktere, fordi D-vitamin stabiliserer kromosomene litt (2).

Hvit hud ble utviklet da menneskene beveget seg nordover fra solrike ekvatorialområder fordi vi i disse områdene trenger mer D-vitamin. Svart hud må ha seks ganger mer sol enn hvit hud. Så viktig synes dette å være at en rekke forskjellige mutasjoner gir lysere hud. Asiatene har for eksempel andre mutasjoner i de melaninrelaterte genene enn vi har.

Jevn UV-eksponering er minst farlig. Observasjoner fra den tiden bønder og fiskere ennå var jevnlig ute i solen, viser at

disse gruppene fikk melanomer sjeldnere enn ventet. Solkrem, brukt i anbefalte doser, fjerner nesten all D-vitaminsyntese, men hindrer solbrenthet som er særlig hudkreftdannende. Det ville være sunt å opprettholde et sommernivå av D-vitamin gjennom vinteren, slik menneskene hadde det den gangen alle bodde under ekvator (3).

Asta Juzeniene

Johan Moan

Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Litteratur

1. Lindqvist PG, Epstein E, Olsson H. Does an active sun exposure habit lower the risk of venous thrombotic events? J Thromb Haemost 2009; 7: 605–10.
2. Richards JB, Valdes AM, Gardner JP et al. Higher serum vitamin D concentrations are associated with longer leukocyte telomere length in women. Am J Clin Nutr 2007; 86: 1420–5.
3. Moan J, Porojnicu AC, Dahlback A et al. Addressing the health benefits and risks, involving vitamin D or skin cancer, of increased sun exposure. Proc Natl Acad Sci USA 2008; 105: 668–73.

Informert samtykke ved mammografiscreening

Jeg har tidligere i Tidsskriftet etterlyst fyllestgjørende informasjon til kvinner som inviteres til å delta i mammografiscreening (1). Informasjonen er fortsatt mangelfull fordi det ikke informeres om psykiske og sosiale skadevirkninger av falskt positive funn. Det informeres også mangelfullt om faren for overdiagnostikk ved at ikke-biologisk kreft diagnostiseres og behandles som kreftsykdom. Legeforeningens etiske råd vil ikke engasjere seg i denne saken da de mener at et helsetjenestetiltak iverksatt av myndighetene ligger utenfor rådets myndighetsområde.

Det er fortsatt kritikkverdige at myndighetene ikke vil etterleve reglene for informert samtykke på dette området. Det eksisterer derved en tydelig diskrepans mellom den informasjon som gis til menn i forbindelse med PSA-screening og den informasjon som kvinner får i forbindelse med mammografiscreening. Myndighetene mener med andre ord at menn kan gjøre sine beslutninger basert på avveininger mellom fordeler og ulemper, mens kvinner bør oppildnes til deltakelse gjennom slagord å la «En enkel undersøkelse kan redde liv!». Kravet om fullt informert samtykke har

våren 2009 vært fremmet på lederplass i *The Lancet*, formulert slik: Before becoming a patient, a healthy individual deserves fully informed consent, with information provided at the individual and population level (2). Norske kvinner kan imidlertid nå få den informasjonen de trenger på følgende nettsted: www.screening.dk og www.cochrane.dk. På det sistnevnte nettstedet finnes informasjonsfolderen oversatt til mange språk, også norsk.

Eivind Meland

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Meland E. Autoritær medisin før og nå. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2704.
2. The trouble with screening. Lancet 2009; 373: 1223.

Keisersnitt – forskjell mellom liv og lære

I Tidsskriftet nr. 13–14/2009 diskuterer Mette Christophersen Tollånes mulige årsaker til den økende forekomsten av fødsler ved keisersnitt (1). Hun nevner imidlertid ikke fødselslegers innstilling til keisersnitt når de selv nedkommer.

En studie fra 1996 viste at 17% av obstetrikere i England ville ha valgt keisersnitt for seg eller sin partner ved et ukomplisert svangerskap og at dette økte til 39% om beregnet fødselsvekt var 4–4,5 kg (2). Blant amerikanske fødselsleger var tallene henholdsvis 46% og 70% (3). Da danske og norske obstetrikere ble spurt om sin holdning, var det bare henholdsvis 1% og 1,5% som svarte at de ville velge keisersnitt ved ukomplisert svangerskap (4, 5). En tabell i den danske artikkelen viser imidlertid at 26% av dem som svarte, allerede hadde fått utført et keisersnitt. I en spørreundersøkelse med svar fra 1 713 norske leger og 1 167 tilfeldig valgte innbyggere i Norge i alderen 40–65 år fant vi at andelen som hadde født barn ved keisersnitt var 12% i den generelle befolkningen og 19% blant leger. Blant legene var det 18% av ikke-spesialister, 26% av spesialistene i en kirurgisk spesialitet, og 27% av spesialistene i obstetikk og gynekologi som hadde født barn ved keisersnitt (6–8). I befolkningen generelt var andelen 8% blant dem med kortest utdanning og 16% blant dem med over fire års universitetsutdanning.

Presentasjon av disse tallene for norske fødselsleger førte ikke til den kanskje litt beskjemmede, men humoristisk diskusjonen av forskjeller på liv og lære som jeg hadde ventet, men nokså mutte påpekninger av mulige mangler i metoden i studien.

Hvorfor er det så stor forskjell mellom liv og lære? Jeg antar at de i sin arbeidsdag

bruker langt mer tid på konsekvensene av komplikasjoner etter vaginale fødsler enn de gjør på pasienter som har gjennomgått en uproblematisk vaginal fødsel. Videre er det mulig at de, i likhet med andre kirurger, har tiltro til inngrep innen sitt eget fagfelt (7).

Vilh. Finsen

St. Olavs hospital
og
Norges teknisk-vitenskapelige universitet

Litteratur

1. Tollånes MC. Økt forekomst av keisersnitt – årsaker og konsekvenser. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1329–31.
2. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. Leserbrev. Lancet 1996; 347: 544.
3. Gabbe SG, Holzman GB. Obstetricians' choice of delivery. Leserbrev. Lancet 2001; 357: 722.
4. Bergholt T, Østberg B, Legarth J et al. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: A nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 262–6.
5. Backe B, Salvesen KÅ, Sviggum O. Norwegian obstetricians prefer vaginal route of delivery. Leserbrev. Lancet 2002; 359: 629.
6. Finsen V, Storeheier AH, Aasland OG. Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do – not as obstetricians say. Birth 2008; 35: 117–20.
7. Storeheier AH, Aasland OG, Finsen V. Påvirker innsett operasjonshyppighet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 718–20.
8. Storeheier AH, Aasland OG, Finsen V. Påvirker innsett operasjonshyppighet? Leserbrev. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2279.

Skåringsverktøy i geriatri og rehabilitering

I klinisk arbeid med eldre og pasienter med rehabiliteringsbehov benyttes ofte standardiserte skåringsverktøy. Slike kan være nyttige for å evaluere, dokumentere og kommunisere pasienters funksjonsnivå. Vi vil gjøre oppmerksom på tre slike verktøy som nylig er revidert eller validert på norsk, og som kan være nyttige i spesialist- og primærhelsetjenesten. Alle er tilgjengelige fra nettsiden til Norsk geriatrisk forening (www.legeforeningen.no/geriatri) under menypunktet Geriatrisk test- og undervisningsmaterieill.

Mini Mental Status Evaluering (MMSE) er den vanligst brukte screeningtesten i verden for kognitiv svikt. Testen anbefales som en første tilnærming ved mistanke om demens. Den er mye brukt også i Norge, og har i mange år gått under navnet Mini-Mental Status (MMS). Nå foreligger en revidert norsk oversettelse, med en langt bedre standardisering av administreringsmåten og en detaljert skåringsmanual (1). Den nye utgaven har fått navnet Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR). Forkortelsen MMSE harmonerer med den som brukes internasjonalt. Vi oppfordrer alle som benytter testen, til

utelukkende å anvende den reviderte utgaven.

Barthel ADL-indeks er en sjekklister for selvstendighet i basale aktiviteter i dagliglivet (ADL) (2). Skalaen består av ti ferdigheter som adderes opp til en sumskår som kan variere mellom 0 og 20. I enkelte versjoner av skalaen blir alle poengene multiplisert med 5, slik at sumskåren går fra 0 til 100, men dette gir et falskt inntrykk av at det dreier seg om en eksakt prosentskala. En tverrfaglig gruppe har oversatt skalaen på nytt med utgangspunkt i den originale versjonen. Vi foreslår at alle som bruker Barthels indeks i Norge, samler seg om denne oversettelsen.

Pasienter med hjerneslag kan ha kognitive symptomer av mer fokal karakter enn hva som typisk ses ved demens, f.eks. isolerte rom-retnings-forstyrrelser eller apraksi. MMSE er da mindre egnet, siden denne skalaen slår mange forskjellige funksjoner sammen til én sumskår og dessuten er svært følsom for eventuell afasi. Flere tester er utviklet i forsøk på å gi en mer differensiert kognitiv funksjonsprofil hos slagpasienter, men de fleste er tidkrevende.

Screeninginstrument for nevropsykologiske symptomer ved slag (SINS) er en norsk metode for evaluering av språkfunksjon, apraksi og visuospatiale funksjoner, og kan utføres på 10–15 minutter. SINS er nå validert mot en langt mer omfattende nevropsykologisk screening, og vist å ha minst like god validitet for vurdering av de nevnte funksjonene som det som oppnås med mer tidkrevende skåringsmetoder (3). SINS kan derfor være nyttig for raskt å danne seg en oversikt over kognitive symptomer hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Man må likevel være klar over at noen viktige symptomer, f.eks. eksekutiv svikt og utmattelse, ikke dekkes av dette instrumentet.

Jorunn L. Helbostad

Ingvild Saltvedt
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Carsten Strobel

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Unni Sveen

Kjersti Nøkleby

Torgeir Bruun Wyller

Oslo universitetssykehus, Ullevål

Litteratur

1. Strobel C, Engedal K. Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2009.
2. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61–5.
3. Nøkleby K, Boland E, Bergersen H et al. Screening for cognitive deficits after stroke: a comparison of three screening tools. Clin Rehabil 2008; 22: 1095–104.