

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 nettsted 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 obstetrikk 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 Lægeforen 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 undervisningsmaterieil.

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 Diagonale 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.