

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt forelesningshonorar fra Pfizer, Astra-Zeneca, Nycomed og Roche, som alt er overført til hans forskningsgruppe.

Litteratur

1. Jacobsen GW. To sider av samme sak? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1638–9.
2. Wyller VB, Aaberge L, Thaulow E et al. Perkutan kateterbasert innsetting av kunstig pulmonalklaff ved medfødt hjertefeil. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1289–93.
3. Wyller TB. Evidensbasert medisin eller vulgær-cochranisme? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1181–2.
4. Evensen SA. Etikkvurdering ved innføring av ny behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1276.
5. Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2003; 327: 1459–61.



Systemfeil i norsk helsevesen

I redaktørens leder i Tidsskriftet nr. 11/2011 påpekes det at systemfeil bør kunne forebygges (1). I den senere tid har det også i dagspressen vært pekt på at helsevesenet har IT-problemer som truer pasientsikkerheten (2).

Det kan se ut som at viljen og evnen til å innrømme feil, for så gjøre noe med dem, er begrenset. Det kan være både administrative og økonomiske årsaker til at systemfeil opprettholdes. Men i siste instans har legene selv et stort ansvar for å identifisere, påpeke og gjennomføre kvalitets- og sikkerhetsarbeid.

Jeg vil spesielt nevne en uheldig rutine som har vært utbredt så lenge jeg har arbeidet som lege.

Når en prøve tas, gis ofte beskjeden: «Dersom du ikke hører noe, er alt i orden.» Dette gjøres til tross for at rekvirenten ikke fører logg over utførte prøver. Dermed kan svar som handler om liv og død, f.eks. melanol uten fri rand, forsvinne i posten, på laboratoriet eller nå i den elektroniske journalen. I verste fall blir forsvinningen ikke oppdaget før pasienten har fått symptomgivende metastaser.

På samme måte er henvisninger eller innkallinger til sykehus blitt borte fordi forsendelsene ikke har vært loggført og fulgt opp. Dersom pasienten selv var blitt bedt

om å passe på, kunne mye tid vært spart, og sykdommen kunne blitt behandlet før det var for sent.

Jeg mener det må være en selvfølge at pasientene *alltid* skal få et svar når det er tatt en prøve, spesielt ved biopsier. Dersom de *ikke* hører noe i løpet av 2–3 uker, skal de etterlyse svaret. Dette bør de få klar beskjed om. Ved henvisninger til poliklinikk eller sykehus bør også pasienten bli bedt om å kontakte institusjonen eller rekvirenten dersom de ikke får respons innen en viss tid, eventuelt bør de også få med seg kopi av henvisningen til konsultasjonen. Det siste kan være tidsbesparende fordi man unngår leting etter henvisnings-skriv som er kommet på avveie.

På bakgrunn av det ovennevnte vil jeg oppfordre alle kolleger til å informere pasientene om at enhver prøve eller henvisning betinger et svar til dem personlig innen en viss tidsfrist.

Slike rutiner kan styrke lege-pasient-relasjonen. Og man kan unngå at et lite uhell, en feil i postgangen eller på laboratoriet eller en forglemmelse på legekantoret får en nødvendig og alvorlig konsekvens.

Jon Langeland
Oslo

Jon Langeland (f. 1951) er hudlege og ansvarlig lege ved Hudklinikken, Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Haug C. Feil og læring. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1061.
2. Endresen R. Slår alarm om it-svikt. Dagens Næringsliv 4.6. 2011: 20–1.

Slagsentre og dødelighet

I Tidsskriftet nr. 11/2011 hevdes det med referanse til en artikkel i *JAMA* at «slagsentre gir lavere dødelighet» (1). Den absolute reduksjonen var på 2,5 %. Den som leser artikkelen i *JAMA*, vil imidlertid se at det var store forskjeller i de demografiske dataene for slagsentrene og «ikke-designerte slagsentre» (2). Forskjellene var spesifikke for slag, for forskerne fant ingen forskjell i dødelighet når det gjaldt gastrointestinale blødninger og hjerteinfarkt mellom de samme enhetene. Pasienten som ble innlagt i slagsentre med lavere dødelighet var signifikant yngre og hadde høyere årsinntekt, det var en annen etnisk gruppeinndeling, annen forsikringsdekning, mindre komorbide tilstander etc. Forfatterne gjør store anstrengelser for å korrigere for alle forskjellene statistisk, og de gjør dette på en overbevisende måte. Imidlertid sitter man til slutt igjen med tanken om at det kan være seleksjonsskjevhet som gir de gode resultatene.

Det er rent intuitivt riktig at slagsentre gir mer optimal behandling enn andre sentre. For meg blir imidlertid uttalelsen fra overlege Christian G. Lund ved Rikshospitalet om at Norge snarest mulig må sentralisere behandlingen av akutt cerebral sirkulasjonssvikt fullstendig gal. Det riktige må etter min mening være å *desentralisere* tjenesten ved å oppgradere behandlingen på så mange steder som mulig for at det skal gå kort tid før pasientene får behandling. Vi kan ikke transportere disse pasientene land og strand rundt til høyspesialiserte sentre – da vil vi tape tid mens hjernevevet dør.

Dette forsto vi i kardiologien for mange år siden, da vi på Lillehammer startet med streptokinase ved hjerteinfarkt langt utenfor sykehus i samarbeid med luftambulansen i 1980-årene. I tillegg til et EKG trenger man en CT-undersøkelse ved hjerneslag. Trenger man tolkingshjelp, kan man få dette på få minutter etter elektronisk overføring. Kunnskapen er tilgjengelig og bør benyttes overalt hvor det er mulig. Som eksempel må det være feil politikk å frakte pasienter fra Gjøvik til Lillehammer for akutt slagbehandling. Sykehuset på Gjøvik må selvsagt gi den standardiserte behandlingen som er nødvendig. Det er altså desentralisering – ikke sentralisering – som må til. Indikasjonene for de høyspesialiserte operative behandlingene får man lære seg, slik at enkelte pasienter får nytte av Rikshospitalets ekspertise.

Morten Grundtvig
Lillehammer

Morten Grundtvig (f. 1947) er seksjonsoverlege ved Avdeling for indremedisin ved Sykehuset Innlandet Lillehammer og spesialist i hjertesykdommer og i indremedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Breaun A. Slagsentre gir lavere dødelighet. Tidsskrift Nor Legeforen 2011; 131: 1067.
2. Xian Y, Holloway R, Chan PS et al. Association between stroke center hospitalization for acute ischemic stroke and mortality. JAMA 2011; 305: 373–80.

Faglig reflekterende, ikke populistisk

I Tidsskriftet nr. 8/2011 blir Trond Aarres bok *Manifest for psykisk helsevern* omtalt under overskriften *Populistisk om psykiatritjenesten* (1). Hvorfor er denne overskriften valgt? Populisme er ikke noe honnørord, det betyr at man opportunistisk hevder synspunkter som er populære blant folk.

Anmelderen bruker uttrykket «populistisk fremstilling» når han omtaler Aarres redegjørelse for bruk av tvang, og han hevder boken egentlig inneholder lite nytt. Han avslutter imidlertid med å si at den er

lettlest og at det fortjenstfulle er at det er samlet en del synspunkter i sammenhengende resonneringer. Således kan den være av interesse for alle som er opptatt av psykisk helsevern. Jeg kan ikke se at forfatterens anliggende er «å hevde synspunkter om politikk og samfunnsforhold som han tror er populære blant folk» (ordboksdefinisjonen av populisme) (2). For undertegnede fremstår *Manifest for psykisk helsevern* som en alvorlig og velbegrunnet appell til gjenomtenking av hva psykiatrien representerer som fag og hvordan vi forvalter ressursene. I psykiatridivisjonen ved Akershus universitetssykehus er boken brukt som innfallsvinkel til faglig refleksjon. Ikke bare kan den «være av interesse» (1), den burde være obligatorisk lesning for alle som arbeider i feltet, sammen med Joel Paris' *Medisinering av psyken. En kunnskapsbasert kritikk av moderne psykiatri*, anmeldt i samme nummer av Tidsskriftet under overskriften *Velbegrunnet, kritisk fremstilling av dagens psykiatri* (3).

Det er mulig at Aarres bok bringer lite nytt, hvis man med *nytt* mener *evidensbasert kunnskap*. Men for praksisfeltet er kanskje den største utfordringen å implementere kunnskapen vi allerede har, for eksempel om samhandling og brukervedvirkning.

Sjur Seim
Asker

Sjur Seim (f. 1950) er fagsjef ved Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ilner SO. Populistisk om psykiatritjenesten. Anmeldelse av: Aarre TF. *Manifest for psykisk helsevern*. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 853–4.
2. Bokmålsordboka. www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=populisme&ordbok=bokmaal (18.8.2011).
3. Haugsgjerd S. *Velbegrunnet, kritisk fremstilling av dagens psykiatri*. Anmeldelse av: Paris J. *Medisinering av psyken*. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 854.

Barnepsykiatriske tilstander og «KISS-KIDD»

I Tidsskriftet nr. 4/2011 oppfordrer Charlotte Sinding-Larsen og medarbeidere helsepersonell som har med barn å gjøre til å være kritiske til praksisen rundt diagnostisering og behandling av det antatte «KISS» (øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelse) hos spedbarn (1).

Tilstanden «KISS-KIDD» er ikke noen anerkjent diagnose – og er omdiskutert. Syndromet har en nettside, der «KIDD»

defineres som øvre nakkeleddsindusert dyspraksi (klossethet)-dysgnosi (sanseintegrasjonsforstyrrelse). Det hevdes at det er en følge av ubehandlet «KISS». I tillegg til de motoriske vanskene beskrives tilleggs-vansker som oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, problemer med impuls-kontroll, emosjonelle vansker, lærevansker, språklige og sosiale vansker, atferdsvansker og vegetative problemer (2).

Innen Barne- og ungdomspsykiatrien møter vi stadig flere små og store barn som uavhengig av sine psykiatriske vansker er blitt undersøkt hos barnefysioterapeuter på grunn av klossethet. En gruppe av barnefysioterapeuter påstår at de motoriske vanskene til disse barna kan tilskrives «KISS-KIDD», og barnet blir videresendt til manuellterapeutisk behandling.

Motoriske ferdigheter krever en integrasjon av det nevrologiske system og muskelskjelett-systemet. Vår forståelse av «klossethet» innen barne- og ungdomspsykiatrien har vært basert på kunnskap om at det er en medfødt utviklingsforstyrrelse som kalles «developmental coordination disorder» (DCD). Ved hjelp av en rekke oppgaver, beskrevet som «soft signs-undersøkelse», måles barnets koordinasjon og fin- eller grovmotoriske ferdigheter. Undersøkelsen kan gi en antydning om forskjellige grader av umodenhet i nervesystemet. I det multiaksiale diagnosesystemet vårt er dette definert som et ledd i «spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter» (F82/ICD-10) (3). Studier viser at DCD-prevalensen i den generelle populasjon varierer fra 5 % til 15 %, med nedgang ved økende alder. Diverse studier viser også at det er en sterk sammenheng mellom denne forstyrrelsen og diverse barnepsykiatriske tilstander, hovedsakelig hyperkinetisk forstyrrelse (AD/HD) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (autismespekteret) (4). 30–50 % av barn med AD/HD har komorbide motoriske problemer i form av DCD-tegn (5).

«KISS-KIDD» er først og fremst beskrevet ut fra klinisk erfaring. Det finnes få publiserte studier og meget lite kunnskap om etiologi, årsakssammenhenger, diagnostikk, behandling og oppfølging av tilstanden. Forekomsten er ukjent. Det er stort behov for forskningsmessig kunnskap. De sammensatte vanskene hos barn som sies å ha «KISS-KIDD», bør utredes bredt med henblikk på diverse barnepsykiatriske tilstander og ivaretas i et utviklingsperspektiv ut fra både biologiske og miljømessige faktorer. Barna bør forstås helhetlig med tanke på nødvendige tiltak og tilrettelegging.

Imer Önder Slettedal

Ungdomspsykiatrisk enhet
Oslo universitetssykehus

Imer Önder Slettedal (f. 1976) er lege i spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sinding-Larsen C, Bjørnstad R, Grøgaard J. KISS – forklaringen på mange plager hos små barn? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 338–9.
2. Nettside for Kiss-Kidd.no. www.kiss-kidd.no/ (1.7.2011).
3. ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. www.kiith.no/sokeverktoy/icd10/html/KV_9.htm (18.8.2011).
4. Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plast* 2003; 10: 59–68.
5. Fliers EA, de Hoog ML, Franke B et al. Actual motor performance and self-perceived motor competence in children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with healthy siblings and peers. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31: 35–40.



Norske leger og humanitært arbeid

Takk til Karianne Flaatten og Tor H. Kristiansen, som i innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2011(1) og nr. 8/2011 (2) tar opp problemstillinger knyttet til arbeid ute.

Legeforeningen mener at det ville være et gode om flere norske leger fikk erfaring med arbeid i lavinntekts- og mellominntektsland (3). Det er tankevekkende at det er få søknader om godkjenning av slik tjeneste. Kravene til tjenestens innhold og supervisjon må oppfylles. Tjenesten må ha en varighet på minimum tre måneder, og legen må ha supervisjon fra spesialist i faget. Har legen dette klart for seg på forhånd, kan søknadsprosessen forhåpentligvis forenkles noe. Kravet til forsvarlig behandling er det samme uansett hvor pasienten befinner seg. Norge kan ikke «eksportere» uerfarne leger ut i verden for egentrening uten oppfølging.

Som Flaatten viser til er muligheten til permisjon hjemlet i den sentrale avtalen mellom Legeforeningen og Spekter. A2 § 8.2, slår fast at leger «bør gis permisjon uten lønn for å arbeide i internasjonale organisasjoner mv.» og at leger som er knyttet til hjelpeorganisasjoner kan gis permisjon inntil en måned med basislønn per kalenderår i forbindelse med utrykning til