

å formulere problemstillingen. Når det gjelder dette underprosjektet som undersøker potensielle immunologiske mekanismer ved schizofreni og bipolar lidelse, er de konkrete problemstillingene utarbeidet av forskerne. Pasientgruppen har imidlertid i aller høyeste grad bidratt i denne prosessen ved å dele sin kunnskap med forskerne. Noen pasienter som bruker medisiner rapporterer lite effekt og/eller bivirkninger og ville kanskje hatt glede av nye og bedre medisiner. Basert på disse tilbakemeldingene er hovedmålet med prosjektet å undersøke potensielt nye biologiske mekanismer som kanskje vil kunne danne grunnlaget for å utvikle nye medisiner i fremtiden.

Ingrid Dieset

ingrid.dieset@medisin.uio.no

Ingrid Dieset (f. 1971) er overlege ved K.G. Jebsen senter for psykoseforskning.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har mottatt honorar for foredrag på Akuttpsykiatrikonferansen 2012, og institusjonen har mottatt støtte fra Helse Sør-Øst og Norges forskningsråd.

Litteratur

1. Dieset I, Djurovic S, Tesli M et al. Up-regulation of NOTCH4 gene expression in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 1292–300.
2. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. *Trends Genet* 2009; 25: 99–105.

Adrenalin ved avansert hjerte-lunge-redning?

I Tidsskriftet nr. 3/2013 omtaler Ingrid Rokstad en studie av Theresa M. Olasveengen og medarbeidere som viser at adrenalin gir høyere dødelighet ved hjerte-lunge-redning (1). Dette er spennende og viktig forskning fra et ledende norsk forskningscenter (2). Det blir interessant å se om andre/nye studier kan bekrefte disse resultatene og om de får følger for de neste internasjonale retningslinjene for avansert hjerte-lunge-redning som planlegges i 2015. Antakelig må flere studier til før International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) og European Resuscitation Council (ERC) konkluderer om man skal gå bort fra anbefalingen om adrenalin som standardmedikament ved avansert hjerte-lunge-redning eller eventuelt anbefale en justert (redusert?) dose. Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) vil på dette punktet forholde seg til hva de internasjonale retningslinjene til enhver tid sier. Hvis man kommer til å konkludere med å ta bort adrenalin som anbefalt rutinemedikament ved avansert hjerte-lunge-redning, vil dette føre til en ytterligere forenkling av hjertestans-behandlingen.

Kristian Lexow

kristian.lexow@lyse.net

Kristian Lexow (f. 1952) er overlege ved Stavanger universitetssjukehus og leder av Norsk Resuscitasjonsråd.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Rokstad IS. Adrenalin ved hjerte-lunge-redning gir høyere dødelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 277.
2. Olasveengen TM, Wik L, Sunde K et al. Outcome when adrenaline (epinephrine) was actually given vs. not given – post hoc analysis of a randomized clinical trial. *Resuscitation* 2012; 83: 327–32.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 23.1.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965901>

Avansert hjerte-lunge-redning og adrenalin

I Tidsskriftet nr. 3/2013 omtaler Ingrid Rokstad (1) en svært interessant studie som føyer seg inn i rekken av flere studier der man har satt spørsmålsteget ved nytten av å gi adrenalin intravenøst under resuscitering. Jeg stiller meg imidlertid ett spørsmål: Er det mulig at dosen 1 mg adrenalin som man har hatt for vane å gi i repeterte doser ved resuscitering av voksne, er for høy? Kunne man tenke seg andre resultater ved doser på f.eks. 0,1 mg? Kan det med andre ord være doseringen det er noe «galt» med og ikke medikamentet per se?

Dag Strand

dagstrand@hotmail.com

Dag Strand (f. 1965) er spesialist i anesthesiologi og ansvarlig anestesilege ved Teres Stokkan, Trondheim.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rokstad IS. Adrenalin ved hjerte-lunge-redning gir høyere dødelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 277.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 8.1.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2965901>

Kontekstavhengig journalføring

I Tidsskriftet nr. 3/2013 har Jan H. Dobloug og medarbeidere en interessant kommentar om legen som sakkyndig i forsikringsaker (1). Jeg opplever dette som engasjerende og er enig i redaksjonens vurdering av at prinsippet om samtykke måtte fravikes her på grunn av sakens store samfunnsinteresse (2). Særlig lesingen av sak 4 i Doblougs artikkel (1) får meg til undre hva jeg selv kunne gjort i førstelinjetjenesten. I en situasjon med bekymring og usikkerhet kan det friste å smøre litt tykt på for å gi «min» pasient raskere vurdering hos nevrolog. I en sakkyndig uttalelse til forsikringselskap kan jeg kanskje trekkes i motsatt retning: Jeg vil ikke forskuttere konklusjonen av en henvisning jeg kanskje innerst inne ikke følte var berettiget. Idealet er selvfølgelig å drive sin praksis med så stor hånd at saksinnholdet i en henvisning ikke skiller seg nevneverdig fra en sakkyndig uttalelse om helsetilstand.

I en hverdag der medfølelse og innlevelse er av det gode, kan det være krevende å være sakkyndig med all den nøkternhet og kulde det medfører. Jeg opplever god støtte i helsepersonellovens påbud om å gjøre pasienten oppmerksom på hva oppdraget som sakkyndig innebærer (3). Slik gjør jeg det klart for pasienten og meg selv at det skal foregå noe annet enn helsehjelp. Jeg er imidlertid tvilende til hvorvidt helsevesenet bør yte hjelp til forsikringselskaper slik at de kan gjøre en risikostratifisering av sine kunder. Eksemplene Dobloug refererer viser alle at pasientjournaler kan innhentes ved tvil (1). Jeg ser sakkyndig helseerklæring før inngåelse av forsikring som en sikring av forsikringselskapets overskudd. Min konklusjon blir derfor at forsikringselskapene heller bør spre denne risikoen utover sine kunder og kun basere seg på en egenerklæring.

Det kan bli krevende å få slutt på gjeldende praksis. I førstelinjen fikk jeg godt betalt for å fylle ut skjema for forsikringselskapene, og forsikringselskapene tjener gode penger på å holde risikokundene unna.

Sindre Gunleiksrud

sindre.gunleiksrud@gmail.com

Sindre Gunleiksrud (f. 1983) er lege i spesialisering ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter eier aksjer i Gjensidige Forsikring.

Litteratur

1. Dobloug JH. Hvem vokter vokterne? Legeetikk i forsikringsmedisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 320–1
2. Hem E. Hvorfor har dere skrevet om meg uten å spørre? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 261.
3. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). § 27. [www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html](http://www lovdata.no/all/hl-19990702-064.html) (8.3.2013).

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 7.2.2013 <http://tidsskriftet.no/article/2968488>

Preoperative nakkebilder hos voksne med Downs syndrom?

I Tidsskriftet nr. 3/2013 presenterer Eva A. Malt og medarbeidere en ryddig oversikt over helseproblemer hos voksne med Downs syndrom (1). Det er prisverdig at forfatterne også tar opp forhold som er viktig å kjenne til spesielt for anestesiologer. Like fullt er det grunn til å stille spørsmål ved et utsagn, som også er gjengitt i sammendraget: «Atlantoaksial instabilitet forekommer, og det skal utføres radiologisk undersøkelse av nakken før inngrep i narkose.» Anestesiologer er vel kjent med at det er en økt risiko for instabilitet i nakken hos pasienter med Downs syndrom, men er overrasket over kravet til rutinemessig preoperativ radiologisk screening ved denne lidelsen.

En rask spørreunde i februar 2013 avdekket at anesthesiavdelingene ved universitetssykehusene ikke har nedfelt i sine prosedyrer at det skal tas rutinemessig preoperative røntgenbilder av nakken hos voksne med Downs syndrom. Det ser heller ikke ut til å foreligge internasjonale retningslinjer som støtter screening av asymptomatiske voksne pasienter (2). Ikke sjelden er det dessuten slik at indikasjonen for narkose hos pasienter med Downs syndrom nettopp er å få gjort adekvat utredning, f.eks. radiologisk diagnostikk. Det er naturlig å spørre hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger bak kravet om radiologisk screening.

Røntgenbilder vil uansett ikke med 100 % sensitivitet avdekke en eventuell tendens til glidning, og langt de fleste rapporterte nakkeskader i forbindelse med kirurgi hos pasienter med stabile forhold i nakken (3). God anesthesiologisk praksis tilsier derfor at man unngår intubasjon hvis andre muligheter for tilfredsstillende luftveissikring finnes, og at man behandler nakken skånsomt med minst mulig bevegelser hos alle pasienter og med spesiell årvåkenhet ved Downs syndrom. Radiologisk forundersøkelse gjøres etter vurdering av pasienten, den planlagte luftveissikringen og leiringen under inngrepet. I vurderingen inngår hvorvidt tidligere utredning av pasienten har avdekket patologi i nakken.

Kunnskapsbaserte retningslinjer for vurdering av risiko for nakkeglidning er etterspurt, også internasjonalt (2). Skulle det fremkomme dokumentasjon som gjør at krav til anesthesiologisk praksis og prosedyrer bør endres, er det naturlig at det skjer i samarbeid med våre faglige organer og ikke som en konklusjon i en oversiktsartikkel fra andre fagmiljøer.

Siv Cathrine Høymork

sch@kunnskapssenteret.no

Johan Ræder

Siv Cathrine Høymork (f. 1965) anesthesiolog og avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Ræder (f. 1954) er overlege og professor ved Avdeling for anesthesiologi, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Malt EA, Dahl RC, Haugsand TM et al. Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 290–4.
2. Hata T, Todd MM. Cervical spine considerations when anesthetizing patients with Down syndrome. Anesthesiology 2005; 102: 680–5.
3. Hindman BJ, Palecek JP, Posner KL et al. Cervical spinal cord, root, and bony spine injuries: a closed claims analysis. Anesthesiology 2011; 114: 782–95.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2966533>

Autisme ved Downs syndrom

I Tidsskriftet nr. 3/2013 sto en interessant oversiktsartikkel av Eva A. Malt og medarbeidere om voksne med Downs syndrom (1). Jeg ønsker å supplere avsnittet om sentralnervesystemet med et fenomen som har vært lite påaktet når det gjelder personer med Downs syndrom: At en ikke liten andel av disse personene samtidig har autisme. Moss og medarbeidere fant i sin studie av 108 personer med Downs syndrom en forekomst på 19 % for autismespekterforstyrrelser og 8 % for autisme (2). Rasmussen og medarbeidere formulerte det slik: «autism is by no means rare in DS. Results showed that there was a considerable delay in the diagnosis of autism as compared with children with autism who did not have DS.» (3).

Autismeeenheten skriver at ett av særtrekkene hos disse pasientene med dobbeltdiagnose er at språkutviklingen viser et relativt raskt fall i både ordforråd og grammatikk i aldersgruppen 14–19 år (4). Sterkt forlenget latenstid er også et typisk trekk. Personene i utvalget til Autismeeenheten er beskrevet som mer atletiske og mindre hypotone enn det som vanligvis er tilfellet med personer med Downs syndrom. Man ser ikke den «sosiale» oppførselen og personligheten som ellers er typisk ved Downs syndrom. Pasientene har en passiv reaksjon på uventede hendelser og generelt høy grad av passivitet.

Min erfaring fra Helse Bergen er at svært få voksne med Downs syndrom har fått diagnostisert autisme. Etter min mening foreligger det sannsynligvis en betydelig underdiagnostisering, og vi må være åpne for at en del av de pasientene vi møter som har Downs syndrom og «vanskelig» atferd, kan ha udiagnostisert autisme.

Jack Schjelderup

jack.schjelderup@helse-bergen.no

Jack Schjelderup (f. 1956) er overlege ved Habiliteringstjenesten for voksne, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Malt EA, Dahl RC, Haugsand TM et al. Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 290–4.
2. Moss J, Richards C, Nelson L et al. Prevalence of autism spectrum disorder symptomatology and related behavioural characteristics in individuals with Down syndrome. Autism 2012; e-publisert 15.5.2012.
3. Rasmussen P, Börjesson O, Wentz E et al. Autistic disorders in Down syndrome: background factors and clinical correlates. Dev Med Child Neurol 2001; 43: 750–4.
4. Barn og unge med Down syndrom og autisme. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for autisme (Autismeeenheten), 2011.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.2. 2013 <http://tidsskriftet.no/article/2966533>

E. A. Malt svarer:

Takk for utdyping og presisering vedrørende rutinemessige preoperative nakkebilder hos personer med Downs syndrom. Vår intensjon er ikke å introdusere nye retningslinjer for preoperative rutiner for denne gruppen. Vi ønsker imidlertid å minne klinikere, og da spesielt fastlegene, om at atlantoaksial instabilitet kan være bakenforliggende årsak til tidlige tegn og symptomer på kompresjon av

>>>