

R. Holtedahl svarer:

Ifølge Erik Hjelvin var ordlyden i Pfizer Norges Lyrica-annonse misvisende. Det sto kroniske ryggsmertor og ikke kroniske korsryggsmertor, hvilket angivelig nå skal rettes opp. Hovedpoenget i min kommentar synes han imidlertid ikke å ha oppfattet: Freynhagen-studien, Pfizer-annonsens eneste referanse, hvor man hevder at nevrogene komponenter foreligger hos mer enn en tredel av dem med korsryggsmertor, har store metodiske svakheter, og det foreligger ikke noe grunnlag for å anbefale pregabalin ved kroniske korsryggsmertor.

De diagnostiske kriteriene som de to «smertespesialistene» brukte i valideringsstudien for å skille mellom en nevropatisk og en nociptiv smertekomponent, er knapt beskrevet, til tross for at disse representerte «gullstandarden» som spørreskjemaet painDETECT skulle vurderes opp mot. Ifølge artikkelen forelå en hovedsakelig nevrogen smertekomponent ved smertor utgående fra lumbale virvler, sacrum eller coccyx, mens nociptive smertor hadde sitt utgangspunkt fra ryggsoylen og/eller støttevev (muskulatur, leddbånd, ledd eller bløddeler). Med de uklare og tilsynelatende overlappende diagnosekriteriene er det vanskelig å forstå at det dreier seg om to patofysiologiske distinkte grupper (det fremkommer ikke at noen i nevropatigruppen hadde tegn til radikulopati).

Bemerkelsesverdig er det også at diagnostisk uenighet kun forelå hos 2 % av de inkluderte pasientene i valideringsstudien. I henhold til kvalitetssikret og industri-uavhengig rygg litteratur er det ikke grunnlag for å stille spesifikke, patoanatomisk baserte diagnoser hos mer enn ca. 15 % av pasienter med korsryggsmertor (1). I tillegg til diagnostisk uklarhet er Freynhagen-studien preget av sirkel slutninger, analogt med fibromyalgi-konstruktet.

Når «gullstandarden» som spørreskjemaet painDETECT skulle vurderes opp mot, er såpass dårlig beskrevet, må studiens bruk av sensitivitets- og spesifisitetsbegrepet anses som misvisende. Men da ryker også argumentet om at spørreskjemaet er et validert og pålitelig screeningverktøy for å fange opp ryggpasienter med nevrogene smertekomponenter. PainDETECT og øvrige tilsvarende spørreskjemaer kan nok være nyttige ved mistanke om smertor sekundært til lesjoner i det sentrale eller perifere nervesystemet, inkludert radikulopati. Jeg kan imidlertid ikke se at noen av de oppgitte referansene i Hjelvins innlegg gir belegg for å hevde at uspesifikke korsryggsmertor skyldes tilsvarende mekanismer som ved «typiske» nevropatiske smertor, og heller ikke at de kan fanges opp ved hjelp av spørreskjemaer. Pfizer's anbefaling av Lyrica ved vanlige korsryggsmertor savner medisinsk dokumentasjon, og må antas å være drevet frem av ambisjoner om å vinne markedsandeler ved å «oppfinne» en ny indikasjon for preparatet.

Robin Holtedahl
robi-hol@online.no

Robin Holtedahl (f. 1948) er lege ved Dr. Holtedahls spesialistpraksis. Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992; 268: 760–5.

Akuttmedisin uten legevaktlege?

I Tidsskriftet nr. 11/2013 påpeker Kindt og medarbeidere helt sentrale og viktige problemer angående legevaktlegers deltakelse ved prehospital akuttmedisinske hendelser (1). Legevaktlegene hadde totalt en lav frekvens av deltakelse i akuttmedisinske hendelser utenfor sykehus, men med store forskjeller mellom legevakt distriktene. Data viste at legevaktlegene kun var involvert i 19 % av de akutte responsene, enten ved utrykning eller via telefonkonferanse.

Det vises til en studie utført av Zakariassen & Hunskaar (2) der den totale involveringen for legevaktlegen skal ha vært 42 %. Vi vil

gjærne presisere at den totale involveringen av legevaktleger med data fra 2007 var omtrent 23 %, kun for utrykninger og konferanse over telefon eller radio (N = 5 105 akuttmedisinske situasjoner), altså tilnærmet likt tallet presentert fra Sør-Trøndelag.

Skal legevaktlegene ha anledning til å delta i prehospital akuttmedisinske hendelser, må de alarmeres av AMK-sentralene. I studien fra 2007 ble legevaktlegene alarmert i omtrent halvparten av tilfellene ved rød respons (2), ikke i 100 % som ville vært riktig i henhold til Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og i henhold til anbefaling gitt i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. I studien fra 2007 rykket legevaktlegene ut i 42 % av tilfellene og konfererte med ambulanspersonellet i 14 % – når de var alarmert av AMK-sentralen (2). Når legevaktlegen ble alarmert, var involveringen dermed på 56 % etter samme kriterier som presentert i kommentarartikkelen. I 53 % av tilfellene var legevaktlegene ukjent med at det var en akuttmedisinsk situasjon i legevakt distriktet. Da kunne de heller ikke rykke ut. Hvor stor alarmeringsfrekvens det er av legevaktleger ved AMK-sentralen i Sør-Trøndelag fremkommer ikke i kommentarartikkelen, men det er grunn til å tro at den reelle involveringen av legevaktleger er høyere enn 19 %.

Blir legevaktlegene i fremtiden alarmert sammen med ambulanspersonellet på alle akutte hendelser, er det ikke sikkert at andelen utrykninger for legevaktlegene vil øke. Derimot vil antall pasienter de rykker ut til, definitivt øke. Vi vet for lite om årsakene til valgene som blir gjort blant legevaktlegene etter mottatt alarm. Hva er årsaken til at legevaktlegen velger å rykke ut på akkurat denne alarmen? Eller motsatt, hvilke mekanismer medfører at legevaktlegen ikke rykker ut?

Uansett er problemstillingen som beskrives av Kindt og medarbeidere høyst relevant, og vi er enig i at legevaktene bør bemannes bedre og organiseres på en annen måte. Det er altså kommunene som må få klarere krav til hvordan legevaktene bør organiseres. Samtidig må helseforetakenes AMK-sentraler flere steder i landet innskjerpe rutine for å alarmere legevaktlegene.

Erik Zakariassen
erik.zakariassen@igs.uib.no

Erik Zakariassen (f. 1965) er forsker II ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, UNI Helse, Bergen. seniorforsker ved Stiftelsen norsk luftambulans og førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kindt PG, Momyr M, Sundland E et al. Prehospital akuttmedisin uten legevaktlege? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1176–7.
2. Zakariassen E, Hunskaar S. Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway—a prospective population-based observational study. BMC Emerg Med 2010; 10: 5.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 22.5.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3019306/>

Akuttmedisinen treng legevaktlegen

Petter G. Kindt og medarbeidarar har i Tidsskriftet nr. 11/2013 skrive ein viktig kommentarartikkel (1), der eg likevel ikkje er enig i alt. Dei beskriv reelle problem, først og fremst om manglande involvering frå legevaktlegane i dei akuttmedisinske tilstandane, og at legane altfor ofte overlet til ambulanspersonell å utføre diagnostikk, behandling og destinasjon for vidare transport.

Forfattarane stiller det essensielle spørsmålet: «Ønsker vi i fremtiden en stasjonær legevaktlege som distanserer seg fra prehospital akuttmedisin og overlater svaret til ambulansetjenesten?» Dei skisserer så nokre handlingsalternativ for organisering av respektive legevaktene – dersom svaret skulle vere nei – og for utdanning og kompetanseformalisering for ambulanspersonell – dersom svaret skulle vere ja.

>>>

Hovudproblemet mitt med artikkelen er at det ser ut til at svaret deira er «ja»: «Basert på vår erfaring mener vi dette er veien å gå.» skriv dei, og det ser ut til at dette peiker attende på auka utdanningsnivå, kompetanseheving og formell forskriftsfesting av ambulansenivået.

Mi meining er tvert om at eg *ikkje* ønsker den stasjonære legevaktlegen som distanserer seg frå akuttmedisinen, og eg vil kort grunngje det slik:

Frå min kommune, Austevoll i Hordaland, har me publisert to artiklar som beskriv alle akuttmedisinske hendingar i kommunen i toårsperioden 2005–2007 (2, 3). Av funn i studien vil eg framheve at talet på diagnoser ved dei 236 akutthendingane som legen vurderte, var 62. Med andre ord er den udifferensierte akuttmedisinen ved helsepersonellet sin første kontakt med pasienten, ein svært variert arena.

Den innskrenkar seg ikkje til eit fåtal kjernetilstandar, der intensiv trening i prosedyrer er det som er viktig. At mange akutte situasjonar er prega av diffus og raskt endrande symptomatologi, gjer at ein generelt høg medisinsk kompetanse er viktig for å gjere rette handlingar og få pasienten til rett nivå.

Eit anna funn gjeld den endring av alvorsvurdering som skjer i forløpet av ein akuttmedisinsk aksjon. I vårt materiale nedgraderte legen den initiale alvorsvurderinga ved meldingsmottaket i 42 % av tilfella, då ho eller han faktisk fekk undersøkt pasienten. Med andre ord er det behov for ein høg grad av diagnostisk utelukkingskompetanse i den prehospitalt akuttmedisinen.

Kanskje like viktig er det at alvorsgraderinga vart auka i 11 % av tilfella. Det viktige for å kunne forstå eller gjenkjenne at ein tilstand er meir alvorleg enn ein først hadde tenkt, er å ha generelt gode medisinske kunnskapar.

Eg synest at desse enkle kjensgjerningane burde vere nok til å forstå at den medisinske profesjonen, legen, er essensiell i akutt-situasjonane.

Det finst ikkje noko datamateriale som beskriv variasjonen av utdannings- og kompetansenivå hos ambulansarbeidarar. Realiteten er nok at den høge kompetansen som mange legar skulle ønska at skulle finnast i ambulansetenesta, i mange tilfelle ikkje er der, og at det er slik desto lenger ein kjem frå dei geografiske sentra. Nesten-lege-ambulansarbeidaren vil aldri komme til å bli hyppig i utkantane.

Sverre Rørtveit

sverre.rortveit@austevoll.kommune.no

Sverre Rørtveit (f. 1949) er kommunelege 2 i Austevoll kommune og fastlege ved Bekkjarvik legekantor. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Kindt PG, Momyr M, Sundland E et al. Prehospital akuttmedisin uten legevaktlege? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1176–7.
- Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendingar i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42.
- Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 735–7.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 23.6.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3019306/>

P. G. Kindt og medarbeidere svarer:

Vi takker for interessante kommentarer fra Rørtveit og Zakariassen og beklager at vi ikke refererte til Rørtveit og Hunskaars artikler fra 2009. Vi konstaterer at vi alle er enige i at dette er et viktig problemområde som fortjener økt oppmerksomhet. For oss var det vesentlig å få frem hovedpoenget, nemlig at legevaktleger i forbausende liten grad er involvert i akutte medisinske hendelser utenfor sykehus. Vår undersøkelse var retrospektiv og derfor neppe helt presis. Kanskje er legenes reelle involvering noe høyere, slik Zakariassen antyder. Det er imidlertid neppe noen tvil om at tallet er lavt.

Vi er enige i at vi trenger søkelys på selve varslingen: I hvilken grad blir legevaktleger faktisk varslet av AMK-sentralen ved akutte hendelser slik forskriften krever? Dette hadde vi dessverre ikke undersøkt. Likeledes trenger vi mer kunnskap om hvorfor legevaktleger velger ikke å rykke ut i situasjoner hvor han/hun er varslet. Vi tror dette henger sammen med etableringen av stadig større flerkommunale legevaktdistrikter, noe som gjør det svært problematisk for legen å rykke ut. I flere distrikter er det 10–15 mil mellom distriktets utkanter.

Rørtveit er bekymret fordi vi tar til orde for at veien videre er en ytterligere styrking av ambulansespersonellens utdanning og kompetanse. Vi deler hans bekymring. Han har utvilsomt rett i at den primære kontakten er en svært krevende arena, med varierte og vanskelige problemstillinger, noe som krever høy kompetanse. Han har også rett i at det er vanskelig å gjøre korrekte alvorlighetsvurderinger. Når vi skriver som vi gjør, er det ikke fordi vi *ønsker* at legen skal være lite involvert, men fordi vi har en sterk følelse av at den utviklingen vi beskriver, har kommet for å bli: Legen blir mer stasjonær og overlater stadig mer av det primære arbeidet – inkludert diagnostikk og behandling – til ambulansespersonellet.

Det gleder oss at debatten er i gang og at både Rørtveit og Zakariassen synes å ønske at legevaktleger skal være mer aktive. I så fall kreves en kraftig bevisstgjøring og økt søkelys fra legenes side, inkludert en styrket akuttmedisinsk utdanning, og antagelig også organisatoriske grep.

Kan det tenkes at også bekvemmelighetshensyn fra legenes side spiller en rolle?

Petter G. Kindt

petter.kindt@gmail.com

Marius Momyr

Erlend Sundland

Sven Erik Gisvold

Petter G. Kindt (f. 1988) er turnuslege ved Sykehuset Innlandet, Divisjon Elverum-Hamar og har arbeidserfaring fra akuttmottaket ved St. Olavs hospital og ambulansetjenesten i Trondheim. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marius Momyr (f. 1983) er turnuslege ved Orkdal Sjukehus og har arbeidserfaring fra allmennpraksis ved Saupstad legesenter og ambulansetjenesten i Trondheim. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Erlend Sundland (f. 1954) er utdannet anestesisykepleier og jobber nå som avdelingsjef for Sør-Trøndelag i Ambulans Midt-Norge. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Sven Erik Gisvold (f. 1944) er professor dr.med. ved Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Anestesiavdelingen, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kan høyt kolesterol være gunstig?



I en artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2013 fremstilles den lipidprofilen som oppsto etter et forsøk med lavkarbokosthold, som noe som ensidig økte risikoen for å få hjerte- og karsykdom (1). Jeg er usikker på om det er grunnlag for å være så bastant. Det finnes nemlig også forandringer i lipidprofilen som er positive, og som kanskje kan oppveie de eventuelt negative forandringene i lipidmønsteret. Deltakerne i studien fikk nemlig en betydelig økning i HDL-nivået, noe mange eksperter på området vil tolke som helsemessig gunstig. >>>