

All psykiatri är neuro-psykiatri

■ Om man alltså, som Göran Isacson förtjänstfullt och med självklarhet argumenterar för i sitt inlägg i Läkartidningen 15/2008 (sidan 1120), definierar psykiatrin som »en medicinsk specialitet som arbetar med psykiska sjukdomar, sjukdomsprocesser som äger rum i hjärnan« – finns det då någon anledning att skilja ut vissa tillstånd/diagnoser och kalla dem »neuropsykiatriska« så som nu sker när det gäller ADHD, autismspektrumtillstånd och demenssjukdomar? I så fall är det ju underförstått att övriga psykiatriska diagnoser, t ex schizofreni (!), inte skulle vara »neuro-psykiatriska, dvs inte ha med hjärnan att göra. Och självklart påverkar våra upplevelser vår hjärna, annars skulle vi ju exempelvis inte kunna lära oss eller minnas något.

Det är dags att skrota begreppet »neuropsykiatri« – som dessutom syftar på olika diagnoser i olika länder och i olika sammanhang – som sammanfattande och särskiljande benämning på några diagnoser, eller också att införa denna tautologi som övergripande benämning på allt som diagnostiseras och behandlas i psykiatrin. Om man nödvändigtvis måste gruppera vissa psykiatriska diagnoser (på vilka grunder och i vilket syfte?) och ge dem ett samlingsnamn så borde man kunna hitta något bättre än »neuropsykiatri«.

Lena Nylander
överläkare,
autismmottagningen,
verksamhetsområde psykiatri,
Universitetssjukhuset i Lund
lena.nylander@skane.se

Oklart om nya definitioner av hjärtinfarkt

■ Professor Stefan Agewall redogör i Läkartidningen 16/2008 (sidorna 1192-3) för de nya definitionerna av hjärtinfarkt som utarbetats av European Society of Cardiology (ESC), American Heart Association (AHA), American College of Cardiology (ACC) och World Heart Federation (WHF) [1].

Agewalls beskrivning av konsensusdokumentet [1] blir dock närmast obegriplig när han skriver: »Hjärtinfarkt definieras som en troponinstegring över 99:e percentilen hos friska kontrollpersoner eller 10-procentsnivån av den totala variationskoefficienten för den använda metoden ...«, respektive »Beslutsgränsen för den aktuella troponinmetoden definierades redan då som den nivå som är högst av 99:e percentilen hos friska kontrollpersoner och 10-procentsnivån av den totala variationskoefficienten (CV) för metoden«. Samma skrivning förekommer med små skillnader på ytterligare två ställen i artikeln. Också i Riks-HIAs manual (sidan 20) finns en liknande svårförståelig formulering, <www.ucr.uu.se/rikshia>.

Variationskoefficienten (>coefficient of variation«, CV) beräknas som standardavvikelsen för en variabel dividerad med dess aritmetiska medelvärde och anges vanligen i procent. CV är således ett mått på relativ spridning och används ofta för att ange mätnoggrannheten (precisionen) hos en laboratoriemetod. CV ökar vanligen vid lägre halter av det analyserade ämnet och minskar vid högre halter.

De analysmetoder som används för bestämning av troponin bör enligt konsensusdokumentet ha en CV < 10 procent vid 99:e percentilen (beslutsgränsen för diagnosen hjärtinfarkt) hos en frisk referenspopulation [1]. Om den använda mätmetoden har en

större CV vid 99:e percentilen måste beslutsgränsen för hjärtinfarkt höjas för att undvika risken för falskt positiv diagnos. Ett stigande eller sjunkande förlopp är också nödvändigt för diagnosen.

Det är anmärkningsvärt att en artikel avsedd för upplysning i stället lyckas fördunkla budskapet. Det är också märkligt att den aktuella skrivningen passerat referentbedömning utan ingripande. För den som vill veta mer om de nya hjärtinfarktdefinitionerna utan att ta sig igenom originalartikeln [1] kan »Pocket guideli-

REPLIK:

Huvudsyftet var att beskriva indelningen av hjärtinfarkt i de fem nya klasserna – beslutsgränsen inget nytt

■ Som tonårsförälder är jag van vid att få rättmätig och mindre rättmätig kritik. Jag beklagar om jag var oklar vid beskrivningen av variationskoefficientens betydelse vid definitionen av hjärtinfarkt och vill därför tacka Peter Eriksson för hans fina förtydligande av begreppet.

Statistik är ett svårt ämne, men möjligen underskattar dr Eriksson läsarna av Riks-HIAs manualer och Läkartidningens läsare. Troligen vet de flesta ur denna läsekrets vad variationskoefficient står för. Dessutom är just den delen inte något nytt, utan redan år 2000 [1] definierades beslutsgränsen för hjärtinfarkt som ett troponinvärde överstigande 99:e percentilen i en referenspopulation i kombination med det krav på variationskoefficient som dr Eriksson beskriver. Sannolikt har många förstått denna definition tidigare.

Mitt korta referat syftade i

nes« från ESC med titeln »Universal definition of myocardial infarction« varmt rekommenderas, <www.escardio.org>.

Peter Eriksson

överläkare, hjärtcentrum,
Norrlands universitetssjukhus,
Umeå
peter.eriksson@medicin.umu.se

REFERENS

1. Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction, Jaffe AS, Apple FS, et al. Universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2007;116:2634-53.

första hand till att beskriva den främsta nyheten i ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force-dokumentet från 2007 [2], vilket var indelning av hjärtinfarkt i fem nya klasserna. Jag hoppas att den delen av mitt referat inte var obegriplig för dr Eriksson.

Stefan Agewall

professor, kardiologienheten,
Aker Universitetskykehus,
medicinska fakulteten,
Oslo Universitet
stefan.agewall@medisin.uio.no

REFERENSER

1. Alpert JS, Thygesen K, Antman E, Bassand JP. Myocardial infarction redefined – a consensus document of The Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2000;36:959-69.
2. Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction, Jaffe AS, Apple FS, et al. Universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2007;116:2634-53.