

pelvis i USA. «Second opinion» har til nå vært lite praktisert i Norge, og oppfattes i noen miljøer som uttrykk for en uberettiget kritisk holdning til kolleger. Denne oppfatningen er i ferd med å tape terreng. Med den raskt økende bruk av Internett er det grunn til å tro at krav fra publikum om «second opinion» vil øke i styrke.

Bruk av «second opinion» vil innebære at legen/sykehuset ikke står alene med sin vurdering og sine anbefalinger, noe som kan være en styrke i en tid med økende interesse for påståtte behandlingsfeil. Ved at pasienten får to grundige gjennomganger av sin sykdom, blir hun eller han (og familien) en partner i beslutningsprosessen i langt høyere grad enn det er vanlig i dag. At pasienter tar medansvar, vil trolig bidra til å forebygge konflikter med leger og sykehus.

Firmaet Medical Expert Consultants AS (MedEx) er en etablert sammenslutning av svært erfarne leger som ønsker å stille sin kompetanse til disposisjon. Initiativtakerne til MedEx har inntil nylig hatt toppstillinger ved norske universiteter og ledende sykehus og er frittstående i forhold til offentlige og private sykehus, helseforetak, forvaltning, trygdeetat, forsikringsselskap og legemiddelindustrien. MedEx vil stå til disposisjon for rådgivning på flere felt innen dagens medisin og ser blant annet «second opinion» som et område med sannsynlig økende interesse blant norske pasienter.

Sten Sander
Høvik

Kåre Berg
Oslo

Ultral lyd i thyreoideadiagnostikk

Med ultralyd kan thyroidea defineres ut fra lokalisasjon, størrelse, struktur og vaskularisering. Lokalisasjon: Lett å finne fortil, nedad på halsen. En sjelden gang kan ektopisk thyreoideavev ses i midtlinjen kranialt for isthmus. Størrelse: Normal størrelse ved normal struktur. Påfallende liten hos pasienter behandlet for hypothyreose ut fra «symptomer» og ikke objektiv, serologisk indikasjon.

Struktur: Normal struktur er ganske isoekkoisk i forhold til spyttkjertlene og hyperekkoisk i forhold til muskulatur. Hypoekkoisk med generell utbredelse er som regel tegn på nedsatt funksjon (hypothyreose). Beskrevne hyperekkoiske antityreoperoksidaselesjoner er nesten alltid isoekkoiske områder med hypoekkoisk vev omkring. Lesjoner er strukturforandringer i mer eller mindre avgrensede områder. En eller flere lesjoner ses hos ca. 50 % av alle voksne. Cystiske lesjoner har ofte et hyperekkoiskt eksentrisk beliggende punktformet område. Etiologien til andre lesjoner er vanskelig

å fastsette. Selv om enkelte trekk peker i malign retning, slik som uskarp begrenning, mikroforkalkninger, er det ikke mulig å screene på maligne lesjoner i thyroidea. Knutestroma er den hyppigste histologiske diagnosen. Videre utredning og da helst ultralydveiledet cytologi eller grovnålsbiopsi bør derfor begrenses til malignitets-suspekterte lesjoner eller der man også finner malignt utseende lymfekjertler (disse må også biopses).

Vaskularitet: Hypervaskularitet ses oftest med økt antityreoperoksidase (anti-TPO) og kan være et første tegn på begynnende hypothyreose, men kan også bety økt aktivitet (hypertyreose) eller en tyreoiditt. Hypovaskularitet sammen med normal struktur har oftest ingen betydning for bedømmelsen av eventuell hypothyreose. Men ved samtidig diffus hypoekkoisk struktur foreligger som regel en hypothyreose.

Ultralyd egner seg altså godt for påvisning av thyreoideapatologi, men spesifisiteten ved påvisning av lesjoner er lav. Ultralyd bør være bildediagnostisk førstevalg ved mistanke om patologiske forandringer i thyroidea, men også ved palpable resistenser i collumområdet (så vel som på kroppen for øvrig). Jeg tror ultralyd blir brukt altfor lite i dag. Også før eventuell cytologi/biopsi av palpable resistenser bør det gjøres en ultralydundersøkelse.

Tor Austad
Medi3 Ålesund
6025 Ålesund

Køpenickiade?

Av og til når man leser Tidsskriftet, må man lure på om man er offer for medisinske spøkefulger. Det siste eksemplet er en artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2004 med tittelen *Tilbud om komplementær behandling i sykehus?* (1). De sju forfatterne har de vitenskapelige faktene, men ikke fakta, i orden: innledning, hovedbudskap, material- og metodebeskrivelse, begrepspresiseringer, statistikk, tabeller, resultater, diskusjon, sammendrag og litteraturhenvisninger. Variablene blir delt etter kjønn, alder og yrke. Studien blir analysert ved khikvadrattesting, og ved hjelp av procenter blir keiserens nye klær sydd.

Det viser seg at hele 155 % av de spurte enten er positive eller negative til komplementær behandling (tabell 1: Positiv 92 %, negativ 63 %). Svarprosenten på spørreskjemaene var derimot ikke så imponerende: 61 %. Er det egentlig en bærekraftig prosent? Prosentandelen for dem som samlet er positiv til komplementær behandling, er til og med større enn for dem som er positive til massasje, meditasjon og akupunktur både i aldersvariabelen og kjønnsvariabelen. I tabell 2 mener 117 % av legene at den komplementære behandlingen må betales

enten av folketrygden, privat helseforsikring eller av pasienten selv. 137 % av sykepleierne slutter seg til dette syn, det samme gjør 124 % av stråleterapeutene, mens hele 140 % av kontorpersonelet er hjertens enige. De fleste i studien mener at dette er en klar trygdesak. Kanskje er også selve studien det? Og apropos kontorpersonelet og spørsmål om behandling: Hvorfor ikke finne ut hva forskalingsnekkere mener om dette? Hvorfor skal denne yrkesgruppe alltid holdes utenfor? Her er det mye upløyd vitenskaplig mark.

Litteraturlisten er imponerende. Halvparten av listen er henvisninger til forfatterne selv. Resten er stort sett offentlige utredninger om alternativ medisin. Aner man en storstilt og effektiv poengsamling for forfatternes videre fremadstormende vitenskaplige karrierer? Eller er det andre forklaringer på at forfatterne offentliggjør en studie som man ikke kan trekke en eneste fornuftig konklusjon av?

Alternativ medisin, eller komplementær behandling, ser ut til å vinne terreng, mens dokumentasjon av behandling og medisinsk vitenskap utarter til meningsmålinger. Sykehusene styres av økonomer, og medisinske avdelinger overtas mer og mer av andre personellgrupper enn legene. Det er et tegn i tiden når presidenten i Den norske lægeforening, Hans Kristian Bakke, uttaler til VG 8. desember, med forbehold om at han er riktig sitert, at han ikke ser det som et problem at sykepleiere blir opplært til å jobbe som kirurger. Lederen i Norsk Sykepleierforbund, Bente Slaatten, tror derimot ikke noe på at man ved å gjøre sykepleierne til «minileger» eller «minikirurger» vil løse noen medisinske utfordringer. Jeg tror hun har rett.

Steinar Berge
6512 Kristiansund

Litteratur

1. Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A et al. Tilbud om komplementær behandling i sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3078–80.

T. Risberg svarer:

Noen ganger lærer man noe i Tidsskriftet, andre ganger forarges eller mores man, og noen ganger skjønner man ingenting. Steinar Berge synes å ha latt seg forarge, og jeg har både lært noe og latt meg more. Berge har problemer med våre procenter. Det kan så være. Selv hadde jeg behov for å vite hva en køpenickiade er for noe. Så selv om jeg blottes enda mer (keiserens nye klær), her er noe jeg fant på nettet: «Nesten framme foreslår Jan Brockmann å stige av i Köpenicks gamleby. Det var her svindleren Wilhelm Voigt i 1906, før Köpenick ble innlemmet i Berlin, fikk lurt til seg kommunekassa på 3 000 riksmark. Utkledd i kapteinsuniform bløffet Voigt med at han