Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Takk til Hege Gjessing for å ha påbegynt en drøfting av de utfordrende dilemmaene rundt over- og underbehandling, og takk til kollega Gisle Roksund som tar ballen videre (1). Jeg fikk lyst til å «delta på en konstruktiv måte». Mitt utgangspunkt er fastlegekontoret, en god orkesterplass for hvordan disse fenomenene spiller seg ut.

Bør denne diskusjonen «avmedikaliseres» noe? Fenomenet medikalisering er svært komplekst, med røtter i dype kulturelle og politiske føringer. Medisinsk dokumentasjon alene vil ikke føre frem til fyldestgjørende forståelse. Videre medisinsk forskning vil kunne gi noen nye innsikter og oversikt, men vil kunne forsinke oss og blinde oss for andre perspektiver. Politiske analyser, verdidiskusjoner og definisjonsmaktanalyser må også til. Defineres bare tellerantkunnskap som grunnlag for kritikk av medikaliseringsepidemien, spilles det fort, paradoksalt nok, på bortebane i hver runde.

En viktig problemstilling i Gjessings leder er om forekomsten av usunn overbehandling er større enn forekomsten av underbehandling. Hvorfor er det viktig å sette disse fenomenene opp mot hverandre? Begge deler forekommer, og det ene kan være like galt som det andre. Et kritisk blikk på overbehandling øker ikke nødvendigvis risikoen for underbehandling. Tvert imot.

At diskusjonen om overbehandling bør føre til bekymring for legenes rykte som «lemfeldig», forstår jeg ikke. Tvert imot er det i denne diskusjonen vi kan demonstrere vår profesjonelle ryggrad og evne til god skjønnsforvaltning. Jeg ser knapt noen andre grupper som med raskere virkning kan starte et nødvendig avmedikaliseringsarbeid enn legene. I alle fall en debatt. Her må vi være på ballen!

Finnes det et medikaliseringsproblem? La oss ikke vente veldig mye lenger på bedre dokumentasjon og mer forskning. Med ydmykhet overfor hvordan ting fremstår i andre deler av helsevesenet, er dette min påstand: De fleste som jobber i førstelinjetjenesten, vil nikke gjenkjennende til ord som «forventningskrise» og «bekymringsepidemi». Og, om vi liker det eller ikke: Fastlegene har en fremskutt rolle i en sunn og nødvendig avmedikalisering av landet. Hvem har vi i ryggen? Forhåpentligvis vår egen legeforening.

Harald Sundby
har-su2@online.no

Harald Sundby (f. 1962) er fastlege og universitetslektor ved Kalvskinnet legesenter, Trondheim.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.

Re: Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling?

Jeg er overrasket over denne lederen (1). Det er solid internasjonal dokumentasjon for å hevde at overdiagnostikk og overbehandling er en av de største utfordringene moderne vestlig medisin står overfor. Jeg vil i denne omgang nøye meg med å vise til min artikkel i *Dagens Medisin* om dette temaet (2). Ledende internasjonale tidsskrifter, bl.a. *BMJ*, har viet temaet stor interesse i lang tid.

Jeg tror foreningen gjør klokt i å innse problemet og være i forkant med en diskusjon om hvilke tiltak som bør iverksettes. En lettvinnt politisk løsning med mindre bevilgninger til helsetjenesten generelt vil etter min oppfatning gå ut over fagligheten og det faglige arbeidet, og bør selvfølgelig søkes unngått. Men etter min oppfatning burde foreningen ta mål av seg til å lede an i diskusjonen og arbeidet, og ikke bare følge og delta i diskusjonen «på en konstruktiv måte».

Gisle Roksund
gisle.roksund@gmail.com

Gisle Roksund (f. 1951) er fastlege ved Klosterhagen legesenter.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjessing H. Overbehandling, underbehandling eller riktig behandling? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 577.
2. Roksund G. Ikke unødvendig, men likevel for mye. Dagens medisin, nettutgave. www.dagensmedisin.no/legeliv/legeliv-ikke-unodvendig-behandling-men-for-mye/ (17.3.2014).

Re: Legers private henvisningspraksis

Artikkelen fra Rådet for legeetikk refererer til en sak fra et akutt-mottak, men handler reelt om fastlegeordningen (1). «Snarveien» som problematiseres gjelder gjerne henvisning til avdeling for øyeblikkelig hjelp. Den mottakende avdelingen er uenig med én eller flere leger om hvordan de henviser til øyeblikkelig hjelp, eller om henvisningene i det hele tatt er indiserte. Dermed er det et anliggende for avdelingen å ta fatt i sammen med henvisende lege(r) hva de oppfatter forskjellig, og hva det innebærer. Kollegialitet er et godt fundament for trygt å kunne være uenige om fag og praksis. Er dette å «påføre belastende konflikt»? Rådet kunne med fordel begrenset seg og hjulpet avdelingen til å benytte sitt kollegiale verktøy. En lang byråkratisk utlegning til allmenn støtte for fastleger og fastlegeordningen synes ganske overflødig og knapt til hjelp for noen.

All henvisning til videre helsehjelp er offentlig, siden legelicens er et høyst offentlig anliggende. Indikasjon for å henvise skal fylle de samme kriteriene om det gjelder deg selv eller pasienter, i praksis heller strengere om det er for deg selv. Jeg har hatt lisens i 54 år, hvorav 10 som distriktslege. Dermed har jeg vært betrodd noen tusen konsultasjoner og en god del henvisninger og innleggelser. I løpet av disse årene har jeg iblant henvist meg selv – antagelig også ved behov for øyeblikkelig hjelp. Behandling og forløp, samt epikriser, både for pasienter og meg selv, har i min oppfatning bekreftet en rimelig faglig indikasjonsstilling. Ikke i noen sammenheng har jeg erfart å bli behandlet annerledes enn pasientene. Fastlegeordningen har jeg brukt fra den kom, og jeg er blitt møtt og tatt vare på tilfredsstillende og dels mer enn det.

Så hvorfor henvise seg selv? For det første gjør det en forskjell å være lege. Ut fra det vil jeg, som ellers i hverdagen, gjerne ordne selv det jeg vet er nødvendig, og som jeg kan ta meg av. Minst like viktig er at jeg ikke vil be fastlegen om noe som vi begge vet jeg like greit kan utføre selv. Det blir et ubehagelig «late som» om vi bare utfører et påfunn uten faglig begrunnelse. Fastlegen får jo også tilsendt samme informasjon som når han selv henviser.

Her har jeg brukt meg selv som eksempel fordi jeg ikke har noe annet, og fordi jeg oppfatter min praksis med henvisninger som helt i tråd med det allmenne i det som har vært mine sammenhenger.

Arnulf Gjestland
arnulf.gjestland@eninvest.net

Arnulf Gjestland (f. 1933) er pensjonert psykiater.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hytten K. Legers private henvisningspraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 435.

Re: Kvinne i 30-årene med kronisk utmattelse

Artikkelen til Bjartveit og medarbeidere impliserer at kvinnen var feildiagnostisert (1). Tatt i betraktning den påvirkningen elektrokonvulsiv terapi (ECT) har på immunsystemet, er jeg ikke så sikker på det. Symptombedringen kan også forklares ved at elektrokonvulsiv terapi reduserer nivået av interferon- γ (IFN- γ), stimulerer

>>>

NK-celleaktiviteten (natural killer cells – naturlige drepeceller), og bidrar til en signifikant økning av kortisol og adrenokortikotrop hormon (ACTH) (2) og at ME-pasienter har forhøyet IFN- γ , redusert NK-celleaktivitet og lave kortisol/ACTH-verdier (3–7).

I artikkelen påpeker man svakhetene ved veilederen for ME/CFS (8). Den største svakheten mener jeg er at Helsedirektoratet blander sammen myalgisk encefalopati (ME) med en udefinert psykisk lidelse – kronisk utmattelsessyndrom (CFS – chronic fatigue syndrome) – og forklarer denne sammenblandingen med at årsaken til ME ikke er identifisert.

ME er ikke en diffus sykdom. Canadian Consensus Criteria (CCC), som er anbefalt av ME-spesialister over hele verden (9), utelukker psykiske lidelser og betinger at et sett klinisk observerbare symptomer må være til stede for at diagnosen skal kunne stilles. De pasientene som er hardest rammet kan også ha tåkesyn, bisarre kroppssopplevelser og lydhallusinasjoner (10, 11).

Helsedirektoratet har et «følge med»-ansvar. Det betyr blant annet å vurdere utviklingen av helsetjenestetilbud, og om dette står i forhold til pasientgruppens behov. I veilederen innleder man med at «Erfaringer fra og kontakt med pasienter, pårørende og fagpersoner viser at barn, unge og voksne med CFS/ME og deres pårørende møter store utfordringer, og i for liten grad ivaretas godt av et samlet tjenesteapparat.» Dette står i sterk kontrast til at Helsedirektoratet konsekvent har ignorert henvendelser og høringsinnspill fra flere tusen pasienter og pårørende med krav om at de to diagnosene skilles.

At kvaliteten og nytteverdien av utredningen og behandlingen ME-pasienter får bør etterprøves, gjelder også offentlige behandlingstilbud. Dette betinger at Helsedirektoratet rydder opp i diagnoserotet. Det er svært uheldig at ME-pasienter blir behandlet som psykisk syke.

Nina E. Jensen
nina_jensen65@hotmail.com

Nina E. Jensen (f. 1965) er pasient.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjartveit K, Helskog EH, Kryvi PD et al. Kvinne i 30-årene med kronisk utmattelse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 423–5.
2. Fluitman SB, Heijnen CJ, Denys DA et al. Electroconvulsive therapy has acute immunological and neuroendocrine effects in patients with major depressive disorder. J Affect Disord 2011; 131: 388–92.
3. Brenu EW, van Driel M, Staines DR et al. The effects of influenza vaccination on immune function in patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. Int J Clin Med 2012; 3: 544–51.
4. Brenu EW, van Driel ML, Staines DR et al. Immunological abnormalities as potential biomarkers in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Transl Med 2011; 9: 81.
5. Brenu EW, van Driel ML, Staines DR et al. Longitudinal investigation of natural killer cells and cytokines in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Transl Med 2012; 10: 88.
6. Mihaylova I, DeRuyter M, Rummens JL et al. Decreased expression of CD69 in chronic fatigue syndrome in relation to inflammatory markers: evidence for a severe disorder in the early activation of T lymphocytes and natural killer cells. Neuro Endocrinol Lett 2007; 28: 477–83.
7. De Becker P, De Meirleir K, Joos E et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA) response to i.v. ACTH in patients with chronic fatigue syndrome. Horm Metab Res 1999; 31: 18–21.
8. Helsedirektoratet. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
9. An open letter to the honorable Kathleen Sebelius, U.S. Secretary of Health and Human Services. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/89158245/Case%20Definition%20Letter%20final%2010-25-13.pdf> [12.3.2014].
10. Richardson J. Enteroviral and toxin mediated myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and other organ pathologies. London: Haworth Medical Press, 2001.
11. Franklin A. The doctor's guide to ME in children and young people. <http://tymestrust.org/pdfs/drguide.pdf> [12.3.2014].

Re: Kiropraktorutdanning i Norge nå!

Jeg vil først og fremst si takk til Stein Arne Evensen for en betimelig, velskrevet og ydmyk kommentarartikkel (1). Det er sjelden å se liknende åpenhet og løsningsorientering i helsevesenet.

Videre må jeg stille meg 100 % bak kommentarinnelegget til kiropraktor Ole Christian Kvammen. Det er påfallende at en hel profesjon i flere kretser blir beskrevet som uvitenskapelig, grunnløs og til og med schizofren, når man ser hvor stort forskningsengasjementet er blant kiropraktorer. De trenger bare muligheten.

I Danmark har forskning innenfor kiropraktorenes virkeområder stått sterkt i mange år. Forskningen foregår i stor grad på bakgrunn av fondsmidler og statlig støtte. På tross av et relativt lite forskningsmiljø produserer kiropraktorene i Danmark viten som publiseres i anerkjente tidsskrifter. Et godt eksempel på dette er oktoberutgaven i 2013 av tidsskriftet *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* (2). Dette var en spesialutgave som omhandlet «Low back pain». Av totalt 12 artikler i denne utgaven, var fire skrevet av forfattere med bakgrunn fra de forskjellige forskningsavsnittene i Danmark. Videre har flere norske kiropraktorer doktorgrad, eller er under doktorgradsutdanning, og har publikasjoner i *JAMA*, *Spine* og *BMC Musculoskeletal Disorders* (3–5).

Å hevde at kiropraktikken som helhet er kvakksalveri, alternativt og useriøst, synes jeg er en håpløs generalisering uten rot i virkeligheten. Det er ganske enkelt feil.

Følgelig mener jeg Kvammens beskrivelse er korrekt. Det står sannsynligvis mer på økonomisk og politisk, og kanskje også medisinsk, vilje, enn det står på kunnskapen, engasjementet og ønsket om å forske blant kiropraktorer.

Jørgen Jevne
jorgen.jevne@gmail.com

Jørgen Jevne (f. 1984) er fysioterapeut/kiiropraktor.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Evensen SA. Kiropraktorutdanning i Norge nå! Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 597–8.
2. van der Windt DA, Dunn KM. The high prevalence of low-back pain has been highlighted for many years, but until recently, awareness of its impact in the population was limited. Preface. Best Pract Res Clin Rheumatol 2013; 27: 571–3.
3. Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O et al. Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. JAMA 2010; 304: 45–52.
4. Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O et al. Prognostic factors of prolonged disability in patients with chronic low back pain and lumbar degeneration in primary care: a cohort study. Spine 2013; 38: 65–74.
5. Aartun E, Degerfalk A, Kentsdotter L et al. Screening of the spine in adolescents: inter- and intra-rater reliability and measurement error of commonly used clinical tests. BMC Musculoskelet Disord 2014; 15: 37.

Re: Følges retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt?

Vi vil først og fremst benytte anledningen til å takke kollegene fra Sørlandet Sykehus Arendal for en interessant artikkel om behandling av NSTEMI (1). Det er bra og motiverende at data fra kvalitetsregistre analyseres med tanke på etterlevelse av retningslinjer.

Vi synes dog ikke at artikkelen svarer fullt på spørsmålet i overskriften, fordi den viktigste parameteren i artikkelen, behandling innen 24 timer, faktisk ikke spiller de aktuelle retningslinjene som det refereres til i referanse 12, 14 og 15. Vesentlige deler av disse retningslinjene er ikke tatt med og kommenteres ikke.

Ifølge retningslinjene fra European Society of Cardiology gjelder 24 timers frist for angiografi kun for en subgruppe, nemlig de med GRACE-skår >140: «In lower risk subsets with a GRACE risk score of < 140 but with at least one high risk criterion (Table 9),