

metoden som sådan. Riktig brukt gir p-verdier og konfidensintervaller nyttige bidrag til innsikt.

Eva Skovlund
eva.skovlund@ntnu.no

Eva Skovlund (f. 1959) er professor ved NTNU. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Mills JL. Data torturing. *N Engl J Med* 1993; 329: 1196–9.

Re: En kvinne i 60-årene med kløe på armene

I denne kasuistikken om en pasient med brakioradial kløe (1), refererer forfatterne til enkeltrapporter som har vist effekt av akupunktur (2). Jeg vil i den anledning også gjøre oppmerksom på en systematisk gjennomgang som ser på akupunktur og kløe (3) og finner holdepunkter for at akupunktur kan ha en plass i behandling av kløe.

Merete Lindén Dahle
merete@klinikkfrogner.no

Merete Lindén Dahle (f. 1966) er akupunktør ved Klinikk Frogner. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Halvorsen JA, Ørstavik K. En kvinne i 60-årene med kløe på armene. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1459–61.
2. Marziniak M, Ständer S. Brachioradial Pruritus. I: Misery L, Ständer S, red. *Pruritus*. Berlin: Springer Verlag, 2010.
3. Yu C, Zhang P, Lv ZT et al. Efficacy of acupuncture in itch: a systematic review and meta-analysis of clinical randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015: 208690.

J.A. Halvorsen & K. Ørstavik svarer:

Behandling av kløe bør ta utgangspunkt i kløens årsak. Kløen kan være ledd i en dermatologisk eller systemisk sykdom og ha ulike patogenetiske mekanismer. De tre studiene som er inkludert i den omtalte metaanalysen (1), hadde totalt 35 pasienter med uremisk kløe eller atopisk eksem i tillegg til kontrollene. Brakioradial kløe har en annen patogenese, muligens av nevrologisk art. Det er derfor ikke dokumentert at akupunktur har effekt ved brakioradial kløe.

Jon Anders Halvorsen
j.a.halvorsen@medisin.uio.no
Kristin Ørstavik

Jon Anders Halvorsen er ph.d. og spesialist i hud- og veneriske sykdommer, overlege og seksjonsleder ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristin Ørstavik er dr.med. og spesialist i nevrologi og i klinisk nevrofysiologi, overlege og seksjonsleder ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Yu C, Zhang P, Lv ZT et al. Efficacy of acupuncture in itch: a systematic review and meta-analysis of clinical randomized controlled trials. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2015; 2015: 208690.

Re: Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt

I et «Brev til redaktøren» i Tidsskriftet, har Espen Øvre en kommentar knyttet til Norsk pasientskadeerstatnings bruk av sakkyndige ved vurderingen av selvmordsaker i psykisk helsevern (1).

Øvre og hans familie har opplevd en stor tragedie, og det er trist og gjør naturligvis sterkt inntrykk å lese om deres opplevelser. Jeg kan ikke gå inn på den saken her, men jeg ønsker å nyansere Øvres bilde av hvordan Norsk pasientskadeerstatning (NPE) jobber.

Saker som omhandler selvmord er blant de mest alvorlige vi behandler. Vi legger derfor stor vekt på en grundig håndtering av sakene og saksbehandlere med bred erfaring og kompetanse. De sakkyndige som vurderer de medisinskfaglige sidene av sakene er spesialister på fagområdet. Vurderingene de gjør er basert på faglig kunnskap, ikke egne følelser og meninger, slik Øvre antyder. Øvre har rett i at de sakkyndige vurderingene er sentrale premisser for avgjørelsene. Men det er NPE som vurderer de erstatningsrettslige spørsmålene og fatter vedtak. Det skjer etter at vi også har vurdert annen dokumentasjon, som for eksempel kommentarer og innspill fra erstatningssøkeren og behandlingsstedet.

Øvre er kritisk til at ikke flere sakkyndige vurderer hver sak. NPE mottar nærmere 6000 saker i året, og de aller fleste av disse blir vurdert av minst én sakkyndig. Ressurshensyn gjør at ordningen er ikke rigget slik at hver enkelt sak kan bli vurdert av flere sakkyndige. Det skjer imidlertid dersom saken omhandler flere medisinske spesialiteter eller de medisinske spørsmålene fremstår som spesielt kompliserte.

Øvre skriver at flere som har søkt om erstatning forteller at de opplever å ikke bli hørt. Slik skal det ikke være. Vi er opptatt av en god dialog med erstatningssøker underveis i prosessen. Dersom vi ikke tar kommentarer og innspill fra erstatningssøkeren til følge, betyr ikke det at vi ikke har vurdert innholdet i dem.

Det kan være vanskelig å forstå at tilsynsmyndighetene kan fatte en avgjørelse om svikt i behandlingen, mens NPE kommer til at det ikke er grunnlag for erstatning. Det kan imidlertid henge sammen med at tilsynsmyndighetene og NPE forvalter ulike lovverk og har forskjellige oppgaver. NPE vurderer erstatningskrav etter pasientskadeloven. Et vilkår for å tilkjenne erstatning er ikke bare at det foreligger en svikt i behandlingen, men at denne svikten med overvekt av sannsynlighet har ført til en pasientskade. Tilsynsmyndighetene foretar normalt ikke slike årsaksvurderinger. Derfor er det ikke slik at vi tolker de samme lovene ulikt, slik Øvre skriver. Påpekning av feil og mangler fra tilsynsmyndighetenes side vil altså ikke uten videre lede til at NPE tilkjenner erstatning.

Det Øvre tar opp i innlegget sitt, er vi interessert i å høre mer om. Jeg har derfor invitert han til et møte med oss der vi kan snakke mer om dette.

Rolf Gunnar Jørstad
rgj@npe.no

Rolf Gunnar Jørstad (f. 1958) er direktør Norsk pasientskadeerstatning. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Øvre E. Re: Alle selvmord skyldes ikke behandlingssvikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1531–2.

RETTELSE

Fet, feit eller bare overvektig?

Magnus Strømmen, Inger Johanne Bakken, Ellen Andenæs, Christian A. Klöckner, Ronald Mårvik, Bård Kulseng, Are Holen

Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1732–6

I Tidsskriftet nr. 19/2015 skal det på s. 1734 i siste setning i første avsnitt under Diskusjon stå: Som sagt var det kvinnene som var mest uttrykks-sensitive, og de som ble overvektige tidlig i livet, de med høyere utdanning og de som var utilfreds med vekten.

Vi beklager feilen, den er rettet på nett.