Re: Skråblikk fra et sykehusmottak

Dette var morsomt skrevet, men om jeg må sette fingeren på noe, blir noen av overdrivelsene kanskje litt ødeleggende for det underliggende budskapet. Dessverre, overdrivelser eller ei, så er det mye sannhet i det Lilleås skriver (1). Selv med min minimale erfaring fra arbeid i det norske helsevesen, kjenner jeg meg igjen i det meste. Papirmøllen går på regnskogen løs. Beskrivelsen av at man ender opp med å gjøre en jobb som er akkurat god nok, og gjør man mer, oppnår man ingen ting annet enn mer arbeid, er treffende.

Som turnuslege kan jeg jo tilføye at man til stadighet føler seg mer som en byrde for ledelsen enn en potensiell ressurs. Det blir de mer erfarne legers oppgave å rydde opp i rotet vi lager i akuttmottaket. Vi skal helst holde oss unna de sykeste, da vi ikke er flinke nok. Ironien toppe seg når man bruker mesteparten av introduksjonsdagene ved oppstart til å forsøke å lære seg den elektroniske pasientjournalen, og man inviteres på kurs for å bli bedre til å kode. Jeg krummer nakken, epikrisene venter – husk E86!

Marius Erik Grøvlen
gmariuse@gmail.com

Marius Erik Grøvlen (f. 1987) er turnuslege ved Sykehuset Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lilleås E. Skråblikk fra et sykehusmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 266–7.

Re: Skråblikk fra et sykehusmottak

Dette er det beste jeg har lest på mange år (1)! Og en av grunnene til at jeg valgte å bli patolog. Etter min mening er New Public Management det verste som har hendt pasienter og helsepersonell noensinne.

Cecilie Fiva
fiva-lan@online.no

Cecilie Fiva (f. 1972) er overlege ved Nordlandssykehuset Bodø. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lilleås E. Skråblikk fra et sykehusmottak. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 266–7.

Re: Hørselstap hos barn i Østfold 2000–09

I Tidsskriftet nr. 2/2015 har Siri Nelson og medarbeidere en meget lesverdig artikkel om medfødt hørselstap hos barn i Østfold 2000–09 (1). Tidsskriftet har også fulgt opp med en kommenterende lederartikkel av Hans H. Elverland (2). Slik det også fremgår av arbeidet, er den alt overveiende andel av medfødt hørselstap genetisk betinget. Men en liten andel medfødt hørselstap skyldes kongenitale infeksjoner. Den viktigste ikke genetisk betingede årsak til medfødt hørselstap er cytomegalovirusinfeksjon (CMV) (3). Denne mulighet er ikke undersøkt, ei heller diskutert i artikkelen.

Basert på undersøkelser i Sverige og Storbritannia kan vi anta at ca 5 av 1 000 nyfødte har en kongenital CMV-infeksjon (3). Av disse vil 10–20 % få nevrologisk sekvele, oftest i form av sensorisk hørselstap. Dette er små tall, men vi mener påvisning av medfødt CMV infeksjon som årsak til hørselsnedsettelse er viktig fordi tidlig innsettende behandling med ganciclovir/valganciclovir kan redusere skadens omfang (4). Hvis CMV kan påvises i urin eller spytt ved PCR i prøve tatt innen tre uker etter fødsel, så betyr det at infeksjonen fant sted før fødsel. Noen ganger kan det gå måneder

eller år før CMV-betinget hørselsskade blir manifest (3). Diagnosen medfødt CMV infeksjon kan da stilles ved å påvise CMV-DNA ved PCR i blod tatt ved nyfødtscreening og lagret på filterpapir ved Pediatrisk forskningsinstitutt, Oslo universitetssykehus. Vårt laboratorium, som har nasjonal referansefunksjon for CMV, har etablert en metode for påvisning av CMV i blodprøver lagret på filterpapir. Imidlertid angis sensitiviteten til bare 60–70 %, men spesifisiteten er bortimot 100 %.

Vi mener det nå bør diskuteres om det er regningssvarende å screene nyfødte for CMV-infeksjon når hørselstest utført på barselavdelingen indikerer nedsatt hørsel.

Halvor Rollag
Halvor.rollag@medisin.uio.no
Ellen Holter
Fredrik Müller

Halvor Rollag (f. 1945) er professor/overlege ved Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ellen Holter (f. 1948) er medisinsk ansvarlig overlege for virologisk diagnostikk ved Avdeling for mikrobiologi, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Fredrik Müller (f. 1954) er professor/overlege og seksjonsleder for Utviklingsseksjonen, Avdeling for Mikrobiologi, Oslo Universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nelson S, Andersen R, Anderssen SH. Hørselstap hos barn i Østfold 2000–09. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 132–6.
2. Elverland HH. Spedbarn som ikke hører. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 103.
3. Townsend CL, Forsgren M, Ahlfors K et al. Long-term outcomes of congenital cytomegalovirus infection in Sweden and the United Kingdom. Clin Infect Dis 2013; 56: 1232–9.
4. Kadambari S, Williams EJ, Luck S et al. Evidence based management guidelines for the detection and treatment of congenital CMV. Early Hum Dev 2011; 87: 723–8.

S-H. Anderssen og medarbeidere svarer:

Vi takker for en konstruktiv kommentar fra Rollag og medarbeidere til vår artikkel om medfødt hørselstap i Østfold 2000–2009. Det gis her argumenter for at det bør diskuteres om nyfødte med mulig nedsatt hørsel bør screenes for medfødt infeksjon med Cytomegalovirus (CMV).

I vår artikkel er ikke CMV-infeksjon diskutert fordi ingen i materialet hadde påvist CMV-infeksjon. Dette ble imidlertid omtalt i vår artikkel i Tidsskriftet nr 22/2002, fordi én nyfødt prematur hadde CMV-infeksjon i innkjøringsfasen av hørselsscreeningen i 1999, og i tillegg til alvorlig hørselstap også utviklet en alvorlig cerebral parese (1). I dag gjøres diagnostikk av CMV-infeksjon på nyfødtintensivavdelinger kun hvis barnet har symptomer som kan være forenlig med denne infeksjonen.

Ut fra referansene som Rollag anfører vil 0,5 % av nyfødte ha medfødt CMV-infeksjon og 10–20 % av disse utvikle nevrologisk sekvele, oftest i form av hørselstap. I vårt materiale med nærmere 30.000 nyfødte, ville 150 ha medfødt infeksjon og 15–30 ha nevrologisk sekvele. Vi fant totalt 41 barn med hørselstap hvor av 31 ble påvist fra fødsel av og 10 senere. Av disse hadde 13 genetisk disposisjon og flere hadde andre risikofaktorer. Derfor kan det kanskje reises spørsmål om den reelle forekomst av medfødte, CMV-relaterte hørselstap har det omfang som er beskrevet i litteraturen.

Medfødt hørselstap er hyppigere enn alle andre medfødte sykdommer til sammen som dekkes av nyfødtscreeningen i dag. Siden CMV-infeksjon er en reell risikofaktor med både diagnostikk- og

>>>

behandlingsmulighet, mener vi screening for CMV ved mulig ned-satt hørsel hos nyfødte kan være nyttig.

Sven-Harald Anderssen
s.h.anderssen@gmail.com
Siri Nelson
Ronny Anderssen

Sven-Harald Anderssen (f. 1952) er Overlege ved Barneavdelingen, Sykehuset Østfold Fredrikstad.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Siri Nelson (f. 1979) er lege i spesialisering i barnesykdommer ved Sykehuset Østfold Fredrikstad og allmennlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ronny Andersen (f. 1969) er audioingeniør og seksjonsleder ved Høresentralen, Sykehuset Østfold Fredrikstad.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Anderssen S-H, Andresen J, Andersen R et al. Universell hørselsscreening av nyfødte med otoakustiske emisjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 2187–9.

Re: Historie eller historieforvringning?

Arne Høiseeth svarer på et innlegg av John-Arne Skolbekken, som sto på trykk i Tidsskriftet nr. 5/2015: John-Arne Skolbekken misliker at jeg beskriver Gerald N Grobs bok, «Aging bones», som historieforvringning (1, 2). Jeg vil utdype min oppfatning: Grob har gitt en beskrivelse av seg selv og sin bakgrunn hvor han ikke legger skjul på at han lar sine holdninger ha en innflytelse på sin vitenskap, som er historie (3). Dette mener jeg er et dårlig utgangspunkt for en forsker, som bør være en nøytral premissleverandør.

I bokens «preface» skriver Grob at han ved flere anledninger har presentert sine «findings on the history of osteoporosis» foran leger og fortsetter: «most of those in attendance proved to be less than perceptive. It was difficult for them to accept an analysis that raised questions about validity of a diagnostic category that seemed to be given, the usefulness of screening, or the effectiveness of pharmacotherapy. Nor did they accept my claim that the effectiveness of pharmaceutical industry on medical practice often resulted in harm rather than good» (4).

Skal påstandene Grob fremsetter ansees som valide, må han vise at han forstår og kan imøtegå de naturvitenskapelige premisser som legene baserer sine oppfatninger på. Disse premissene går imidlertid ikke Grob inn på, bortsett fra å henvise til en del kommentarartikler. Uten en fremstilling også av legenes premisser, synes jeg hans fremstilling gir et ensidig og forvrengt bilde av de faktiske forhold. Grob formidler et syn som stiller oss leger, som har tro på nytten av medikamentell bruddforebyggende behandling, i et dårlig lys. Dette gjør han, slik jeg ser det, ved en å underslå viktige sider ved denne historien.

Som Skolbekken anfører, baserer Grob seg på et betydelig antall referanser. Dette er hovedsakelig referanser til administrative dokumenter eller kommentarer, ikke naturvitenskapelige originalarbeider. Grob påpeker også at mange leger uttrykte «a belief that a partnership between pharmaceutical firms, researchers, and clinicians could benefit both patients and their physicians.» Tar legene feil også når det gjelder dette? Det dokumenteres ikke, ut over anekdotiske tilfeller.

Skolbekken påpeker at boken er utgitt av et vel ansett forlag knyttet til ett av de mest kjente universiteter i USA. I «Acknowledgements» nevner Grob en del personer han har støttet seg til. Ingen av disse har medisinsk faglig eller naturvitenskapelige kvalifikasjoner. Det burde vært et akademisk fundert forlagsopplagte oppgave å sørge for en slik balanse.

Jeg fastholder at boken gir en ensidig og forvrengt beskrivelse av vårt arbeid med å redusere forekomsten av klinisk betydningsfulle beinbrudd. Grobs påpekning av at hans såkalte funn møter skepsis hos majoriteten av leger forteller meg at det er en sunn holdning blant leger.

Arne Høiseeth
arnhois@online.no

Arne Høiseeth (f. 1944) er pensjonert radiolog.
Interessekonflikter: Høiseeth er ansatt i Curato Røntgen som utfører beinmassemålinger med DXA-teknikk. Han har deltatt i internasjonale medikamentutprøvinger for firmaet Amgen som ansvarlig «principal investigator» og vært medforfatter i rapporter.

Litteratur

1. Skolbekken J-A. RE: Historie eller historieforvringning? Kommentar til ref 2.
2. Høiseeth A. Historie eller historieforvringning? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2309.
3. h-madness. How I Became a Historian of Psychiatry: Gerald Grob. <http://historypsychiatry.com/2012/05/27/how-i-became-a-historian-of-psychiatry-gerald-grob/> [22.2.2015]
4. Grob G. Aging Bones. John Hopkins University Press, 2014.

Forhåndssamtaler er samtaler med pasienter om fremtidig behandling. Formålet er at pasientens ønsker skal være kjent hvis beslutningsevnen skulle gå tapt. Pål Friis og medarbeidere presenterte i Tidsskriftet nr. 3/2015 funn fra en undersøkelse der bruk av systematiske forhåndssamtaler ble utprøvd i en geriatrisk avdeling.

Re: Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter

Denne undersøkelsen er et fint bidrag til diskusjonen om styrket pasientinvolvering, forhåndsbestemmelser og livstestamentet (1). Et helsevesen som lytter til pasienter vil gjøre færre feil og virke mer tillitsskapende enn et som ikke gjør det. Legen vil ved slike forhåndssamtaler også ha mulighet til å råde den syke og beskytte mot uhensiktsmessige valg (2). Vi aner at samtaler mellom pasienten og en lyttende lege er viktige, kanskje særlig i tider der streben etter mest effektivitet og utfordringer med samhandlingsreformen stadig øker tempoet i helsevesenet. Dog finnes det noen hittil ubesvarte spørsmål: Hva er det rette tidspunktet for slike samtaler? Når pasienten ikke enda er blitt en pasient? I forbindelse med en diagnose som potensielt forkorter livet? I den akutte fasen eller etter rett etter en akutt hendelse ved en livstruende sykdom? Når funksjonen svikter? Hvem skal begynne prosessen? Er det pasienten eller legen – eller en annen i teamet (forutsatt at pasienten møter et team av helsearbeidere)? Og hvilken lege? Fastlegen eller én av spesialistene på sykehuset (3)? Hva skal være målet med forhåndssamtaler? Å bli kjent med pasientens ønsker og verdier? Å treffe det rette behandlingsnivået?

Hva som er riktig svar på disse spørsmålene, er vel avhengig av hvem pasienten er og hva vedkommende ønsker. Men hva hvis pasienten ønsker behandling som legen mener er uhensiktsmessig? Hva som er uten hensikt er igjen avhengig av hvem som ser og hvilke verdier vedkommende har i bagasjen. Hvor bindende skal det forhåndsbestemte være for behandlende lege? Det er mange flere vanskelige spørsmål knyttet til en slik praksis.

Hvor kan vi finne svar? Å se til USA hjelper lite. Til tross for at man der har gjort en rekke gode undersøkelser, er dataene vanskelige å overføre til det norske helsevesenet (4). Amerikanske pasienter sikres en sterkere selvbestemmelsesrett enn pasienter i Norge. Valgfriheten er viktigst. Bør vi vende blikket til Tyskland? Der har man etablert en praksis som er velorganisert og lovregulert (5). Pasientens forhåndsbestemmelser må respekteres så sant de passer til pasientens aktuelle kliniske situasjon – noe de som oftest ikke gjør. Mange livstestamenter (Patientenverfügung) blir til uten samtale med en lege og har reservasjoner mot intensivmedisinens vel-

>>>