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 Høiseth 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 Høiseth
arnhois@online.no

Arne Høiseth (f. 1944) er pensjonert radiolog.
Interessekonflikter: Høiseth 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. Høiseth 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 uhen-siktsmessige 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 hende-lse 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 pasien-tenes 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 vanske-lige å overføre til det norske helsevesenet (4). Amerikanske pasien-ter 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 sam-tale med en lege og har reservasjoner mot intensivmedisinens vel-

>>>

signelser som hovedinnhold. I situasjoner der pasienten ikke lenger kan ta stilling, bestilles en stedfortreder (Betreuer) av det offentlige. Dette unngår man når pasienten på forhånd har oppnevnt en stedfortreder. Anbefalingen til befolkningen er altså å gjøre sine ønsker og verdier kjent for en person man har tillit til – kan det være behandlende lege?

Kan det være et første steg også i Norge å oppfordre befolkningen til å tenke seg om når det gjelder preferanser og verdier i forhold til behandling, ivaretagelse, omsorg og pleie i den siste livsfasen – og å kommunisere de til en tillitsperson?

Sebastian von Hofacker

sebastian.vonhofacker@haraldsplass.no

Sebastian von Hofacker (f. 1964) er overlege ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.
2. Livets sluttfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Kunnskapssenteret – systematisk oversikt nr. 18–2014. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/livets-sluttfase-om-a-finne-passende-behandlingsnivaa-og-behandlingsintensitet-for-alvorlig-syke-og-doende [2.3.2015].
3. Tolle SW, Back AL, Meier DE. Clinical decisions. End-of-life advance directive. N Engl J Med 2015; 372: 667–70.
4. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 2010; 362: 1211–8.
5. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html [19.2.2015].

P. Friis svarer:

Takk til Sebastian von Hofacker for en interessant kommentar. Først om hvilken anledning som er passende for å ta opp slike spørsmål med pasienten: Både Mullick og den norske veilederen om beslutninger om livsforlengende behandling setter opp lister over situasjoner der det anbefales å ta opp spørsmål om behandling mot livets slutt (1, 2). I vår studie var det egentlig ingen anledning. Likevel ble tilbudet om en samtale godt mottatt og satt pris på i ettertid. Kanskje vi er for opptatt av å finne en passende anledning, og derfor skjer det alt for sjeldent?

Det kan se ut som om livstestamenter som pasienten selv fyller ut ikke får veldig stor innflytelse på den behandling de faktisk får mot livets slutt (3). Kanskje har den prosessen som kalles «advance care planning», som vi forslår skal hete forhåndssamtaler på norsk, større mulighet for virkelig å gi innflytelse på behandling av pasienter som ikke selv kan være med på beslutningene? Man kan kanskje si at de forhåndssamtalene vi gjennomførte bare var oppstarten av en planlegging av behandling mot livets slutt. Kanskje burde de vært fulgt opp, også med tilbud om å involvere familien for de som ønsket det? Murtaghs skjema, som vi brukte som basis for samtalen, inneholder ikke noe spørsmål om stedfortreder (4). Det er en svakhet. Spørsmålet om hvem vi skal rådføre oss med hvis du selv mister evnen til å være med på beslutninger, hører med.

Det er ikke sikkert at det ene eller andre lovgrunnlag er det som gir mest utslag på omfanget av forhåndssamtaler og som har innflytelse på hvordan pasientene blir behandlet. USA har hatt lov hjemlet mulighet for livstestamenter siden 1991. I Norge har det ingen plass i helselovgivningen. Kanskje det von Hofacker nevner til slutt kan bety mest? Hvis slike forhåndssamtaler var en kjent sak i befolkningen, noe en ventet legen ville ta opp med en og som en derved også diskuterte i familien, ville det betydd mye for utbredelsen av slike samtaler. Det er ganske sikkert at langt flere ønsker slike samtaler enn dem som får det.

Pål Friis

paal.friis@sshf.no

Pål Friis (f. 1950) er overlege ved Sørlandet sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. BMJ 2013; 347: f6064.
2. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> [22.2.2015].
3. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.
4. Murtagh FE, Thorns A. Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making. J Med Ethics 2006; 32: 311–5.

Begrepet «subjektiv lidelse» er blitt debattert i kommentarfeltet under artikkelen «En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis», som sto på trykk i Tidsskriftet nr. 22/2014. Her følger et nytt innlegg i denne debatten:

Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Forfatterne velger i sin artikkel å anvende begrepet «subjektiv lidelse» (den norske oversettelsen av SHC, subjective health complaints) (1). Dette begrepet er, som det også er bemerket av flere i kommentarfeltet, et problematisk begrep (jfr. subjektiv vs. «objektiv» lidelse).

Utfordringen på dette området av medisinen er imidlertid at enhver ambisjon om å innfange pasientens problemer i ett (medisinsk) altomfattende og presist begrep nødvendigvis må bli problematisk. Alternativet kunne være medisinsk uforklarte symptomer (MUS), men her vil man ende opp med å diskutere graden av «uforklarthet» hva angår de tilstander som kan subsumeres dette akronymet. En annen mulighet er «funksjonelle somatiske lidelser», men også her kan man spørre om dette er en adekvat betegnelse for å beskrive det antatt dysfunksjonelle.

Ytterligere et alternativ vil være å beskrive dette som en «sammensatt lidelse». Sammensatte lidelser omfatter «tilstander med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevd sammen, og der ingen anerkjent diagnose fullt ut kan forklare symptomene» (2). Vi kan da spørre: Sammensatt, for hvem? Sammensatt, av hva? Et forsøk på å forklare dette sammensatte vil nok så raskt lede hjelperen ut i en krevende redegjørelse for et foreliggende «multisymptomatisk uttrykk» og et «multifaktorielt opphav». Vi kan sågar prøve ut begrepet «kroppslig stresslidelse» (Bodily Distress Disorder) og utløser da en langvarig diskusjon om psyke vs. soma og et nærmest umulig begrep som stress.

De nevnte eksempler utgjør kun et utvalg av svært problematiske medisinske etiketter. Jeg har derfor en viss forståelse for at forfatterne anvender et, for medisinerne, velkjent begrep som «subjektive lidelser». Å utvikle en mulig integrativ modell er i seg selv et svært krevende prosjekt som støter på en rekke utfordringer. Jeg har tolket forfatterne dithen at valget av overskriften «subjektive lidelser» i seg selv ikke er det avgjørende omdreiningspunkt i denne sammenheng.

Thor Eirik Eriksen

Thor.eirik.eriksen@unn.no

Thor Eirik Eriksen (f. 1964) er stipendiat ved Universitetssykehuset Nord Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Borchgrevink PC, Fredheim OMS, Fors EA et al. Hva er sammensatte lidelser? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1368.