

Litteratur

1. Reiakvam KK, Astor MC, Kittang BR. En kvinne i 70-årene med rask forverring av kognitiv funksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1096–8.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5> [20.7.2016].
3. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1596–600.
4. Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H et al. Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. Brain 2012; 135: 2809–16.
5. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC et al; BRAIN-ICU Study Investigators. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med 2013; 369: 1306–16.

K.K. Reiakvam & B.R. Kittang svarer:

Vi takker Wyller & Watne for utfordrende kritiske kommentarer til vår artikkel (1), som gir oss anledning til å utdype viktige punkter i kasuistikken.

Vi er enige i det de skriver om viktigheten av delirium og utredningen av dette: raskt, grundig og på egnet nivå i helsetjenesten. Hovedinnvendingen mot oss er at vi ikke har gitt pasienten diagnosen delirium, og dermed vist manglende kunnskap om DSMs diagnosekriterier. Hvilken feil er det Wyller & Watne mener vi har gjort? Vi har ikke glemt å tenke på diagnosen. Vi har vurdert og forkastet den, selv om vi ser at betegnelsen subsyndromalt delirium kanskje kunne vært anvendt (2). Vurderingen førte ikke til forsinket utredning eller feilbehandling. Ifølge Wyller & Watne har vi feilklassifisert et klinisk bilde: Gjennom lesing av artikkelen og særlig vektlegging av uttrykkene «passiv», «likegyldig» og «fjern i blikket», finner de alle diagnostiske kriterier for delirium oppfylt. Men mens vi som klinikere har observert og vurdert en sykdomstilstand av en viss varighet, har de vurdert vår skriftlige gjengivelse av denne i kasuistikkform.

Mye kunne skrives om et krevende utvelgelsesarbeid under utformingen av artikkelen. La oss heller kortfattet prøve å gjengi litt mer av det kliniske forløpet: Da pasienten ankom sykehjemmet (dag 1) ble bevisstheten, som angitt i artikkelen, beskrevet som «klar», og frem til den akutte forverringen som førte til sykehusinnleggelse var hun klinisk stabil og uten tegn til endringer i bevisstheten eller fluktuerende symptomer. Da hun dagen etter innleggelse i sykehus ble skåret med Confusion Assessment Method kunne undersøkeren krysse «ja» på første spørsmål (akutt endring i mental tilstand), ellers «nei» på alle andre spørsmål (dvs. ikke vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang eller endret bevissthetsnivå). Ved gjentatte samtaler var hun rolig, samarbeidende, lyttende, og hun ga hele tiden blikkontakt, samtidig som blikket var påfallende «fjernt». Hun svarte på en måte som virket gjennomtenkt, men ordfattig, ikke typisk for fremre afasi. Hukommelsessvikten besto av en lettere anterograd amnesi, men atskillig mer uttalt retrograd amnesi, inkludert amnesi for personlige data. Beskrivelsen av pasienten som passiv og likegyldig kunne ha vært nyansert med hvordan hun paradoksalt nok samtidig fremsto som «åpen» og «tilbaketrasket». Hun var ikke psykomotorisk påvirket og viste ikke tegn til hyperaktivt eller hypoaktivt delirium. Tilstanden vedvarte, i jevnt avtakende grad under sykehusoppholdet.

Vi har aldri sett maken til dette sykdomsbildet, og flere andre sjeldne tilstander ble vurdert og utredet. Å beskrive slike atypiske kliniske forløp i den knappe form som en kasuistikk i Tidsskriftet krever, er utfordrende.

At artikkelen har skapt reaksjoner hos skarpe lesere, er forståelig. Men vi tror at dersom Wyller & Watne hadde truffet denne pasienten mens hun var som sykest, så ville de opplevd hennes tilstand på en lignende måte – og muligens funnet mer treffende måter å beskrive den på.

Den aller største gleden ved arbeidet var for øvrig å bidra til at pasienten ble frisk, og uten sikre sekveler, vurdert ved våre kontakter med pasienten i ettertid.

Kyrre Kittang Reiakvam
kyrre.kittang.reiakvam@haraldsplass.no
Bård Reiakvam Kittang

Kyrre Kittang Reiakvam (f. 1975) er overlege og spesialist i indremedisin og i geriatri ved Medisinsk avdeling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bård Reiakvam Kittang (f. 1971) er overlege, ph.d. og spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer ved Avdeling for sykehjemsmedisin og Medisinsk avdeling, Haraldsplass Diakonale Sykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Reiakvam KK, Astor MC, Kittang BR. En kvinne i 70-årene med rask forverring av kognitiv funksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1096–8.
2. Meagher D, Adams D, Trzepacz P et al. Features of subsyndromal and persistent delirium. Br J Psychiatry 2012; 200: 37–44.

Re: Incentiver og deltagelse i en medisinsk spørreundersøkelse

Jeg har med interesse lest Gjostein og medarbeideres studie (1), der de finner at å vedlegge et skrapelodd ikke øker svarprosenten ved utsendelse av spørreskjema. Jeg er imidlertid overrasket over at forfatterne i diskusjonen ikke nevner det økonomiske incentiv som er vist å virke best: cash! Forfatterne refererer til et av våre arbeider (2) der vi fant at skrapelodd ikke hadde virkning. Vi tenkte i ettertid at forklaringen kanskje kan være at mottageren i utgangspunktet blir glad for skrapeloddet, men så straks skraper det. Han vil vanligvis ikke få gevinst, og det er mulig at denne skuffelsen heller virker demotiverende enn motiverende for å fylle ut og returnere skjemaet. Forfatterne nevner ikke at vi i det samme arbeidet fant at svarprosenten økte fra 73 hos dem som hadde fått et skrapelodd til 88 ved i stedet å legge ved en 50-kroneseddel. En Cochrane-gjennomgang (3) konkluderte at et pengebeløp er det beste av alle rapporterte incentiver. I Norge må imidlertid det vedlagte beløpet være ganske stort for å ha virkning. Vi fant i en annen studie (4) svarprosent på 54 uten penger, 53 med én krone, 58 med ti kroner, og 74 med 50 kroner. Det kan med andre ord bli nokså kostbart, men er muligens regningsvarende om alternativet er å betale et firma for å ringe til dem som ikke har svart, slik det ble gjort i Gjostein og medarbeideres studie. Gevinsten er en god svarprosent og derved bedre forskning.

Vilhjalmur Finsen
vilh.finsen@ntnu.no

Vilhjalmur Finsen (f. 1946) er overlege og professor ved St. Olavs hospital og Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjostein DK, Huitfeldt A, Løberg M et al. Incentiver og deltagelse i en medisinsk spørreundersøkelse. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1082–7.
2. Finsen V, Storeheier AH. Scratch lottery tickets are a poor incentive to respond to mailed questionnaires. BMC Med Res Methodol 2006; 6: 19.
3. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. Cochrane Database Syst Rev 2009; 3: MR000008.
4. Finsen V. Tiltag for at øke svarprocenten ved spørreskjemaundersøkelser. Ugeskr Laeger 2011; 173: 39–41.

D.K. Gjostein og medarbeidere svarer:

Finsen fremhever flere viktige poeng rundt det praktiske og kostnadsmessige ved valg av tiltak for å øke svarprosent i medisinske spørreskjemaundersøkelser. Det er uklart om skrapelodd øker svarprosenten (1, 2), og i vår studie fant vi ingen effekt (3). Finsen har tidligere funnet at ubetingede incentiver i form av kontanter synes å ha høyere effekt enn skrapelodd, men dette forutsetter at kontantbeløpets størrelse er betydelig (4).

>>>