

- » Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom

O.B. Tysnes og medarbeidere svarer:

Aksel Tveråmo & Ine Baug Johnsen kommenterer i Tidsskriftet nr. 6/2016 (1) vår artikkel *Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/Myalgisk encefalopati* (2). Vår konklusjon er at nær halvparten av pasienter som henvises til en nevrologisk enhet til utredning for kronisk tretthet har underliggende psykososial problemstilling. Tveråmo og Johnsen viser til Helsedirektoratets veileder som uttaler at det ikke foreligger behov for uttalelse fra psykiater i forbindelse med utredning av tilstander med kronisk tretthet. Det trekkes ut fra vårt arbeid at vi ønsker at pasientene skal være «psykiatrisk» utredet i primærhelsetjenesten.

Arbeidet fra Haukeland universitetssykehus viser at det kommer svært lite ut av omfattende somatisk utredning av disse pasientene. En nærliggende konklusjon må være at pasienter med symptomer i form av kronisk utmattelse er svært godt somatisk utredet i primærhelsetjenesten. Henvisning til spesialisthelsetjenesten, der ventetiden kan være opp mot 12 måneder, forsinker i vesentlig grad den diagnostiske vurderingen, noe som etter vår vurdering setter pasientene i en vanskelig situasjon. I tillegg risikerer den somatiske utredningen å føre til ytterligere helseplager i form av hodepine etter gjennomført spinalpunksjon. Det er vår vurdering etter aktuelle gjennomgang at psykososiale faktorer er en vesentlig risikofaktor ved opptreden av symptomet kronisk utmattelse. Dette er i for liten grad fokusert eller vektlagt som mulig årsak til symptomene før pasientene henvises til utredning i den nevrologiske spesialisthelsetjenesten.

Tveråmo & Johnsen erkjenner at kroniske utmattelsestilstander oppstår «i et samspill mellom kropp og sjel». De foreslår tverrfaglig tilnærming gjennom et team bestående av forskjellige spesialister.

Som det fremgår i vårt arbeid er kronisk utmattelse et svært vanlig symptom. Ventetiden for utredning er uhenksommessig lang. Det er vår vurdering at utredningen i primærhelsetjenesten kan dra nytte av vårt arbeid og argumentere for at det er svært lav sannsynlighet for at man i primærhelsetjenesten har oversett somatisk årsak til symptomene. Pasientene vil da ha muligheter til selv å vurdere hvorfor de har symptomer i form av en kronisk utmattelse. Dersom de ønsker videre utredning innen psykisk helsevern kan dette naturligvis være aktuelt, men fra vårt ståsted mener vi fastlegen har mulighet for å tilnærme seg denne problemstillingen med bakgrunn i arbeidet som ble utført ved Haukeland universitetssykehus. Med kunnskap om pasientens bakgrunn – både somatisk og psykososialt – vil fastlegen være i en god posisjon til å vurdere årsaksforklaringer til pasientens symptombilde. En forsinkende tverrfaglig utredning av tilstanden vil etter vårt syn vil etter vårt syn øke risikoen for at pasienter med kronisk utmattelse vil oppleve et forlenget og ytterligere forverret sykdomsforløp.

**Ole-Bjørn Tysnes**  
obty@haukeland.no  
**Halvor Næss**  
**Jone Owe**

Ole-Bjørn Tysnes (f. 1956) er spesialist i nevrologi, professor og avdelingssjef.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Halvor Næss (f. 1957) er spesialist i nevrologi, professor og overlege.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jone Furlund Owe (f. 1975) er spesialist i nevrologi med phd. Han er overlege og har hatt ansvaret for studien på utredning av kronisk utmattelsessyndrom/ myalgisk encefalopati.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Tveråmo A, Johnsen IB. Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 509.
2. Owe JF, Næss H, Gjerde IO et al. Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 227–32.

## Re: Bør man kunne tilby keisersnitt ved trisomi 13 eller 18?

Takk til Fredheim og medarbeidere for en ryddig gjennomgang av etiske betraktninger omkring keisersnittsforløsning ved kjent trisomi 13 og 18 hos barnet i Tidsskriftet nr. 7/2016 (1). På et punkt stiller jeg meg imidlertid kritisk til vurderingen av sakens faktagrunnlag, når forfatterne skriver at «Avgjørende for Ruud Hansen og Haugen er at keisersnitt innebærer betydelig økning i relativ risiko og (...)». Det presiseres ikke «risiko for hva», men uansett er relativ risiko ikke den relevante parameteren. Relativ risiko er egnet til å påvise assosiasjoner mellom fenomener og kan således belyse årsakssammenhenger, men for enkeltpasienter er det økning/reduksjon i absolutt risiko som er av interesse. Og etiske valg innebærer valg for, og sammen med, enkeltpasienter. Relativ risiko kan brukes til å beregne absolutt risiko, men kun hvis man også tar hensyn til basisfrekvensen av den aktuelle tilstanden.

For å konkretisere dette i den aktuelle saken, kan vi låne tall fra en artikkel Fredheim og medarbeidere nevner blant sine kilder (2). Der fremkommer det for eksempel at forekomsten av placenta previa er 2,2 per 1 000 i andre svangerskap dersom første svangerskap ble vaginalt forløst, og 3,3 per 1 000 dersom første svangerskap ble forløst med keisersnitt. Dette gir statistisk signifikant økt odds ratio på 1,4 (kan tolkes som relativ risiko fordi utfallet er sjeldent), men den absolutte risikøkningen er kun på 0,1 %, altså neglisjerbart for den enkelte kvinne når hun skal vurdere alternative forløsningsmetoder.

Uterinruptur er komplikasjonen med høyest odds ratio (på 37) for svangerskap som etterfølger keisersnitt. Men fordi uterinruptur er sjeldent gir dette kun knapt 0,2 % økning i absolutt risiko: For gravide kvinner som tidligere har hatt keisersnitt er sannsynligheten for å unngå uterinruptur faktisk 99,8 %, mens tilsvarende tall er for gravide som tidligere har hatt vaginalforløsning er 99,994 %. Jeg tviler på om dette er en opplysning som vil skremme kvinner fra å be om keisersnitt, hvis de ellers har gode grunner for å ønske det.

Dersom man argumenterer fra et befolkningsperspektiv betyr dette at man kan forvente én ekstra uterinruptur for hvert 500. keisersnitt som blir gjort. Men i dette perspektivet er det vesentlige å redusere unødvendige keisersnitt generelt, og ikke knyttet til barnets diagnose eller prognose. Fordi trisomi 13 og 18 er såpass sjeldent, vil en restriktiv praksis når det keisersnitt for disse barna utgjøre en ekstremt liten forskjell for folkehelsen og helseøkonomien i Norge, slik at dette heller ikke blir et tungtveiende argument.

>>>