



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

MR-undersøkelse ved nakkeslengskade

Jostein Kråkenes' doktoravhandling om MR-undersøkelse ved nakkeslengskade ble presentert i Tidsskriftet nr. 3/2005 (1). Det ble opplyst at han ut ifra en hypotese om at nakkeslengskade kan ramme båndstrukturene i øvre nakkeregion, har anvendt en spesiell MR-metode og undersøkt 92 personer med nakkeslengskade fra flere år tilbake samt en kontrollgruppe med 30 friske personer av samme alder og kjønn. Videre het det at han i nakkeslenggruppen fant tegn til overstrekking av båndstrukturer.

I avhandlingen kvantifiseres innslaget av høy signalintensitet (heretter omtalt som MR-funn) i de aktuelle båndstrukturene. Årsaken til slike funn er i utgangspunktet ukjent. Ingen av avhandlingens fire definerte målsettinger inkluderer vurdering av årsak til funnene. I diskusjonen heter det imidlertid at resultatene «strongly suggest» at nakkeslenghendelsen faktisk skader de aktuelle båndstrukturene. Dette baseres kun på tolking av en observert høyere forekomst av MR-funn i nakkeslenggruppen. Det foreligger ikke MR-undersøkelser som viser akutt-skade på skadetidspunktet, heller ikke sammenlikning med en gullstandard, da dette ikke finnes. Når forekomsten av en tilstand (MR-funnene) sammenliknes hos eksponerte (nakkeslenggruppen) og ueksponerte (kontrollert kohortstudie), må man sikre seg kontroll på flest mulige andre forhold enn eksponeringen som kan tenkes å være relatert til den aktuelle tilstand. Kråkenes har ikke sikret seg slik kontroll, verken ved bruk av relevant statistikk eller i valg av studiedesign.

Den kanskje største svakheten i designen oppstår fordi nakkeslenggruppen bare inkluderer dem som fortsatt hadde nakkeslengplager grad 2 (WAD II) 12–16 uker etter nakkeslenghendelsen. Dermed er det overveiende sannsynlig at det er langt flere med kroniske nakkeplager i nakkeslenggruppen enn i kontrollgruppen. Dette åpner for en rekke ulike tolking av funnene:

- Funnene representerer risiko for kronifisering av nakkeplager, f.eks. degenerative forandringer (2) (opplysninger om degenerative forandringer på tidspunktet for MR-undersøkelsen presenteres ikke)
- Funnene er en følge av langvarige nakkeplager/nakkedysfunksjon uansett årsak
- Funnene er relatert til behandlingsformer ved nakkeplager, f.eks. bruk av nakkekra-ge eller kiropraktorbehandling

Det er derfor en åpenbar risiko for at den antatte sammenhengen mellom nakkeslenghendelsen og MR-funnene ikke er reell. Studier med slik risiko vil f.eks. bli ekskludert fra kunnskapsgrunnlaget ved vurderinger i henhold til reglene til Senter for medisinsk metodevurdering for gradering av evidensstyrke (3).

Det er for øvrig overraskende at ordene «whiplash» og «nakkesleng» ikke er nevnt i konklusjonene i avhandlingen. Dersom avhandlingen gir vitenskapelig grunnlag for å hevde at det finnes tegn til overstrekking av båndstrukturer i øvre nakkeregion etter en nakkeslenghendelse, fortjener vel dette en plass i konklusjonene?

Eivind Pape

If Skadeforsikring

Litteratur

1. Kråkenes J. MR-undersøkelse ved nakkeslengskade. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 299.
2. Marchiori DM, Henderson CN. A cross-sectional study correlating cervical radiographic degenerative findings to pain and disability. Spine 1996; 21: 2747–51.
3. Medisinsk metodevurdering. En innføring. www.kunnskapssenteret.no/smm (19.2.2004).

J. Kråkenes svarer:

Hensikten med vår studie var å etablere en MR-metode som kunne visualisere båndstrukturene i øvre nakkeregion. Vi brukte metoden for å beskrive disse strukturene hos personer uten kjent nakkeskade og hos personer av samme alder og kjønn som hadde vært utsatt for nakkeslengskade etter påkjørsel. Hovedhensikten var å teste metodens reliabilitet ved å se på samsvar i bildetolking utført av flere radiologer og å avsløre fallgruver i bildetolkningen.

Studien omhandler primært nivå 1 i Fryback & Thornburys modell for etablering av en diagnostisk test (1), teknisk utførelse og intra- og interobservatørvariasjon. Det var ikke, som Pape korrekt påpeker, et formål å undersøke diagnostisk nøyaktighet i forhold til en gullstandard eller å påvise årsaken til MR-funnene. På basis av data fra intraobservatøranalysen gjorde vi imidlertid en sammenlikning av graderingen av MR-funn i pasientgruppen og i kontrollgruppen. Som referanseverdi valgte vi den gradering som to observatører eller alle de tre observatørene var enige om, og fant da grad 2 hos 5,3 % i kontrollgruppen (ingen med grad 3) og grad 2 eller 3 (om lag halvparten av hver) hos 29,7 % i nakkeslenggruppen.

Vi vet en god del om hva signalendringer i ligamenter representerer. Ligamenter og sener består av tett bindevev, som på spinnekkosekvenser har lavt signal (2). Høyt MR-signal i f.eks. ankelligamenter er uttrykk for båndskade, og det er godt samsvar mellom MR-funn og funn ved kirurgisk eksplorasjon (3). Høyt MR-signal i ligamenter er således et vel anvendt kriterium for båndskade. Meg bekjent finnes det ingen holdpunkter for å hevde at degenerativ sykdom (unntatt muligens ved høy alder), inaktivitet eller manipulasjonsbehandling gir slike forandringer, men dette er lite studert. Siden skade er den eneste kjente årsak til slike forandringer, mener vi å ha dekning for å hevde at den store forskjellen mellom gruppene kan skyldes nakkeslengskaden.

Ut fra målsettingen med vår studie mener vi at designen er riktig, at studien belyser de aktuelle problemstillingene, og at konklusjonen står i forhold til målsettingen. Vi har analysert metodens pålitelighet og fallgruver, og forholdene ligger dermed til rette for å inkludere nye pasientgrupper. Vi kan for første gang skille mellom normale og patologiske båndstrukturer i denne regionen, som til nå er vist liten oppmerksomhet i klinisk og radiologisk diagnostikk. Den kliniske betydningen av våre funn og hvordan de kan tolkes i lys av skademekanismen vil bli presentert i fremtidige arbeider.

Jostein Kråkenes

Radiologisk avdeling

Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Fryback DG, Thornbury JR. The efficacy of diagnostic imaging. Med Decis Making 1991; 11: 88–94.
2. Erickson SJ. High-resolution imaging of the musculoskeletal system. Radiology 1997; 205: 593–618.
3. Cardone BW, Erickson SJ, Den Hartog BD et al. MRI of injury to the lateral collateral ligamentous complex of the ankle. J Comput Assist Tomogr 1993; 17: 102–7.

Bærum-saken – igjen

Carl-Magnus Edenbrandt ble innklaget til Rådet for legeetikikk for karakteristikkene han kom med om bruken av terminal sedering i Bærum-saken. Jan Ytteborg & Øystein Aagenæs har, ifølge et innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2005, latt seg sjokkerte over at rådets konklusjon bare var mild kritikk av Edenbrandt (1). Terminal sede-

ring, i Norge også kalt «lindrende sedering», går i korthet ut på å gi sedativer og analgetika i doser som hensetter pasienten i en nær bevisstløs tilstand når smerter ikke lar seg håndtere med andre teknikker. Metoden var ikke allment godtatt i Norge på det tidspunkt Bærum-saken oppstod, og den er fortsatt svært omstridt internasjonalt (2). Et springende punkt er hvorvidt pasienten skal få tilført væske og næring mens nedsovingen pågår. Det tør være ukontroversielt at fravær av slik nærings- og væsketilførsel over dager i seg selv vil være dødelig. I Norge er det nå laget kliniske retningslinjer for «lindrende sedering», en direkte konsekvens av Bærum-saken.

Vi utenforstående vil aldri kunne kjenne alle detaljer i saken. En viktig grunn til dette er ytterst mangelfull journalføring hva gjelder den pasienten som utløste rabalderet. Ytteborg & Aagenæs synes å mene at dette er en bagatell, hvilket vel bare tjener til å illustrere hvilket forhold våre kolleger har til journaldokumentasjon generelt. De tar imidlertid feil når de skriver at «Helsetilsynet bare hadde bemerkninger om mangelfull journalføring og noe uklare ansvarsforhold ...» (1). Helsetilsynets sluttrapport er offentlig tilgjengelig. Det går der klart frem at måten Bærum sykehus organiserte og gjennomførte behandlingen på var sterkt kritikkverdige. Konklusjonen var at det Carl-Magnus Edenbrandt varslet om, var uforutsvarlig legevirkosomhet. Han gikk tjenestevei med sin sterke bekymring, men opplevde at han møtte stengte dører hele veien fra avdelingen og Bærum sykehus og opp til Helsetilsynet. Da saken eksploderte i mediene, hadde han allerede betalt en svært høy pris. Den personlige belastningen var større enn de fleste av oss kan forestille oss. Det samme gjelder helt sikkert også for den anklagede legen, som imidlertid var omgitt av et langt mer solid sosialt og kollegialt støtteapparat enn det svenske Edenbrandt noensinne kunne håpe på å oppnå i Norge. At det i denne situasjonen ble benyttet sterke ord, bør Ytteborg & Aagenæs ta seg i akt for å kritisere.

Bærum-saken er etter vår oppfatning en klassisk varslersak, der det typiske utfallet er gevinst for samfunnet (retningslinjer for «lindrende sedering») og at varsleren mister så godt som alt. Den hevngjerrighet som kollegene Ytteborg & Aagenæs representerer, er dessverre også typisk.

Jon Henrik Laake
Rikshospitalet

Reidar Kvåle
Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Ytteborg J, Aagenæs Ø. Kollegial debatt i det offentlige rom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 466.
2. Gillick MR. Terminal sedation: an acceptable exit strategy? Ann Intern Med 2004; 141: 236–7.

J. Ytteborg & Ø. Aagenæs svarer:

Laake & Kvåle tar inn detaljer i lindrende sederende behandling, hvilket vi oppfatter som helt irrelevant i forhold til vår kommentar til Reidun Førde (1, 2).

Da anklagen om aktiv dødshjelp ved Bærum sykehus nå for lengst er falt bort, gjør Laake & Kvåle et stort nummer av den mangelfulle journalføringen ved sykehuset. De vil gjerne stemple oss som kolleger uten sans for omhyggelig journalføring generelt. I denne sak tror vi at vi er på linje med flertallet av våre kolleger i å vektlegge svikt i journalføringen på en helt annen skala enn spørsmålet om aktiv dødshjelp.

Laake & Kvåle avslutter sitt innlegg med å beskyldte oss for hevngjerrighet. Vi vil minne om at begge hovedaktører i denne sak var ukjente for oss. Grunnen til at vi engasjerte oss i Bærum-saken, var den langvarige, unyanserte og svært ensidige omtale saken fikk i mediene, særlig i Aftenposten. Vi kan forsikre at hevngjerrighet er totalt fremmed for oss. Bakgrunnen for det aktuelle innlegget var varslerens sammenlikning av behandlingen ved Bærum sykehus med noen av de mest forferdende menneskelige overgrep i Nazi-Tyskland. Dette springer Laake & Kvåle meget lett over. Vi har simpelthen inntrykk av at de mener sammenlikningen kan forsvares. Det er dypt alvorlig.

Jan Ytteborg
Øystein Aagenæs
Bærum

Litteratur

1. Førde F. Varsling og kollegial debatt – i det offentlige rom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2952.
2. Ytteborg J, Aagenæs Ø. Kollegial debatt i det offentlige rom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 466.

Stamceller – er det så nøye?

Redaktør Charlotte Haug gjør i Tidsskriftet nr. 4/2005 (1) – ved hjelp av etikeren Ernie Young (2) – rede for de syn på det tidlige fosteret som ligger til grunn for uenigheten i stamcelledebatten: Tilhengerne av forskning på embryonale stamceller skiller mellom det å være menneskelig og det å være en person i moralsk forstand, mens motstanderne ikke aksepterer noe slikt skille. Haug konkluderer med at «det ene standpunktet kan ikke sies å være mer riktig eller etisk høyverdig enn det andre» (1).

Vel er det fullt mulig å skille mellom mennesker og personer i moralsk forstand, men ikke uten betydelige etiske omkostninger. Tilhengere av et slikt skille, blant dem Peter Singer, fremhever visse egenskaper som må være til stede for at et menneske også skal være en person: Bevissthet, evne til å knytte meningsfulle relasjoner til andre og evne til å handle modent, for å nevne noen. Ut fra dette synet

har ikke fosteret menneskeverd, og det er klart at å bruke fostre til forskning er uproblematisk.

Men en slik gradering vil også tildele fødte mennesker verdi etter deres egenskaper. Psykisk utviklingshemmede og demente er blant dem som ikke har de nødvendige egenskaper i fullt monn. Og er ikke også nyfødte, tenåringer og mange voksne mindre enn fullt modne? Kommer de ikke alle da til kort som «personer» og dermed i grad av menneskelighet? I så fall må også deres interesser vike når hensynet til dem som er mer fullt menneskelige krever det. Dette er altså en form for eugenikk, ettersom visse egenskaper regnes som mer verdifulle enn andre.

Vi trenger ikke bli overrasket når Peter Singer foreslår at foreldre i én måned etter fødselen skal få bestemme om den nyfødtes liv skal få fortsette (3). Dette er en logisk konsekvens av skillet mellom «being human» og «being a person». Av de to etiske alternativer som Haug regner som likeverdige, bærer det ene i seg kimen til et menneskefiendtlig samfunn.

Morten Magelssen

Sykehuset Telemark

Kristoffer Brodwall

Nordlandssykehuset Lofoten

Litteratur

1. Haug C. Ingen skam å snu. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 413.
2. Young E. To be or not to be. Stanford Medicine Magazine 2004; 21: 30–1.
3. Kuhse H, Singer P. Should the baby live? Oxford: Oxford University Press, 1985.

Som kjærlighet, nesten

Olav Gjerløw Aasland anmeldte i Tidsskriftet nr. 24/2004 (1) Britt Karin Larsen & Tor Georg Danielsen bok *Som kjærlighet, nesten* (2). Ut fra sine erfaringer som terapeut og forsker finner Aasland konseptet der alkoholikere i åpenhet fremlegger egen erfaringer interessant. Men selv om han ofte nikker gjenkjennende, virker det som om budskapet ikke treffer.

Min erfaring om alkoholisme er både som pasient og lege. Etter 13 års promillefrihet leser jeg boken på en annen måte enn Aasland. Mange pasienter vil kjenne seg igjen. Det gjelder også medavhengige som har levd sammen med en alkoholiker uten å ha fluktvei i rusen. De vil ha opplevd utrygghet, uforutsigbarhet og manglende tiltro pga. gjentatte løgner og brudd på løfter om å slutte å drikke. Hverdagen blir ikke preget av om han vil klare det, men av når vil han begynne igjen. Jeg leser boken som en hyllest til selvhjelpsgrupper som Anonyme Alkoholikere (AA), der man i trygghet og varme kan dele «erfaringer, styrke og håp». Der finnes en vei ut av alkoholismen til et nytt liv med nye interesser og verdier. Å gjennomføre AAs 12 trinn