



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Tverrfaglig samarbeid viktig ved AD/HD

I kommunene i indre Østfold er det ingen ventelister for utredning, diagnostisering og medisiner av AD/HD. Dette skyldes kombinasjonen av kompetente fagfolk i førstelinjetjenesten og månedlige møter med områdepediatr Dag Nilsson. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med nye retningslinjer for en ensartet praksis mht. forskrivning av sentralstimulerende medikamenter. Søknadsprosedyre for forskrivning er nedfelt i legemiddelverkets regler og internasjonale avtaler som Norge er tilsluttet, og skal beholdes. Målet er bl.a. forenkling av prosedyrene. Direktoratet jobber også med en veileder for diagnostisering og behandling vedrørende AD/HD.

Vi ser flere utfordringer mht. å skape like forhold for utredning landet over. Det skorter ikke nødvendigvis på formalkunnskap, men på private overbevisninger. Enkelte i behandlingsapparatet oppfatter fremdeles AD/HD som en «motediagnose» eller kamuflasje for dårlig oppdragelse. En ung voksen møtte følgende fra fastlegen da han ønsket viderehenvisning: «Egentlig vil ikke AD/HD-diagnose være til hjelp for deg. Bestemmer de seg for å stille diagnosen, får du bare tilbud om narkotiske medisiner!» En mor som trengte hjelp ved henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien fikk henvisningsskjemaet fra fastlegen med ordene: «Dette kan du fylle ut selv, for du vet sikkert mer om AD/HD enn jeg gjør.»

Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i arbeidet med AD/HD. Legens rolle i disse sakene dreier seg ikke om forskrivning av medisiner på legekontoret. Dosering er avhengig av informasjon fra skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), foreldre og klienten selv. Derfor er tverrfaglige møter nødvendige. Helhetlig tenkning er basis. AD/HD er fellesansvar for helsevesen, skole og andre instanser. Kompetanseoppbygging består for fastlegene også i klinisk erfaring via utprøvinger og konkrete tverrfaglige drøftinger. Dosering av sentralstimulerende medikamenter krever rapportering om symptombedring på barnets aktivitetsarenaer snarere enn måling av høyde/vekt. Mange doseres for lavt og når ikke den terskeeffekten som gir tilstrekkelig bedring i dagliglivet. For personer med AD/HD er det kombinasjonen av riktig dosert medisin og god pedagogisk tilrettelegging som sammen gir uttelling. Etter

utprøvningsfasen vil systematisk årlig eller halvårlig oppfølging være nødvendig. Dette kan med fordel organiseres gjennom kommunenes helsestasjoner.

I vårt distrikt er fastlegene kommet på banen. Vi ser med optimisme på fremtidig tverrfaglig arbeid i lokale AD/HD-saker. Spesialister innen allmenmedisin med relevant tilleggsopplæring bør kunne søke om generell forskrivningsrett, dvs. ikke knyttet til den enkelte pasient. Kunne man tenke seg omlegging av fastlegeordningen dit hen at klienter med AD/HD samles på noen interesserte fastleger? Disse ville etter hvert fått bred klinisk erfaring som en vesentlig del av behandlingskompetansen. AD/HD er verken en motediagnose eller en sovepute for udugelige foreldre, selv om man selvsagt finner foreldre med vikarierende motiver for diagnoseønsket. Høy formell kunnskap og bred klinisk erfaring vil sannsynligvis være den beste forsikring mot over- og feildiagnostisering.

**Lisbeth Iglum Rønho**

**Ellen Ekevik**

PPT Hobøl, Skiptvet og Spydeberg

### Kollegial debatt i det offentlige rom

I Tidsskriftet nr. 22/2004 har Reidun Førde, som leder for Rådet for legeetikk, en uttalelse (1) vedrørende en klage på varsleren i den såkalte Bærum-saken, kalt overlege B, fra to andre overleger ved Bærum sykehus. Klagen dreide seg om de utsagn overlege B har brukt om lindrende sederende behandling av terminalt kreftsyke pasienter ved sykehuset. Utsagnene klagerne særlig påpekte var:

- «Påstander om stille overenskomst mellom leger og sykepleiere som la uheldelig syke og deprimerte i søvn med dødelig drypp, når de i stedet skulle vært henvist til psykiater»
- «insinuering i skriv til Riksadvokaten om nazimetoder slik «dødens engler» brukte dette på små barn under 2. verdenskrig»
- «beskyldninger om drap på Bærum sykehus i 10 år, med metoder som han sammenligner med dem som ble brukt i Nazi-Tyskland»

Hovedsaken i uttalelsen fra Rådet for legeetikk dreier seg om hvorvidt disse karakteristikker som overlege B hadde brukt, var

kollegialt akseptable i forhold til § 5 i kapittel II i etiske regler for leger. Denne bestemmelsen lyder: «Offentlig og annen debatt mellom kolleger i medisinske og helsepolitiske spørsmål skal holdes på et saklig plan». Rådets konklusjon ble: «Rådet må beklage noe av den form og de karakteristikker som overlege B valgte å bruke i debatten i ettertid, og derigjennom brøt § 5 i kapittel II i etiske regler for leger».

Uten å ha satt oss inn i hvilke grader for kritikk Rådet for legeetikk vanligvis bruker, synes vi at kritikken er påfallende svak. Vi vil minne om at legen som var anklaget for å ha utført aktiv dødshjelp, er blitt frifunnet for dette etter en omfattende etterforskning i vårt rettsapparat. Helsetilsynet hadde bare bemerkninger om mangelfull journalføring og noe uklare ansvarsforhold ved avslutningen av behandlingen av en terminalt syk kreftpasient. Vi synes det er en verden av avstand mellom konklusjonene i rettsapparatet og Helsetilsynet og de ovennevnte karakteristikker av forholdene ved kreftavsnittet ved Bærum sykehus. Reidun Førde må sannelig være vant til kraftig språkbruk når hun ikke tar sterkere avstand fra en sammenlikning av den omtalte behandling ved Bærum sykehus med noen av Nazi-Tysklands mest groteske overgrep.

**Jan Ytterborg**

**Øystein Aagenæs**

Bærum

#### Litteratur

1. Førde F. Varsling og kollegial debatt – i det offentlige rom. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2952.

### Rett til fornyet vurdering («second opinion»)

§ 2-3 i pasientrettighetsloven åpner for at både pasientens diagnose og den behandling som er foreslått, kan bli gjenstand for fornyet vurdering. Det er forståelig at pasienter søker råd når diagnosen er usikker eller det finnes flere behandlingsalternativer. Hva er best for akkurat meg, i min situasjon?

«Second opinion» er et etablert innslag i medisinsk praksis i mange land. Søkeordene «medical second opinion» gir nesten seks millioner treff på søkemotoren Google på Internett. Ofte vil det være legen selv som ber om en «second opinion», eksem-

pelvis i USA. «Second opinion» har til nå vært lite praktisert i Norge, og oppfattes i noen miljøer som uttrykk for en uberettiget kritisk holdning til kolleger. Denne oppfatningen er i ferd med å tape terreng. Med den raskt økende bruk av Internett er det grunn til å tro at krav fra publikum om «second opinion» vil øke i styrke.

Bruk av «second opinion» vil innebære at legen/sykehuset ikke står alene med sin vurdering og sine anbefalinger, noe som kan være en styrke i en tid med økende interesse for påståtte behandlingsfeil. Ved at pasienten får to grundige gjennomganger av sin sykdom, blir hun eller han (og familien) en partner i beslutningsprosessen i langt høyere grad enn det er vanlig i dag. At pasienter tar medansvar, vil trolig bidra til å forebygge konflikter med leger og sykehus.

Firmaet Medical Expert Consultants AS (MedEx) er en etablert sammenslutning av svært erfarne leger som ønsker å stille sin kompetanse til disposisjon. Initiativtakerne til MedEx har inntil nylig hatt toppstillinger ved norske universiteter og ledende sykehus og er frittstående i forhold til offentlige og private sykehus, helseforetak, forvaltning, trygdeetat, forsikringsselskap og legemiddelindustrien. MedEx vil stå til disposisjon for rådgivning på flere felt innen dagens medisin og ser blant annet «second opinion» som et område med sannsynlig økende interesse blant norske pasienter.

**Sten Sander**  
Høvik

**Kåre Berg**  
Oslo

## Ultralyd i thyreoideadiagnostikk

Med ultralyd kan thyroidea defineres ut fra lokalisasjon, størrelse, struktur og vaskularisering. Lokalisasjon: Lett å finne fortil, nedad på halsen. En sjelden gang kan ektopisk thyreoideavev ses i midtlinjen kranialt for isthmus. Størrelse: Normal størrelse ved normal struktur. Påfallende liten hos pasienter behandlet for hypothyreose ut fra «symptomer» og ikke objektiv, serologisk indikasjon.

Struktur: Normal struktur er ganske isoekkoisk i forhold til spyttkjertlene og hyperekkoisk i forhold til muskulatur. Hypoekkoisk med generell utbredelse er som regel tegn på nedsatt funksjon (hypothyreose). Beskrevne hyperekkoiske antityreoperoksidaselesjoner er nesten alltid isoekkoiske områder med hypoekkoisk vev omkring. Lesjoner er strukturforandringer i mer eller mindre avgrensede områder. En eller flere lesjoner ses hos ca. 50 % av alle voksne. Cystiske lesjoner har ofte et hyperekkoiskt eksentrisk beliggende punktformet område. Etiologien til andre lesjoner er vanskelig

å fastsette. Selv om enkelte trekk peker i malign retning, slik som uskarp begrenning, mikroforkalkninger, er det ikke mulig å screene på maligne lesjoner i thyroidea. Knutestroma er den hyppigste histologiske diagnosen. Videre utredning og da helst ultralydveiledet cytologi eller grovnålsbiopsi bør derfor begrenses til malignitets-suspekterte lesjoner eller der man også finner malignt utseende lymfekjertler (disse må også biopses).

Vaskularitet: Hypervaskularitet ses oftest med økt antityreoperoksidase (anti-TPO) og kan være et første tegn på begynnende hypothyreose, men kan også bety økt aktivitet (hypertyreose) eller en tyreoiditt. Hypovaskularitet sammen med normal struktur har oftest ingen betydning for bedømmelsen av eventuell hypothyreose. Men ved samtidig diffus hypoekkoisk struktur foreligger som regel en hypothyreose.

Ultralyd egner seg altså godt for påvisning av thyroideapatologi, men spesifisiteten ved påvisning av lesjoner er lav. Ultralyd bør være bildediagnostisk førstevalg ved mistanke om patologiske forandringer i thyroidea, men også ved palpable resistenser i collumområdet (så vel som på kroppen for øvrig). Jeg tror ultralyd blir brukt altfor lite i dag. Også før eventuell cytologi/biopsi av palpable resistenser bør det gjøres en ultralydundersøkelse.

**Tor Austad**  
Medi3 Ålesund  
6025 Ålesund

## Køpenickiade?

Av og til når man leser Tidsskriftet, må man lure på om man er offer for medisinske spøkefulger. Det siste eksemplet er en artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2004 med tittelen *Tilbud om komplementær behandling i sykehus?* (1). De sju forfatterne har de vitenskapelige faktene, men ikke fakta, i orden: innledning, hovedbudskap, material- og metodebeskrivelse, begrepspresiseringer, statistikk, tabeller, resultater, diskusjon, sammendrag og litteraturhenvisninger. Variablene blir delt etter kjønn, alder og yrke. Studien blir analysert ved khikvadrattesting, og ved hjelp av prosenter blir keiserens nye klær sydd.

Det viser seg at hele 155 % av de spurte enten er positive eller negative til komplementær behandling (tabell 1: Positiv 92 %, negativ 63 %). Svarprosenten på spørreskjemaene var derimot ikke så imponerende: 61 %. Er det egentlig en bærekraftig prosent? Prosentandelen for dem som samlet er positiv til komplementær behandling, er til og med større enn for dem som er positive til massasje, meditasjon og akupunktur både i aldersvariabelen og kjønnsvariabelen. I tabell 2 mener 117 % av legene at den komplementære behandlingen må betales

enten av folketrygden, privat helseforsikring eller av pasienten selv. 137 % av sykepleierne slutter seg til dette syn, det samme gjør 124 % av stråleterapeutene, mens hele 140 % av kontorpersonelet er hjertens enige. De fleste i studien mener at dette er en klar trygdesak. Kanskje er også selve studien det? Og apropos kontorpersonelet og spørsmål om behandling: Hvorfor ikke finne ut hva forskalingsnekkere mener om dette? Hvorfor skal denne yrkesgruppe alltid holdes utenfor? Her er det mye upløyd vitenskaplig mark.

Litteraturlisten er imponerende. Halvparten av listen er henvisninger til forfatterne selv. Resten er stort sett offentlige utredninger og alternativ medisin. Aner man en storstilt og effektiv poengsamling for forfatternes videre fremadstormende vitenskaplige karrierer? Eller er det andre forklaringer på at forfatterne offentliggjør en studie som man ikke kan trekke en eneste fornuftig konklusjon av?

Alternativ medisin, eller komplementær behandling, ser ut til å vinne terreng, mens dokumentasjon av behandling og medisinsk vitenskap utarter til meningsmålinger. Sykehusene styres av økonomer, og medisinske avdelinger overtas mer og mer av andre personellgrupper enn legene. Det er et tegn i tiden når presidenten i Den norske lægeforening, Hans Kristian Bakke, uttaler til VG 8. desember, med forbehold om at han er riktig sitert, at han ikke ser det som et problem at sykepleiere blir opplært til å jobbe som kirurger. Lederen i Norsk Sykepleierforbund, Bente Slaatten, tror derimot ikke noe på at man ved å gjøre sykepleierne til «minileger» eller «minikirurger» vil løse noen medisinske utfordringer. Jeg tror hun har rett.

**Steinar Berge**  
6512 Kristiansund

### Litteratur

1. Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A et al. Tilbud om komplementær behandling i sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3078–80.

### T. Risberg svarer:

Noen ganger lærer man noe i Tidsskriftet, andre ganger forarges eller mores man, og noen ganger skjønner man ingenting. Steinar Berge synes å ha latt seg forarge, og jeg har både lært noe og latt meg more. Berge har problemer med våre prosenter. Det kan så være. Selv hadde jeg behov for å vite hva en køpenickiade er for noe. Så selv om jeg blottes enda mer (keiserens nye klær), her er noe jeg fant på nettet: «Nesten framme foreslår Jan Brockmann å stige av i Köpenicks gamleby. Det var her svindleren Wilhelm Voigt i 1906, før Köpenick ble innlemmet i Berlin, fikk lurt til seg kommunekassa på 3 000 riksmark. Utkledd i kapteinsuniform bløffet Voigt med at han