

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 khikvadrat-testing, og ved hjelp av procenter 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 procenter. 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

kom på ordre fra keiser Wilhelm II for å bringe pengene i sikkerhet i Berlin. Slik ble uttrykket «køpenickiade» til. I en by som er beskrevet som 60 % Tyskland, 38 % New York og 2 % Ville vesten.»

Wilhelm Voigt var åpenbart en luring. Selv føler jeg meg langt ifra som en luring. Ofte er det vanskelig å forstå både tabeller og metoder. Det går litt fort i svingene for leseren, og Tidsskriftet er blitt gjerrig på ord. Noen ganger gjemmer de viktig informasjon, eksempelvis i tabell 2, overskriften, linje 2 står det: «stilt som 3 separate spørsmål». Da kan man, min gode Berge, ikke legge sammen prosentene.

Tabell 1 må nok også leses en smule annerledes enn hva Berge gjør. I logistisk regresjon dikotomerer man den avhengige variabelen; man kan like det eller ei, men slik er det bare. Jeg foreslår at siste avsnitt i tabell 2 leses omtrent slik: «92 % av helsearbeidere som uttrykker en generell positiv holdning til komplementær terapi og 63 % av dem med en negativ holdning mener at kreftpasienter rutinemessig eller i enkelte tilfeller burde tilbys slik behandling i sykehus. Blant de generelt positive til komplementære terapier er sannsynligheten for at de mener pasientene skal kunne tilbys slik behandling 4,6 ganger så stor sammenliknet med helsearbeidere som uttrykker en negativ holdning til denne typen terapier.» Jeg må altså skuffe brevsriveren: Heller ikke her kan man legge sammen prosentert!

Jeg har arbeidet som forskalingsnekker i et år. Forskalingsnekkere er flotte folk man burde spørre om råd. Basen min sa engang til meg: «Tenke først, spikre etterpå, Risberg». Det kan være noe å legge seg på hjertet.

Terje Risberg

Universitetssykehuset Nord-Norge

Westin og vindmøllene

Steinar Westin, professor i sosialmedisin i Trondheim, har i Tidsskriftet nr. 24/2004 en lederartikkel med tittelen *Medikalisering uten grenser* (1). Westin skriver ofte og mye om dette temaet, både i dagspressen og i Tidsskriftet. For han er skurkene der ute den farmasøytiske industri og legespesialistene, og ofrene er allmennlegene som får seg pådyttet behandlingsretningslinjer som gjør de fleste til pasienter. Dette ensidige budskapet tas åpenbart begjærlig imot av redaktørene. I sin siste lederartikkel refererer han da også til en lederartikkel av Tidsskriftets redaktør med tittelen: *Sykdomsproduksjon som forretningsidé* (2). Men hva skjuler seg egentlig av fakta bak Westins utrettelige kamp mot vindmøllene? Anbefaler norske spesialister kolesterolsenkende behandling til 90 % av den norske befolkning?

Bakgrunnen denne gangen er det såkalte SCORE-prosjektet, som er resultatet av et

forsøk på å lage retningslinjer som skulle kunne appliseres i alle europeiske land. Med de store forskjellene mellom landene med henblikk på kohortdata for hjerte- og karsykkelighet, valgte man i stedet å ta utgangspunkt i hjerte- og kardødelighet. Dette har åpenbare svakheter. For selvfølgelig er det mer interessant med risiko for sykdom enn for død. Sykdom forteller mer om fremtidig behov for behandling og langsiktige kostnader for samfunnet. SCORE-gruppen var klar over dette, men det var et overordnet ønske å få til et kompromiss som kunne anvendes i hele Europa. Selv om man har sympati for initiativet, er det mange av oss som ikke synes man har lyktes denne gangen.

Så hva er da de norske spesialistenes holdninger til å innføre SCORE i Norge? Jan Erik Otterstad og Tor Ole Klemsdal i Norsk Cardiologisk Selskap (NCS) knyttet til seg Aage Tverdal fra Folkehelseinstituttet (medforfatter i SCORE) før de skrev en kommentarartikkel i bladet *Hjerteforum* (3). De anbefaler ikke SCORE innført i Norge, men skriver avslutningsvis tvert imot at...«SCORE [...] vil medføre at en urealistisk høy andel nordmenn vil bli ansett som høyrisikoindivider med potensielt behov for medikamentell behandling.» Deres konklusjon er at «således kan vår gruppe oppnevnt av NCS Kvalitetssikringsutvalg ikke anbefale at NCS gir sin uforbeholdne tilsutning til ESCs nye retningslinjer for kardiovaskulær prevensjon.»

At Westins innlegg kom på trykk som lederartikkel i Tidsskriftet, avslører for dårlig kvalitetssikring eller at Tidsskriftets redaktør har for nært ideologisk søsterskap til Westin. Neste gang Westin er på korstog mot spesialistene på lederplass i Tidsskriftet, håper jeg redaktøren tar seg tid til å få de angrepnes kommentar.

Helge Istad

Oslo

Litteratur

1. Westin S. Medikalisering uten grenser. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3179.
2. Haug C. Sykdomsproduksjon som forretningsidé. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2469.
3. Otterstad JE, Klemsdal TO, Tverdal A. Kvalitetsutvalgets vedlegg 3. Nye europeiske retningslinjer for kardiovaskulær prevensjon. Hjerteforum 2004; 17 (suppl 3).

S. Westin svarer:

Jeg takker Helge Istad for opplysningene om at også Norsk Cardiologisk Selskap har uttrykt seg kritisk til de nye europeiske retningslinjene for kardiovaskulær forebygging (1), som anvendt på befolkningen i Nord-Trøndelag viser at 90 % av den voksne befolkningen over 49 år kan bli identifisert som risikanter (2). Når jeg har omtalt dette som «medikalisering uten grenser», er jeg selvsagt innforstått med at det å bli utstyrt med en diagnose som signaliserer «forhøyet

risiko» ikke nødvendigvis betyr medikamentell behandling. Istad tillegger meg muligens en slik oppfatning når han retorisk spør om noen tror at norske spesialister anbefaler «kolesterolsenkende behandling til 90 % av den norske befolkning».

Nei, vi tror ikke det. Men å utstede risikodiagnoser har mange slags konsekvenser og er også en form for medikalisering. Når åtte europeiske spesialistforeninger sammen publiserer anbefalinger for Europa som også inkluderer nettutgaver og kortversjoner beregnet for legers frakkelommer, da må vi ha grunn til å ta dem alvorlig. I den omtalte utgaven av *Hjerteforum* leser jeg for øvrig en entusiastisk melding om at de nye retningslinjene ble lastet ned på 7 000 computere bare de tre første dagene etter at de var publisert (3). Ganske snart vil vi finne dem i oppfinnsomme dataprogrammer som forteller de enkelte allmennleger hvor «flinke» de er til å oppnå målene for slik individuell risikointervensjon. Selvsagt er det oppmuntrende at norske kardiologer har uttrykt en viss skepsis i bladet *Hjerteforum*. Men utenfra ser det mest ut som lavmælt hvisking overfor det medikaliseringstrykket vi nå opplever i allmennpraksis.

Vi har prøvd å reise vår stemme mot dette tidligere, blant annet i 1999 gjennom en internasjonal underskriftsaksjon til Verdens helseorganisasjon (4), det mye omtalte «brevet til Gro» (5). Det hjelper ikke. Intervensjonsgrensene settes stadig lavere, til dels basert på risikoestimer som nå er over 20 år gamle.

Å utlegge dette som en kamp mot vindmøller, kan jeg ikke se som annet enn et forsøk på å bagatellisere seg ut av noe som tegner til å bli en medisinsk skandale av betydelig format. Skulle vi først gripe til litterære allegorier, er Asbjørnsen og Moe vel så nærliggende som Cervantes 400 år gamle klassiker. I eventyret *Kvernen som står og maler på havsens bunn* er kvernens eier først i ferd med å drukne i sild og velling. Deretter går dens nye eier til bunns fordi han heller ikke greier å finne av-knappen, mens kvernen fortsetter å male. Det ville være strålende om norske kardiologer nå kunne hjelpe oss allmennleger med å finne av-knappen.

Steinar Westin

Trondheim

Litteratur

1. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003; 24: 1601–10.
2. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I et al. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Scand J Prim Health Care 2004; 22: 202–8.
3. Thomsen T. SCORE and HeartScore i Europa og Norge. Hjerteforum 2004; 17: 50–2.
4. Woodman R. Open letter disputes WHO hypertension guidelines. BMJ 1999; 318: 893.
5. <http://www.uib.no/isf/letter/> (22.1.2005).