

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Tospråklighet er et gode

Torbjørn Johan Sanders argumentasjon i Tidsskriftet nr. 8/2008 (1) hviler på et omdiskutert premiss: at man må velge mellom talespråklig opplæring eller tegnspråk. Det påstås at tegnspråkopplæring gjør at barn ikke får lære skikkelig norsk.

Mange mener faktisk det motsatte: barn som får tegnspråk, lærer også norsk best. Tospråklighet anses som et gode. Med tegnspråk kan barnet kommunisere med omgivelsene, uansett resultat av cochleaoperasjonen. I Norge har vi til og med verdens beste tegnspråkopplæring for foreldre, som gir foreldrene 40 ukers opplæring i løpet av barnets første 16 leveår. Hvorfor si nei takk til denne ekstraordinære sjansen til å lære to språk? Sander har svaret: tegnspråk blir for dominerende. Man velger letteste vei med manglende norskkunnskaper som resultat. Dokumentasjonen er hans egne personlige observasjoner. Innlegget skjemmes av en selvmotsigelse: ett sted understrekes det hvor forskjellig tegnspråk og norsk er, et annet sted hevdes det at tegnspråk ikke er et eget språk.

Sander og Norges Døveforbund er enige om målet: samfunnsaktive og glade hørselshemmede barn som mestrer norsk på like godt nivå som normalthørende. Vi som kjemper for tegnspråk til cochleaimplanterte barn mener, hvor merkelig det enn kan høres, at dette skjer best ved en tospråklig tilnærming. Dette er et genuint ønske om, slik Sander også gir uttrykk for, at disse barna får de beste utviklingsmuligheter. Norsk skal ikke tape kampen mot tegnspråk. Barna skal få kommunisere med omgivelsene sine.

For når tegnspråk for enhver pris skal unngås, anerkjennes det ikke at barna faktisk fortsatt er sterkt hørselshemmede? Når barna sliter med å klare seg, kan det hende at problemet bunner i fravær av visuell kommunikasjon mer enn av manglende spesialpedagogisk hjelp?

Denne uroen er vi ikke alene om: I et brev av 15.2. 2008 ber Barneombudet Helse- og omsorgsdepartementet om et møte for å drøfte oppfølgingen av barn med cochleaimplantat. Budskapet gjentas i et innlegg i Aftenposten 22.4. Mens Sander anser at manglende ressurser til den rene talespråklige metoden er årsak til at noen barn sliter, stiller Barneombudet spørsmål ved om denne metoden rett og slett er god nok. En oppfordring vil derfor være å få

i stand en ordentlig dialog om disse spørsmålene. Barna fortjener det. Sanders innlegg bidrar derimot til polarisering og til at veien mellom de ulike metodevalgene blir for lang. Når det går så mye prestisje i de ulike valgene, blir det vanskelig for foreldrene å bytte metode. Det er ingen, og aller minst barna, tjent med.

Paal Richard Peterson
Norges Døveforbund

Litteratur

1. Sander TJ. Barn med cochleaimplantat må sikres fullverdig opplæring i norsk. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 943.

Spekulativ kartlegging om nødnummer 113

Jon Erik Steen-Hansen & Mads Gilbert konstaterer i Tidsskriftet nr. 9/2008 i en kommentar publisert først på nett 11.4. 2008, at det er stor uro i det medisinske fagmiljøet fordi man vil fjerne det medisinske nødnummeret 113 (1). I sin kartlegging av publikums syn på nødnummeret 113 konkluderer de med at tre firedeler av respondentene foretrekker 113 fremfor ett felles nødnummer. Steen-Hansen & Gilbert fremholder at en tidligere undersøkelse med annet resultat (2) «var så ledende at svarene neppe kunne forventes å bli annerledes enn de ble». Min oppfatning er at det samme gjelder Steen-Hansen & Gilberts kartleggingsundersøkelse.

De som ble spurt om å delta i studien, utgjør tidligere innringere til 113. Det vil være rimelig å anta at disse i større grad enn andre husker forskjellen på dagens tre nødnumre. Respondentene kan være preget av hendelsen som utløste nødanropet, og dette kan føre til et subjektivt perspektiv mht. oppfatning av nødnummerets viktighet. Hovedproblemet med et slikt perspektiv knytter seg til fenomenet sosial ønskerdighet, hvor respondenten kan svare i henhold til hva man oppfatter som det rette svar eller det som tegner et fordelaktig bilde av dem selv (3).

Antakeligvis har forfatterne benyttet et disproporsjonalt stratifisert utvalg, noe som kan være problematisk. Det snevre geografiske utvalget (Telemark og Vestfold) er ikke nødvendigvis representativt for befolkningens oppfatning om felles nødnummer.

Et annet interessant funn er aldersfordelingen, som i hovedsak er ukjent. De med høyest alder er mest positive til 113 som medisinsk nødnummer. En forklaring på dette kan være at de eldste har et forhold til nødnummeret, mens de yngste ikke har det. Grunnlaget for konklusjon er uansett svekket ved at forfatterne ikke har tilstrekkelig informasjon om gruppen som er undersøkt.

Kartleggingen virker selektiv. Forfatterens åpenbare preferanser kan ha påvirket helsepersonellet som innhentet samtykke i kartleggingen, hvilket resulterer i en svekkelse av objektiviteten som synes nødvendig i spørreundersøkelser. Flere faktorer bør tas med i vurderingen før slike kartlegginger iverksettes, bl.a. representativitet. Demografiske forskjeller bør ikke underverdes, og utvalget fra Telemark og Vestfold kan umulig gi den nødvendige bredde. Den metodologiske tilnærmingen må vurderes nøye før viktige spørsmål som felles nødnummer settes på dagsordenen.

Bjørn Bjelland

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Steen-Hansen J, Gilbert M. Ikke steng 113. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1071. www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1677214. E-publisert 11.4.2008.
2. Forenkling og effektivisering av nødmeldtjenesten. Oslo: Justis – og politidepartementet. www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet_om_112-nodnummer.pdf. (12.4.2008).
3. Gravdal L, Sandal GM. Sosial ønskerdighet: Marlowe-Crowne Social Desirability Scale i norsk forkortet utgave. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2004; 41: 729–30.

J.E. Steen-Hansen & M. Gilbert svarer:

Vi takker for Bjørn Bjellands metodologiske innvendinger mot vår kommentar-artikkel om publikums syn på medisinsk nødtelefon 113 versus ett felles nødnummer i Norge.

Bjelland mener det er rimelig å anta at respondentene i vår undersøkelse i større grad enn andre husker forskjellen på dagens tre nødnumre. Det er muligens en sann påstand. Det er imidlertid vist at medisinsk nødnummer 113 er det klart best kjente og mest brukte nødnummer i Norge (1).

Bjelland hevder videre at vi har brukt et disproporsjonalt stratifisert utvalg. Han mener Telemark og Vestfold er et snevert geografisk utvalg. Vi er uenige. Telemark

og Vestfold representerer 8 % av befolkningen og 5 % av landarealet i Norge. Dette geografiske området har både kyst, innland, fjell, urbane og grisgrendte områder. Når vi sorterer respondentene i vår lille undersøkelse på hvert av de to fylkene, er resultatet fortsatt ganske likt, selv om man kan hevde at Telemark og Vestfold er to svært ulike fylker. For eksempel synes henholdsvis 19 % og 20 % at det er en fordel med ett felles nødnummer i de to fylkene, og 67 % og 75 % at det var en fordel å kunne ringe medisinsk nødtelefon 113.

Bjelland skriver videre at forfatterens åpenbare preferanser kan ha påvirket helsepersonellet som innhentet samtykke i kartleggingen. Dette skulle kunne svekke den objektiviteten som spørreundersøkelser krever. Vi tror ikke det. Hovedhensikten med denne spørreundersøkelsen var å kartlegge tjenestekvaliteten i det aktuelle AMK-ansvarsområdet. Spørsmålet om nødnummer var et tilleggsspørsmål, uten sammenheng med de øvrige spørsmål. Ingen av spørsmålene ble stilt under telefonsamtalen. Telefonisk ble det kun spurt om det var vedkommende som hadde ringt på det angjeldende tidspunkt, og om vedkommende ville delta i en anonym spørreundersøkelse om tjenestekvaliteten.

Vi synes det derfor blir spekulativt når Bjelland hevder at våre preferanser i debatten om nødnummer kan ha påvirket respondentene *via* det helsepersonellet som spurte brukerne av 113 om de kunne tenke seg å delta i vår anonymiserte spørreundersøkelse. Hvis vi skal ta så mange metodiske forholdsregler som Bjelland antyder, før vi kan tillate oss å tolke pasientens ønsker i en klinisk hverdag, ja da blir livet fryktelig komplisert.

Jon Erik Steen-Hansen

Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark

Mads Gilbert

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Forenkling og effektivisering av nødmeldtjenesten. Oslo: Justis- og politidepartementet, 2004. www.dinkom.no/FILES/justisdepartementet_om_112-nodnummer.pdf. [12.4.2008].

74 år (2), dvs. kvinner som er for gamle til å ha deltatt i noe screeningprogram. Dette betyr at forekomsten har sunket like mye blant kvinner som har vært invitert til screening, som blant kvinner som ikke er invitert. Haldorsen og medarbeidere konkluderer med at innføringen «av en nasjonal koordinert screening mot livmorhalskreft har medvirket til en gunstig utvikling for sykdommen og prøvetakingen» (2). Jeg ville heller ha konkludert med at man ikke kan påvise noen effekt av organisert screening. Dette er et eksempel på hvordan statistikk kan brukes til å omskrive virkeligheten.

I artikkelen oppgis det at «Steinar Østerbø Thoresen har mottatt reisestøtte, forelesningshonorar og forskningsstøtte fra Merck/MSD og forelesningshonorar fra Roche». Ifølge VG mottok Thoresen kr 233 900 over noen få år bare fra Merck/MSD (3). Dette ble oppdaget av Riksrevisjonen. Ifølge Riksrevisjonen ble saken ikke anmeldt til Økokrim, fordi det ble ansett for å være en personalsak. «Slike pengeoverføringer har ett navn, og det er korrupsjon,» uttalte Dagfinn Høybråten til NRK Dagsnytt (4). Dette er også et eksempel på hvordan man kan omskrive virkeligheten. Finansiering av forskning fra legemiddelindustrien kan mer eller mindre ubevisst påvirke resultatene. Kreftregisteret har i tillegg mottatt 7 millioner kroner fra Merck/MSD mot at selskapet får tilgang til databasen for livmorhalskreftscreening (3). Det er ikke urimelig å anta at artikkelens konklusjon er påvirket av disse pengesummene.

Per-Henrik Zahl

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Faglig rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Kvalitetsmanual. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Oslo: Kreftregisteret, 2005.
2. Haldorsen T, Skare G, Steen R et al. Livmorhalskreft etter ti år med offentlig koordinert screening. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 682–5.
3. Gjerding ML, Lia K. Kreftregister-topp fikk 233 900 kr. Personlig honorar fra legemiddelgigant. VG 27.12.2006. www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=142546 [15.4.2008].
4. Høybråten: – Honorar til forsknings sjef er korrupsjon. NRK Dagsnytt 27.12.2006. <http://web3.aftenbladet.no/innenriks/article390798.ece> [15.4.2008].

T. Haldorsen og medarbeidere svarer:

Det er ofte vanskelig å evaluere effekten av offentlige helsetiltak som er rettet mot hele befolkningen eller deler av denne. I større grad enn ved kliniske studier kan tiltakene få konsekvenser man ikke kan forutse omfanget av eller kontrollere. Slike konsekvenser kan være spredning av opplysning og kunnskap. Vi tror den offentlige koordinerte screeningen mot livmorhalskreft skapte en økt oppmerksomhet rundt sykdommen og på mulighetene for forebyg-

ging av den.. En økt bevissthet om sykdommen både i befolkningen og blant helsepersonell kan derfor ha kommet aldersgrupper andre enn 25–69 år til gode.

Videre kan det ved innføring av helse tiltak i befolkningen være vanskelig å definere behandlings- og kontrollgrupper når man vil vurdere effekten av tiltaket. Screening mot livmorhalskreft er basert på å finne forstadier til sykdommen og behandle disse. På grunn av sykdommens lange utviklingstid kan behandling i en aldersgruppe ha betydning for forekomsten av sykdommen i en aldersgruppe med langt eldre. Det medfører at det kan oppstå effekter i andre aldersgrupper enn de som inngår i screeningen. Per-Henrik Zahl har valgt å bruke kvinner over 74 år som «kontrollgruppe». Han overser at gruppen i perioden 2000–04 inneholder kvinner som har vært omfattet av den organiserte screeningen. Han overser også at målsettingen for programmet også gjelder prøvetakingsmønsteret. Zahl «ville heller ha konkludert med at man ikke kan påvise noen effekt av organisert screening». Grunnlaget for vår konklusjon er nedgang i prøvetallet på tross av økende befolkning, bedring i dekningsgraden og gunstig endring på aldersprofilen av prøvetakingen samt den observerte nedgang i forekomst av sykdommen for kvinner i alderen 25–69 år. I lys av dette blir Zahls konklusjon et eksempel på konkludering fjernet fra virkelighet og kvantitativ vitenskap. Det burde bekymre ham at han må forkaste sin egen konklusjon hvis han vurderte den etter de samme kriterier som han vurderer vår.

Zahl kommer ellers med insinuasjoner om enkeltpersoner og Kreftregisteret basert på dementerte og tilbakeviste påstander fra mediene. Steinar Ø. Thoresen var sammen med andre ikke-Merck-ansatte fagfolk medlem av styringsgruppen for Mercks internasjonale forsøk med vaksine mot HPV. For deltakelse i møter fikk han som andre dekket reiseutgifter og mottok honorar. Kreftregisteret hadde i forbindelse med vaksineforsøket en sekretariatsfunksjon og kvalitetskontrollerte oppfølgingen av de norske deltakerne, har ansvaret for langtidsoppfølgingen av studiepopulasjonen og har gjennomført en populasjonsbasert spørreundersøkelse. Merck har ikke hatt adgang til registre utover det andre eksterne forskere har. Spekulasjonene om påvirkning er grunnløse og selvmotsigende. Vi anser at denne delen av innlegget verken gir grunnlag for god faglig debatt eller er godt arbeid for folkehelsen.

Tor Haldorsen

Gry Baadstrand Skare

Rita Steen

Steinar Østerbø Thoresen

Kreftregisteret

Ingen effekt av organisert screening for livmorhalskreft

Hovedmålsettingen med livmorhalskreftscreening var å redusere forekomsten med 50 % og dødeligheten med minst like mye (1). Haldorsen og medarbeidere skriver i Tidsskriftet nr. 6/2008 at forekomsten er redusert med 25 % (2). Bak dette tallet skjuler det seg imidlertid at forekomsten har sunket likt i alle aldersgrupper. For eksempel sank den med 27 % for kvinner over