

organer fra fremmed giver i utlandet og bekrefter at skandinaviske pasienter er transplantert utenfor Skandinavia. Han gir også en oversikt over det viktige arbeidet som gjøres for å hindre og begrense kjøp og salg av organer.

Det faller Jakobsen tungt for brystet at jeg skriver at organhandel også kan representere moralske utfordringer for norsk helsepersonell. Jakobsen viser til sin erfaring og ekspertise og mener at jeg med dette undervurderer den etiske standarden til helsepersonell innen transplantasjonsmedisin. Innlegget sier mer om Jakobsens høye vurdering av kollegers etiske standard enn om min undervurdering av den. Jeg har ikke grunnlag for å uttale meg om Jakobsen eller kollegers etiske standard. Mitt poeng er langt mer forsiktig å forberede oss på aktuelle problemstillinger. Vi vet at norske pasienter har ønsket å skaffe seg nyre eller andre organer i utlandet. Hvordan veileder man dem i slike tilfeller uten å miste tillit – dersom de for eksempel søker dårlige behandlingstilbud? Pasienter kan forlange å få journalopplysninger for transplantasjon i utlandet. Kan ikke noen komme til å føle at de dermed bidrar til å legge forholdene til rette? Hva med posttransplantasjonsbehandling av dem som får dårlig oppfølging i utlandet? Er det mulig ikke å bli involvert? Hvor langt går man i å verifisere relasjonene mellom donor og resipient dersom en pasient har en «nær fetter» i India eller Iran som kan komme til Norge for transplantasjon? Kan man, uten å krenke folks rett til privatliv, sikre at det dreier seg om en reell relasjon?

Vi bør ikke la vår selvgodhet gjøre oss blinde for argumenter for organhandel (2) og la vår umiddelbare avsky overskygge en mer rasjonell drøfting av problemstillingene (3, 4). Det er grunn til å bli imponert av transplantasjonsarbeidet i Norge, av den etiske refleksjon i fagmiljøene og av deres evne til å finne praktiske løsninger på vanskelige moralske problemstillinger. Det er mindre imponerende at man avviser moralske utfordringer med henvisning til selvutnevnt høy etisk standard.

Bjørn Hofmann
Lillehammer

Litteratur

- Hofmann B. Moralske utfordringer ved bruk av levende nyredonorer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2964–6.
- de Castro LD. Commodification and exploitation: arguments in favour of compensated organ donation. J Med Ethics 2003; 29: 142–6.
- Radcliffe Richards J. Nepharious goings-on: kidney sales and moral arguments. J Med Philos 1996; 21: 375–416.
- Wilkinson S. Bodies for sale: ethics and exploitation in the human body trade. London: Routledge, 2003.

Cochleaimplantat og tegnspråk

I Tidsskriftet nr. 21/2007 tar Becker & Erlenkamp opp norsk tegnspråks plass i rehabiliteringen av hørselshemmede barn med cochleaimplantat (1). De hevder bl.a. at man ved Rikshospitalet fraråder bruk av norsk tegnspråk i rehabiliteringen av barn med implantat. Den komplekse sammensetningen av kandidater til cochleaimplantasjon gjør det vanskelig å generalisere tilnærmingen på en slik måte.

Formålet med cochleaimplantat er å gi barn hørsel og muligheten til å utvikle talespråklig kommunikasjon. Rikshospitalet anbefaler i utgangspunktet auditiv verbal/oral opplæring. Cochleaimplantasjon bør utføres tidlig, helst innen barnet har fylt ett år. Flere studier viser at det da er mulig å tilegne seg tilnærmet normale talespråklige ferdigheter med cochleaimplantat (2, 3). Hos noen få barn som av forskjellige grunner ikke utvikler talespråk som forventet, samt hos multifunksjonshemmede, vil det være aktuelt å anbefale tale med støtte av tegn eller tegnspråk. Foreldrene velger habiliteringsopplegg etter grundig informasjon.

Cochleaimplantat er en teknologisk nyvinning med kort historie, og den tekniske utviklingen har vært rivende. Studier som er basert på operasjoner foretatt for 15–18 år siden (4) blir av Becker & Erlenkamp tatt til inntekt for svake resultater etter cochleaimplantasjon. Disse kan i beste fall ses i et historisk perspektiv.

I døvekulturen anser de døve seg ikke som funksjonshemmede, men som en kulturell minoritet. Et avgjørende kriterium for å tilhøre denne kulturen synes å være at man behersker tegnspråk flytende (5). Dette er oppnåelig og naturlig for barn av døve foreldre, som har tegnspråk som morsmål. For majoriteten, nemlig døve barn i hørende familier, betinger det at foreldrene må lære seg et nytt språk. Så lenge man ikke har kunnet vise at simultan tilegnelse av ett visuelt og ett auditivt basert språk bidrar til bedre taleferdigheter og bedre kognitiv og sosial funksjon hos barn med cochleaimplantat, er det urimelig å forlange dette av foreldrene. Forskningsresultater om tospråklighet som simultan innlæring av to talespråk hos normalt hørende kan ikke uten videre overføres til å gjelde simultan innlæring av ett visuelt og ett auditivt språk hos hørselshemmede – blant annet pga. cochleaimplantertes forsinkede og begrensede tilgang på auditiv stimulering.

Denne diskusjonen er i hovedsak et skandinavisk fenomen. Nyere forskningsresultater gir ikke grunn til fortsatt å ta den opp i aktuelle fora.

Geir Siem
Ona Bø Wie
Sten Harris
Universitetet i Oslo/Rikshospitalet

Litteratur

- Becker F, Erlenkamp S. Et språkløst liv med cochleaimplantat? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2836–38.
- Hammes DM, Novak MA, Rotz LA et al. Early identification and cochlear implantation: critical factors for spoken language development. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 189 (suppl): 74–8.
- Dettman SJ, Pinder D, Briggs RJ et al. Communication development in children who receive the cochlear implant younger than 12 months: risks versus benefits. Ear Hear 2007; 28 (suppl2): 11S–8S.
- Beadle EA, McKinley DJ, Nikolopoulos TP et al. Long-term functional outcomes and academic-occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use. Otol Neurotol 2005; 26: 1152–60.
- Murray JB, Klinger L, McKinnon CC. The deaf: an exploration of their participation in community life. OTJR Occupation, Participation and Health 2007; 27: 113–20.

F. Becker & S. Erlenkamp svarer:

Vår hovedkritikk mot at Rikshospitalets cochleaimplantatteam anbefaler «i utgangspunktet auditiv verbal/oral opplæring» for barn med cochleaimplantat blir ikke møtt når Geir Siem og medarbeideres eneste argument mot tospråklig oppvekst med norsk og norsk tegnspråk er at dette ville være for mye å forlange av foreldrene. Det er påfallende hvor tilsynelatende uinteressert forfatterne er i skjebnen til de barna som ikke utvikler et tilstrekkelig godt talespråk. I denne sammenheng unnlater de spesielt å besvare et sentralt spørsmål: Hvorfor mener de at tidlig oppstart av stimulering kun er viktig for talespråkutviklingen, men ikke for tegnspråkutviklingen? Selv om de mener at det er avgjørende å lydstimulere så tidlig som mulig, anbefaler de å utsette tegnspråkopplæringen til det blir tydelig at talespråkutviklingen er utilstrekkelig. Det finnes en sensitiv fase for all språkervervelse, også for norsk tegnspråk.

Et annet problem er at Siem og medarbeidere snur bevisbyrden når de krever at fordelene med tospråklig oppvekst for denne målgruppen må være påvist – til tross for at ingen ulemper er beskrevet. Cochleaimplantat med et habiliteringsopplegg basert på kun talespråk erstatter den fullverdige, naturlige språklige utviklingen til hørselshemmede barn med tegnspråk. Når man innfører en ny metode, må man bevise at den ikke er skadelig. Som vi har argumentert må effektmålet i denne sammenheng være den kommunikasjonsmessige, kognitive og psykososiale utviklingen – uavhengig av språkform (1). Siem og medarbeidere har heller intet belegg for å hevde at resultater fra tospråklighetsforskningen, som for øvrig også omfatter hørselshemmede barn, ikke kan anvendes på den aktuelle gruppen. Av naturlige årsaker finnes det ingen studier der man har undersøkt de nyeste typer implantater og oppfølging av barn over lengre tid. Medisinens historie inneholder en rekke eksempler på at

resultater av en behandlingsform blir klare først etter en tid. Kun prospektive langtidsstudier kan gi svar på barnas reelle kognitive og psykososiale utvikling.

Påstanden at denne diskusjonen i hovedsak er et skandinavisk fenomen, er feilaktig (jf. f.eks. våre tyske referanser) og dessuten irrelevant. Vi er enige i at foreldrene skal velge habiliteringsopplegg. At Siem og medarbeidere mener de ensidig kan avslutte diskusjonen om dette vanskelige valget, sår betydelig tvil om de er i stand til å gi foreldrene den grundige informasjonen disse har behov for. Som konsekvens frykter vi at noen foreldre i uvitenhet velger et språkløst liv med cochleaimplantat for sitt barn.

Frank Becker
Sunnaas sykehus

Sonja Erlenkamp
Høgskolen i Sør-Trøndelag

Litteratur

1. Becker F, Erlenkamp S. Et språkløst liv med cochleaimplantat? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2836–38.

Cervixprøver fra unge kvinner

I Tidsskriftet nr. 21/2007 argumenterer Anne Eskild og medarbeidere for rutinemessige cervixcytologiske undersøkelser av kvinner under 25 år (1). Et viktig argument for innføring av organisert screening mot livmorhalskreft i 1995 var en mer rasjonell utnyttelse av et årlig volum på rundt 600 000 prøver, hvorav nesten 40 % ble tatt i forbindelse med svangerskapskontroller (2). Det var en betydelig overdekning i aldersgruppen 15–29 år og en underdekning hos kvinner over 50 år, en aldersgruppe med relativt høy insidens av livmorhalskreft (3). Den nye organiseringen har ført til færre prøver fra kvinner under 25 år og bedre dekning hos kvinner i alderen 55–69 år (4).

Ifølge Kreftregisterets tall var insidensen av livmorhalskreft hos kvinner under 25 år lav før innføringen av organisert screening, og de siste ti årene har den sunket ytterligere. Ifølge Eskild og medarbeidere kan dette skyldes underestimering av sann insidens, ettersom færre undersøkelser fører til at sykdommen ikke blir diagnostisert før senere i livet (1). Dette kan ikke utelukkes, men noen sikre utslag på insidensratene i de neste aldersgruppene ser man ikke. Tvert imot har insidensen i den screenede aldersgruppen 25–29 år også gått tydelig ned.

Screening mot livmorhalskreft innebærer først og fremst oppsporing av en risikofaktor for kreftutvikling, cervical intraepitelial neoplasia (CIN), der behandling skal føre til redusert insidens av invasiv sykdom. At kvinner under 25 år kan ha høy prevalens av

CIN, er i seg selv ikke noe argument for screening. Spørsmålet er hvilken risiko det er for progrediering til invasiv cancer og hvor raskt dette vil gå. Så langt er det ingenting som tyder på at verken risikoen eller progredieringshastigheten er spesielt stor når det gjelder denne aldersgruppen.

Insidensutviklingen for cervixcancer i Norge de siste 15 årene tilsier ikke at programmet bør utvides. Det er oppnådd en bedre og mer rasjonell fordeling av den cervixcytologiske kapasiteten. Mer effektiv oppsporing av premaligne tilstander kan formodentlig forklare mye av insidensreduksjonen i forhold til årene med villscreening. Flere studier viser at CIN-behandling kan medføre obstetriske komplikasjoner (5). Screening bør derfor begrenses til dem med høyest risiko for kreftutvikling. En utvidelse av programmet vil gi redusert effektivitet og påføre enda flere kvinner bekymringer og risiko for premature fødsler etter påvisning og behandling av cervical intraepitelial neoplasia.

Siri Forsmo

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Eskild A, Singh KG, Lie AK et al. Unødvige cervixprøver hos unge kvinner? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2839.
2. Haugen OA. Forbruk av vaginalcytologiske prøver i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 952–6.
3. Forsmo S, Buhaug H, Stalsberg H. Use of Pap smears in a population without a mass-screening program. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 824–8.
4. Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992–2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. J Med Screen 2002; 9: 86–91.
5. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet 2006; 367: 489–98.

Nytt samarbeid om vaksinebivirkninger

Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet) og Statens legemiddelverk (Legemiddelverket) har inngått et formelt samarbeid om vaksinebivirkninger. Hensikten er å gjøre melding av slike enklest mulig for helsepersonell.

Det har lenge eksistert to parallelle meldesystemer for vaksinebivirkninger i Norge. Bivirkninger etter vaksinasjon er meldepliktige i henhold til SYSVAK-registerforskriften (Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i System for vaksinasjonskontroll). I tillegg er uventede eller alvorlige bivirkninger av vaksiner meldepliktige etter Forskrift om legemidler, fordi vaksiner er omfattet av legemiddellovgivningen. SYSVAK-registerforskriften er

under revisjon, men det vil trolig fortsatt være dobbelt meldeplikt for vaksinebivirkninger.

Det har vært vanskelig for helsepersonell og myndigheter å holde oversikt over to ulike meldesystemer, og trolig har de færreste vært kjent med disse parallelle systemene. Av denne grunn har Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket i mange år hatt en uformell utveksling av informasjon om alvorlige bivirkningstilfeller. Nå blir dette samarbeidet formalisert, og ordningen er gjort enklere ved at det sikres at hele meldeplikten er oppfylt ved å melde ett sted.

Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket håper at det nye systemet vil sikre en mer fullstendig og forbedret oversikt over de vaksinebivirkninger som rapporteres i Norge. Samtidig vil de forpliktelsene Norge (ved Legemiddelverket) har til å utveksle informasjon om alvorlige bivirkningstilfeller med internasjonale bivirkningsdatabaser og legemiddelprodusentene bli ivarettatt. Vi i Norge, med vår lille befolkning, er avhengig av godt internasjonalt samarbeid og utveksling av bivirkningsinformasjon mellom land for å sikre så rask og så god informasjon som mulig til helsepersonell her i landet.

Når helsepersonell fra nå av har mistanke om bivirkninger av vaksiner, skal meldingen sendes til Folkehelseinstituttet, som så vil registrere opplysningene i Legemiddelverkets nasjonale bivirkningsdatabase. Folkehelseinstituttet vil sende en tilbakemelding til den legen/helsesøsteren som har meldt bivirkningen samt eventuelt gi råd om videre vaksiner. Legemiddelverket på sin side vil videreformidle avidentifiserte opplysninger til internasjonale bivirkningsdatabaser (WHOs database og europeiske databaser) samt til produsenten av vaksinen. Ordningen vil være i full funksjon fra 1.1. 2008, men allerede nå kan meldinger sendes kun til Folkehelseinstituttet. Ved melding om vaksinebivirkning skal det opplyses om vaksinens produktnavn, helst også om partinummer (batch).

Ytterligere informasjon om bivirkningsmeldinger generelt eller vaksinebivirkning spesielt kan fås ved henvendelse til henholdsvis Legemiddelverket eller Folkehelseinstituttet og på deres respektive nettsider www.legemiddelverket.no og www.fhi.no. Andre legemiddelbivirkninger sendes som tidligere til det regionale legemiddelinformasjonssenteret (RELIS) i den aktuelle helseregion.

Pernille Harg
Statens legemiddelverk

Synne Sandbu
Nasjonalt folkehelseinstitutt