

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Ufullstendig gjennomgang av Epley-manøveren

I Tidsskriftet nr. 7/2009 beskriver O. Skatvedt og medarbeidere et tilfelle av benign paroksysmal posisjonsvertigo (1), en hyppig tilstand som forekommer i alle aldre (2).

Etter min erfaring stilles diagnosen fortsatt altfor sjelden, og altfor få leger har praktisert diagnostiske og terapeutiske stillingsmanøvre selv. Derfor er det utmerket at Tidsskriftet har laget en interaktiv presentasjon på nettsidene om patomekanisme, diagnostikk og behandling av tilstanden (3).

I videosekvensen med Epley-manøveren vises imidlertid ikke en fullstendig reposisjonsmanøver, i hvert fall ikke slik de fleste praktiserer det etter Epleys første beskrivelse i 1992 (4). Faktisk mangler siste trinn, der pasienten skal komme tilbake i sittende posisjon. I klinisk praksis er det akkurat her mange pasienter får en sterk impuls til svimmelhet, som indikerer at otolitter forflyttes ut av buegangen. Men hvis pasienten f.eks. snur seg tilbake i ryggleie fra avslutningen, slik det demonstreres i videoen, og deretter reiser seg, risikerer man at otolitene ikke ennå har forlatt buegangen helt og forflyttes tilbake, slik at reposisjonsmanøveren mislykkes. I verste fall blir diagnosen forkastet og pasienten utsatt for unødvendig videre utredning og behandling, noe som er frustrerende eller til og med kan medføre bivirkninger.

Skatvedt og medarbeidere hevder at videonystagmografi bør finnes på enhver øre-nese-hals-avdeling og nevrologisk avdeling. Uten tvil dreier det seg om et veldig nyttig utredningsverktøy som ikke er godt nok kjent av legene. Men sykdommen benign paroksysmal posisjonsvertigo bør vanligvis diagnostiseres og behandles uten slik tilleggsutredning. I typiske tilfeller kan den enkelt behandles i primærhelsetjenesten ved hjelp av reponeeringsmanøvre, eventuelt kombinert med egentrening. Spesialutstyr er i de fleste tilfeller helt unødvendig (2).

Martin Weisshaar
Namsos

Litteratur

1. Skatvedt O, Mjøs S, Sealy A. En ti år gammel pike med svimmelhet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 634–5.
2. Gøpken F, Nordahl SHG. Benign paroksysmal posisjonsvertigo. Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122: 1463–6.

3. Taraldsen T. Benign paroksysmal posisjonsvertigo. www.tidsskriftet.no/bppv [28.4.2009].
4. Epley JM. The canalith repositioning procedure: for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. Otolaryngol Head Neck Surg 1992; 107: 399–404.

Finnålscytologi – komplement for diagnostik av hypothyreos

Øivind Heggstad beskriver i Tidsskriftet nr. 8/2009 en meget frustrerende situasjon, där på grund av «normala» sköldkörtelprover thyreoidea felaktigt har frikänts under flera år (1). I stället har man ställt diagnos «depression» eller annat psykiatriskt tillstånd.

Vilka kriterier som i Heggstads fall lett till diagnosen hypothyreos framgår inte av hans insändare. I Sverige liksom i Norge är biokemiska variabler med TSH i spetsen helt avgörande; i närvaro av «normalt» TSH anses primär hypothyreos utesluten.

Allmän konsensus råder att dominerande orsak till störning av sköldkörtelfunktionen på våra breddgrader är autoimmun påverkan på körteln. I kroppens autoimmuna patologi ingår, utöver gängse biokemiska avvikelser, såväl serologiska som morfologiska manifestationer i form av förhöjda halter av autoantikroppar riktade mot komponenter i den egna sköldkörteln respektive invasion av aktiverade T-lymfocyter; det senare tillståndet påvisbart med direkt vävnadsundersökning genom finnålscytologisk (FNAC) teknik.

Vi har vid utredning av misstänkt underfunktion av sköldkörteln, utöver sedvanliga biokemiska och serologiska prover, sedan många år fokuserat på den autoimmuna aspekten av problemet genom tillägg av finnålscytologi. Erfarenheterna av betydelsen av finnålscytologi vid utredning av kroniskt trötta patienter har publicerats så långt tillbaka som 2001 (2, 3). Tillägg av finnålscytologi ger en uppfattning om autoimmun aktivitet, något som bidrar till en säkrare bedömning av patientens situation.

Finnålscytologi är allmänt ansett som förstahandsundersökning vid förstörad sköldkörtel. Metoden är enligt vår erfarenhet väl lämpad även för att klarlägga morfologiska tecken på autoimmun påverkan på körteln (4). Med finnålscytologi har vi ett värdefullt komplement för diagnostik av hypothyreos vid oklara bio-

kemiska och serologiska prover. Härmed förbättras förutsättningarna för snabbare och säkrare diagnos vid hypothyreos.

Bo Wikland
Läkarhuset Hötorgscity

P.O. Sandberg
Aleris Medilab

Litteratur

1. Heggstad Ø. Normale prøver – men ikke frisk. Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 771.
2. Wikland B, Löwhagen T, Sandberg PO. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid in chronic fatigue. Lancet 2001; 357: 956–7.
3. Wikland B, Sandberg PO, Wallinder H. Subchemical hypothyroidism. Lancet 2003; 361: 1305.
4. Sandberg PO. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid gland – its role in the investigation of thyroid autoimmunity. Thyroid Science 2008; 3: CLS 1–2.

Hjertestans – definisjon og forekomst

Rørtveit & Hunskaar diskuterer i Tidsskriftet nr. 8/2009 bl.a. forekomst og definisjon av hjertestans (1). Bakgrunnen er deres funn fra Austevoll, der man over en toårsperiode registrerte fire livløse og to drukninger med forsøk på resuscitering samt to personer som ble funnet døde og der resuscitering ikke ble forsøkt. Artikkelforfatterne spør bl.a. om forekomsten av hjertestans var lavere enn forventet. Norsk resuscitasjonsråd vil gjerne komme med noen bemerkninger i tilknytning til dette.

Definisjonen av hjertestans omfatter i akuttmedisinsk sammenheng vanligvis pasienter uten livstegn som enten behandles med defibrillering av en letal arytmie eller trenger brystkompresjoner og innblåsninger for å overleve. Drukning faller naturlig inn her (2). Utenom denne definisjonen kommer dem som man finner døde der resuscitering av ulike grunner ikke er aktuelt eller ikke blir forsøkt. Med denne definisjonen er vi oppmerksom på at tidlige anslag over forekomsten av hjertestans utenfor sykehus i Norge har vært i overkant. Populasjonsbaserte undersøkelser fra Oslo (3), Trondheim (4), Nord-Gudbrandsdal (5), Bodø (6), Vestfold og Telemark (Steen-Hansen JE. Forekomst av hjertestans i Telemark og Vestfold, 2007–2009. Personlig meddelelse) og Rogaland (Zakariassen EHS. Incidence of unexpected out-of-hospital death in Norway. Scandinavian Update, Stavanger 2009) tyder på en insi-

dens på mellom 40 og 70 per 100 000 innbyggere per år, med tyngdepunkt rundt 54. På landsbasis skulle dette tilsi 2 500 episoder med hjertestans per år der det forsøkes resuscitering. Forekomsten i Austevoll (68 per 100 000 per år) er altså helt i samsvar med nasjonale tall.

Eirik Skogvoll
Kristian Lexow
Norsk resuscitasjonsråd

Litteratur

1. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 738–42.
2. Nolan J. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 1. Introduction. Resuscitation 2005; 67 (suppl 1): S3–6.
3. Olasveengen TM, Vik E, Kuzovlev A et al. Effect of implementation of new resuscitation guidelines on quality of cardiopulmonary resuscitation and survival. Resuscitation 2009; 80: 407–11.
4. Skogvoll E, Wik L. Active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation: a population-based, prospective randomised clinical trial in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 1999; 42: 163–72.
5. Offstad J, Heldal D, Aksnes EG et al. Resultater av behandling – prosjekt Nord-Gudbrandsdal – sirkulasjonsstans i gravgrendte strøk. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2874–8.
6. Hanche-Olsen T, Nielsen EW. High survival in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation – 7 years' incidence according to the Utstein template in a small town in Northern Norway. Eur J Emerg Med 2002; 9: 19–24.

Erstatningskravene etter meningokokk B-vaksineforsøket

Elling Ulvestads kronikk i Tidsskriftet nr. 7/2009 (1) gjør det nødvendig å komme med noen kommentarer.

Ekspertergruppen som Norsk pasientskadeerstatning konsulterte, uttrykte at symptomer på nevrologisk sykdom normalt vil oppstå mellom fem dager og tre-fem uker etter vaksinerings. Vi valgte likevel å legge til grunn at også symptomer oppstått inntil åtte uker etter vaksinerings kunne anses å ha sammenheng med denne. Bakgrunnen var nettopp usikkerheten som var forbundet med tidsintervallet. Norsk pasientskadeerstatning har med bakgrunn i ekspertenes vurdering ikke utelukket at vaksinen kan være årsak til kronisk utmattelsessyndrom (også kalt myalgisk encefalopati, ME).

At Global Advisory Committee on Vaccine Safety gir uttrykk for at det er liten grunn til å anta at det er noen sammenheng mellom vaksinen og kronisk utmattelsessyndrom (2), har ingen avgjørende betydning for vurderingen av enkeltsaker. Det sier på den annen side noe om sannsynligheten for at det er mange tilfeller der det kan legges til grunn en slik sammenheng.

Global Advisory Committee on Vaccine Safety har basert sin konklusjon på et mye bredere grunnlag enn Folkehelseinstituttets ME-studie. Som instituttet selv påpeker ble

deres studie heller ikke gjennomført for å gi Norsk pasientskadeerstatning grunnlag for sine vurderinger (3). Folkehelseinstituttets studie og konklusjonene fra Global Advisory Committee on Vaccine Safety har først og fremst hatt betydning for den generelle kunnskap om vaksinen og dens mulige sammenheng med utviklingen av kronisk utmattelsessyndrom, ikke som grunnlag for å avslå søknader om erstatning.

Vi er enig med Ulvestad i at det kan tenkes flere ulike mekanismer for sammenheng og at andre tilnærminger og fremtidig forskning vil kunne gi ny kunnskap. Vi utelukker ikke at ny kunnskap i fremtiden vil kunne endre den medisinske vurderingen av disse sakene og sakenes utfall. Hvorvidt det foreligger rett til erstatning, må uansett vurderes konkret med bakgrunn i den enkeltes sykehistorie.

Det er riktig at Norsk pasientskadeerstatning legger til grunn prinsippet om omvendt bevisbyrde. Dette innebærer at dersom sykdom i det enkelte tilfelle kan være forårsaket av vaksinen, blir staten ansvarlig – med mindre den kan påvise en eller flere mer sannsynlige årsaker. Poenget i mange av sakene er at vaksinen etter en konkret vurdering og med basis i foreliggende kunnskap ikke fremstår som en sannsynlig årsak til sykdommen.

Norsk pasientskadeerstatning har lyttet til en sammensatt gruppe av norske eksperter, til vurderinger fra verdens fremste organ hva gjelder vaksinesikkerhet, samt til vurderinger av medisinsk sakkyndige i enkeltsaker. For oss er det vanskelig å se at dette kunnskapsgrunnlaget kan karakteriseres som lite troverdig.

Pasientskadenemnda har nylig opprettholdt avslagene i 20 klagesaker. Nemndas vurderinger vil representere viktige premisses for den videre håndtering av de aktuelle sakene.

Rolf Gunnar Jørstad
Mads Morten Njørd
Norsk pasientskadeerstatning

Litteratur

1. Ulvestad E. Ekspert – men på kva? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 642–3.
2. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 12–13 December 2007. Wkly Epidemiol Rec 2008; 83: 37–44. www.who.int/wer/2008/wer8304.pdf [5.5.2009].
3. Feilaktige påstander om Folkehelseinstituttets ME-studie. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009. www.fhi.no/artikler?id=74616 [5.5.2009].

Dialogen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten må forbedres!

Fastlege Alicja Alda beskriver i Tidsskriftet nr. 10/2009 sin opplevelse av at spesialisthelsetjenesten ønsker å instruere fastlegene og bruker dem i en sekretærrolle (1). Jeg tror de

fleste fastleger tidvis har opplevd det samme, selv om mitt hovedinntrykk er at de har et tilfyllt samarbeid med annenlinjetjenesten basert på likeverdighet, samråd og felles mål om å gi pasientene best mulig behandling.

Hovedutfordringen i dag er først og fremst at det er altfor dårlig teknisk og ressursmessig tilrettelagt for god lege-lege-dialog på tvers av nivåene i helsetjenesten. Det er nok å nevne at meldingsutveksling over helsenett i for liten grad er på plass og at det ikke er tilrettelagt for elektronisk dialog mellom leger i og utenfor sykehus.

Aldas leserbrev gir en fin mulighet til å minne oss om – enten vi arbeider i første- eller annenlinjetjenesten – at det ikke finnes noe i lov, forskrift eller avtaleverk som gir spesialisthelsetjenesten instruksjonsmyndighet over fastlegene. Dette betyr at fastlegene ikke kan pålegges å følge opp eller etablere spesifikke utrednings- eller behandlingsopplegg. Men fastleger skal tilby faglig gode og forsvarlige behandlingsopplegg for sine pasienter, gjerne etter samråd med spesialisthelsetjenesten. Fastlegen skal ha faglige grunner, som bør dokumenteres i journalen, dersom hun/han etter samtale med pasienten velger å la være å følge råd om videre oppfølging gitt fra spesialisthelsetjenesten.

Ofte vil fastlegen ha bredere innsikt i hva som allerede er gjort for pasienten og muligheter for nye tiltak ut fra tidligere erfaring med den enkelte pasient og dennes preferanser og holdninger. Dialog om denne type samhandling må etableres på systemnivå. En nasjonal implementering av praksiskonsulentordningen vil kunne bidra i utviklingen av systemer for samhandling mellom nivåene (2).

Jan Emil Kristoffersen
Allmennlegeforeningen

Litteratur

1. Alda A. Er pasienten sykehusspesialistens eller fastlegens ansvar? Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1011.
2. Praksiskonsulentordningen i Norge, et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helse-tjeneste. Debattskrift fra Allmennlegeforeningen februar 2008. www.legeforeningen.no/id/145281.0 [20.5.2009].

Håp om en lykkelig slutt!

I Tidsskriftet nr. 15/2007 fortalte jeg min personlige historie som psykiatrisk pasient gjennom mange år. Jeg har fått en rekke ulike diagnoser, og mange behandlinger har vært forsøkt – uten at jeg er blitt noe bedre. Den triste konklusjonen var at det eneste som egentlig hjalp meg, var å drikke øl (1, 2).

Nylig fikk min yngste datter, som er i tenårene, diagnostisert den hyperkinetiske forstyrrelsen ADD (Attention Deficit Disorder) samt depresjon. Dette skapte flere spørsmål hos meg. Jeg er aldri blitt vurdert