Tverrfaglig samarbeid der mikrobiolog og infeksjonsmedisiner tenker sammen, kan bringe oss hurtigere i mål!

Péter A. Csángó
csango@gmail.com

Péter Andras Csángó (f. 1942) er overlege ved Lab1/Med1Gang og spesialist i medisinsk mikrobiologi.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rizvi SMH, Kvernebo MS, Mørk N-J et al. Ung gutt med feber, sår hals, såre lepper og bulløst utslett. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 646–8.

Dette er en redigert versjon publisert som rask respons i nettutgaven 2.4. 2013. http://tidsskriftet.no/article/2987580/

Ung mann med usedvanlig sykdomsbilde

I Tidsskriftet nr. 6/2013 er det en kasuistikk om en ung mann med usedvanlig sykdomsbilde. Spalten er verdifull for en pensjonert allmennpraktiker med intakt interesse for klinisk arbeid. Artikkelforfatterne skal ha ros for ypperlige illustrasjoner og pedagogisk fremstilling. Påminnelsen om at «dermatologi som klinisk spesialitet er nær knyttet til andre spesialiteter» burde vært unødvendig å ta med. Imidlertid er det forunderlig at man i selve artikkelen ikke omtaler tilstandens navn. Det foreligger vel et klassisk Stevens-Johnsons syndrom som undertegnede lærte om i studieårene. Kan forklaringen være at eponymer ikke er populære i Tidsskriftet? Kunne man ikke i diskusjonen ha anført hva tilstanden tidligere ble kalt?

Nils Carl Lønberg
nyhavndoktoren@gmail.com

Nils Carl Lønberg (f. 1939) er pensjonert allmennpraktiker i København.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 2.4. 2013. http://tidsskriftet.no/article/2987580/

Syed Mohammad Husain Rizvi og medforfattere svarer:

Vi takker for positiv omtale av vår kasuistikk. Som det fremgår av artikkelen, var svært mange klinikere og laboratoriepersonell fra flere avdelinger og spesialiteter involvert i behandlingen av pasienten. Vi vurderte om samtlige eller noen utvalgte skulle nevnes med navn, men endte opp med å takke alle uten navns nevnelse – med ett uttak. Vi er helt enig i at tverrfaglig samarbeid med bl.a. mikrobiolog og infeksjonsmedisiner er svært viktig.

Erythema multiforme major og Stevens-Johnsons syndrom ble tidligere betraktet som overlappende sykdommer, men betraktes nå mer som to distinkte sykdomsentiteter – den første oftest utløst av infeksjoner, den andre oftest av legemidler. Sykdomsbildet ved Stevens-Johnsons syndrom er gjerne mer alvorlig og kan gå over i toksisk epidermal nekrolyse, tidligere kalt Lyells syndrom, som er en tilstand med høy letalitet. Vi mener for øvrig at eponymer bør unngås der det foreligger gode alternative sykdomsbetegnelser.

Syed Mohammad Husain Rizvi
Mari Skylstad Kvernebo
Nils-Jørgen Mørk
Petter Gjersvik
petter.gjersvik@gmail.com

Syed Mohammad Husain Rizvi (f. 1983) er lege under spesialisering ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Mari Skylstad Kvernebo (f. 1977) er lege under spesialisering ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nils-Jørgen Mørk (f. 1950) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, og overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Petter Gjersvik (f. 1952) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, dr.med. og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kliniske resultater er viktigst!

Atle Fretheim har i Tidsskriftet nr. 6/2013 helt rett i at gode, randomiserte kliniske studier ville vært ønskelig for å se om forløsningsmetode virkelig kan være årsak til den fantastiske nedgangen i obstetriske sfinkterskader i Norge (1). Vi mener at slike studier er umulig å gjennomføre i Norge i dag, fordi de mange kravene til slike studier ikke kan innfris i en akutt fødesituasjon, f.eks. kontroll av selve intervensjonen og fare for seleksjonsbias, både blant fødekvinner, jordmødre og fødselsleger.

Som akademikere er vi enige i at det kan være irriterende ikke å ha de gode studiene som kan gi sikre svar. Som klinikere er vi derimot strålende fornøyde med at vi har fått ned skadeomfanget på en måte som nesten bare kan sammenliknes med effekten av å la nyfødte sove på ryggen for å unngå krybbedød. Den foreslåtte «intervensjonen» er helt uten fare for pasienten, men forutsetter god kommunikasjon med kvinnen, aktiv støtte av perineum og korrekt episiotomi på indikasjon for å redusere traumet på sfinkterapparatet.

Vi er enige med Atle Fretheim i at effektstørrelsen av den gjeninnførte finske teknikken er usikker i forhold til hvilke elementer i teknikken som har betydning. Det paradoksale er at ingen etterspurte effektstørrelsen av å fjerne perineumstøtte i Norge på 1980-tallet, der rutinemessig fødselsstøttegrep («hands-on») forsvant til fordel for «hands-off»-praksis. Denne støtteteknikken ble opprettholdt i Finland, som ikke opplevde samme økning i sfinkterskader som Norge. Det er ingen fagfolk som tror at de store forskjellene i skadefrekvens mellom land og innen Norge skulle skyldes registreringsforskjeller.

Fretheim nevner at randomiserte studier ikke bekrefter at perineumsstøtte er viktig. Imidlertid er disse studiene få, og inkluderer oftest ikke den finske teknikken eller holder lav klinisk og vitenskapelig kvalitet.

De norske studiene på dette feltet har fått stor internasjonal oppmerksomhet og har bidratt til at retningslinjer for forløsningsteknikk i England revideres.

Vi utfordrer de fødeinstitusjonene som ligger høyere enn landsgjennomsnittet til å redusere sin skadefrekvens. Vi er ikke så opptatt av hvilken klinisk rutine som velges, bare den ikke er skadelig for pasienten og gir ønsket helseeffekt. Dersom avdelinger dokumenterer like lav frekvens av sfinkterskader ved vaginale fødsler som de beste sykehusene, uten å benytte den finske teknikken, er vi mer enn villige til å revurdere vår kliniske konklusjon om at denne teknikken er viktig.

En stor andel av kvinner med sfinkterskader er plaget med anal inkontinens resten av livet. Vi har nå opplevd store reduksjoner i skadetall etter gjeninnføring av den finske teknikken. Dette er tilstrekkelig for oss. Da får vi og fødekvinnene i Norge heller leve med at dokumentasjonen kunne ha vært akademisk mer tilfredsstillende.

Annetine Staff
annetine.staff@uus.no
Pål Øian

>>>

Annetine Staff (f. 1962) er professor og overlege ved Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pål Øian (f. 1948) er professor og overlege ved Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Fretheim A. Fødselsrifter: vitenskapsteori og klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 652–4.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 25.3. 2013. http://tidsskriftet.no/article/2987732/

A. Fretheim svarer:

Staff & Øian peker på noen helt reelle utfordringer ved å gjennomføre studier der fødende kvinner randomiseres til å få perineumstøtte eller ei.

Men jeg foreslo å randomisere hele fødeavdelinger – ikke å randomisere hver enkelt fødende kvinne (1). Ved å randomisere avdelinger løses alle problemene Staff & Øian nevner. En slik studie ville i praksis vært helt lik intervensjonsstudien som allerede er gjennomført ved norske fødeavdelinger (2), bortsett fra at flere avdelinger måtte deltatt, og de måtte vært villige til å vente med å innføre tiltaket (i tilfelle de ble randomisert til kontrollgruppen).

Jeg tror, i likhet med Staff & Øian, at det er vanskelig å gjennomføre et slikt forsøk i dag, ettersom perineumstøtte er blitt standardprosedyre ved de fleste avdelingene de siste årene (3). På den annen side: Hvis det fortsatt er et betydelig potensial for forbedring ved mange avdelinger, slik Staff & Øian hevder, kan avdelingene med høy rupturfrekvens randomiseres til å innføre rutinemessig bruk av «finskegrepet», ev. andre tiltak.

Dersom det er slik at andre land vurderer å innføre perineumstøtte etter norsk modell, utfordrer jeg Staff & Øian til å være med og foreslå at dette gjøres i form av randomiserte forsøk. I land med rimelig gode fødselsregistre burde dette være relativt enkelt å få til.

Staff & Øian antyder at jeg er mer opptatt av akademisk tilfredsstillelse enn at kvinner revner under fødsel. De stiller et retorisk spørsmål og ber meg svare på det. For ordens skyld: Om en kvinne er i tvil om hun skal velge å føde på et sykehus der rupturfrekvensen er lav eller på et sykehus der frekvensen er høy, ville jeg anbefalt det første – også dersom det foregikk en randomisert studie på det andre.

Alle i Norge kan enes om Staff & Øians utfordring til norske fødeavdelinger om å få ned skadefrekvensen. Avdelingslederne rundt om i landet – og i verden for øvrig – vil spørre: Hvilke tiltak kan iverksettes hos oss for å forebygge rupturer? Hvilke strategier er effektive? Da er det langt mer enn «irriterende ikke å ha de gode studiene» (1) – det er et alvorlig klinisk problem å mangle tiltak med godt dokumentert effekt.

Atle Fretheim
atle.fretheim@kunnskapssenteret.no

Atle Fretheim (f. 1968) er leder for Seksjon for global helse ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og førsteamanuensis ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Fretheim A. Fødselsrifter: vitenskapsteori og klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 652–4.
2. Hals E, Øian P, Pirhonen T et al. A multicenter interventional program to reduce the incidence of anal sphincter tears. Obstet Gynecol 2010; 116: 901–8.
3. Fretheim A, Tanbo T, Vangen S et al. Bruk av håndgrep for perineumstøtte ved norske fødeavdelinger. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2352–4.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 27.3. 2013. http://tidsskriftet.no/article/2987732/

Den helsepolitiske kurien

I Tidsskriftet nr. 6/2013 hadde Vegard Bruun Wyller og medarbeidarar ein framifrå artikkel om eit særs aktuelt problem (1). Dei som har teke seg tid til å slå opp namnet i PC-en sin, har nok merka seg at kurien er den pavelege sentraladministrasjonen i Vatikanet. Ikkje trur eg at dagens helsebyråkrati har henta ideane sine derifrå, men kjem ikkje unna at det liknar. Å ta faget attende vert nok ein traurig og tung veg å trakke. I dette direktivomspunne byråkratiske helsesystemet ligg det så mykje prestisje avla av politikarar på alle nivå som på ein eller annan måte har eit kjenslemessig eigarskap til dei vedtaka som er fatta. Som dei fleste veit, er nok lojaliteten oppover i politikken vel så bunden som nemnt i artikkelen. Som organisasjonsarbeidar i Fellesforbundet og ofte som pasient ved eit lokalsjukehus på Vestlandet har eg både sett og røynt forvitringa som har gått føre seg den siste tida. Den gong lokalsjukehusa låg under fylkeskommunen, var ikkje alt rosenraudt alle stader heller, men dei hadde eiga styring sprunge ut av den profesjonen dei skulle ta i vare.

Vedtak om helse var opne, ikkje som no når byråkratar legg føringar i løynd som lojale styre strør sand på utan heilt å skjøne konsekvensar av det dei gjer. Min eigen lege brukar no til dømes meir tid til å stire på PC-skjermen sin enn på meg etter at han vart fastlege. Men stå på alle som kan, ute blant folk er det ei gryande forståing for at Helse-Noreg er på feil spor. Både Skottland og New Zealand som prøvde seg på eit liknande system som det vi har i Noreg, har for lengst forlate dette. Ting kan snuast om viljen er til stades.

Roald Agdestein
roagdest@online.no

Roald Agdestein (f. 1945) er utdanna radiooffiser, men er teknologisk utgått på dato. Han har sidan arbeidd med arbeidsrelaterte spørsmål i Fellesforbundet Sunnhordland, er no pensjonist og for tida sannsynlegvis ein ikkje uvesentleg utgift på helsebudsjettet.
Ingen oppgjevne interessekonfliktar.

Litteratur
1. Wyller VB, Gisvold SE, Hagen E et al. Ta faget tilbake! Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 655–9.

Dette er ein redigert versjon av eit innlegg publisert som rask respons på nett 14.3. 2013 http://tidsskriftet.no/article/2987819

Mulig litteratur

Vi har lese den interessante kronikken av Vegard Bruun Wyller og medarbeidarer i Tidsskriftet nr. 6/2013 (1) og vil gjerne vise til vårt Rokkan Senter Working paper om «gaming» i norske sykehus knytta til DRG-systemet og aktivitetsbasert finansiering som kan være relevant å ta med seg vidare (2).

Per Lægreid
per.lagreid@aorg.uib.no
Simon Neby

Per Lægreid (f. 1949) er professor ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
Ingen oppgjevne interessekonfliktar.

Simon Neby er forsker ved Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, Universitetet i Bergen.
Ingen oppgjevne interessekonfliktar.

>>>