

Dette har vi visst lenge!

I Tidsskriftet nr. 7/2013 var det informasjon om en ny Cochrane-analyse om generell helsekontroll (1). Allerede i 1980-årene lærte jeg at det eneste ved en helsekontroll som kan gi noen gevinst, er å måle øyetrykket og å rektaleksplorere. Om heller ikke dette har effekt, vet jeg ikke, men det høres uansett som om ny forskning bekrefter «det alle har visst lenge»!

Aage Sand

a-san@online.no

Aage Sand (f. 1941) er overlege ved Medisinsk klinikk ved Sørlandet sykehus og spesialist i allmenmedisin. Han er skolelegevikar og vikar ved ulike legepraksiser. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Høye S. Helsekontroll gir ingen helsegevinst. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 743.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 4.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2991307/>

Oppfølging etter 22. juli

Manglende beredskapsretningslinjer ble omtalt i Tidsskriftet nr. 7/2013 (1). Oppfølgingen av de anbefalte tiltakene etter 22. juli er godt i gang.

Helsedirektoratet vurderer og utreder tiltak og gjennomføring i samarbeid med de regionale helseforetakene, Kommunesektorens organisasjon (KS), Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. Noen tiltak er allerede gjennomført, andre er til utredning. Tiltak som har relevans for beredskapen ved store ulykker er blant annet følgende:

- Helsedirektoratet har nylig anbefalt at sentrale helsemyndigheter finansierer et nasjonalt innkjøp og distribusjon av bæreposer med lette katastrofebærer og ulltepper
- Helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene utarbeidet utkast til standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekomponerte ulykker. Utkastet ble sendt på høring med frist 10.4. 2013 (2)
- Hendelsene 22. juli viste at gjeldende planverk for organisering av større skadesteder (*Redningshåndboken*) ikke er oppdatert. Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin ved Oslo universitetssykehus (NAKOS) har på oppdrag fra Helsedirektoratet satt i gang et prosjekt med å utarbeide et revidert planverk for helsetjenestens organisering av større skadesteder. Et første utkast vil bli fremlagt for nødetatens felles samarbeidsforum i nær fremtid, med henblikk på en tverretattlig forankring av det videre arbeidet. Planverket forutsettes lagt til grunn for en revidert utgave av *Redningshåndboken*.

Uavhengig av myndighetenes og helsetjenestens oppfølgingstiltak vil vi minne om at både kommunene og de regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å organisere tjenesten slik at de er tilstrekkelig rustet i hverdag og ved større eller mindre hendelser.

Cecilie Daae

postmottak@helsedir.no

Cecilie Daae (f. 1962) er divisjonsdirektør i Helsedirektoratet og sitter i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rehn M. Manglende retningslinjer for beredskap ved store ulykker. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 744.
2. Forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner. <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/-forslag-til-nasjonal-standard-for-triagering-av-pasienter-i-masseskadesituasjoner.aspx> (10.5.2013).

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 4.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2991377/>

Kvalitetskontroll av dødsmeldinger

I Tidsskriftet nr. 7/2013 var det tre artikler om viktigheten av å kvalifisere offisielle dødsmeldinger, som også offentlig statistikk over dødeligheten bygger på (1–3). Siden andre undersøkelser om temaet etterlyses (1), kom jeg på at dette har jeg gjort selv (4).

I en undersøkelse fra 1960-årene om dødeligheten i en gruppe forhennevende mannlige alkoholister, observert i årene 1925–62, beregnet jeg denne for 18 nærmere definerte dødsårsaksgrupper slik de var anført på dødsmeldingene. Som ledd i undersøkelsen ble det også definert en revidert dødsårsak for samtlige 1 061 dødsfall. Denne revisjonen var basert på systematiske studier av tilgjengelig medisinsk informasjon: journaler med obduksjon (39%), andre journaler med nyttige tilleggsopplysninger (29%) og dødsattestene alene (32%). Revisjonen belyste hvordan slik korreksjon påvirker «normal dødelighet» basert på offisiell nyansert dødelighetsstatistikk for perioden. For ni dødsårsaker (visse typer kreft, apopleksi, noen hjertesykdommer, selvmord, sykdom i fordøyelsesorganer og ulykker) førte revisjonen til betydelig oppjustering av offisiell dødelighet. Dødsårsaker med betydelig overdødelighet i utgangspunktet fikk denne ytterligere hevet ved revisjon.

Overdødelighet som følge av forgiftning var knyttet til både selvmord og ulykker. Den ble justert vesentlig opp ved revisjonen. Mye av revisjonene her var basert på at det forelå sterke indisier på at mange av ulykkesforgiftningene faktisk var selvmord. Dette illustrerer at intoksikasjonsdødsfall hos rusmisbrukere er vanskelig å diagnostisere på dødsattester. Det beror vel like mye på sosiale holdninger til disse tragiske dødsfall som på medisinske overveielser. Dilemmaet her er like aktuelt fremdeles.

Ni andre grupper av dødsårsaker ble nedjustert. Det dreide seg blant annet om tuberkulose, levercirrhose, syfilis, alkoholisme, lungesykdommer, hjerteinfarkt, diabetes og urogentialsykdommer. Nedjusteringene skyldtes blant annet at flere tilfeller diagnostisert som alkoholisme måtte revideres ifølge senere kodepraksis til (alkoholisk) psykose og til alkoholisk kardiomyopati/hjertesvikt. Revisjonene styrket også inntrykket av at overdødeligheten av hjertelidelser var vesentlig større enn det de offisielle dødsårsakene tilsier.

I ettertid kan man gjøre følgende refleksjoner om betydningen av revisjon av offisielle dødsårsaker. Der overdødeligheten i utgangspunktet ble funnet ekstremt høy, forsterket revisjonen av diagnosene denne tendensen. Der overdødeligheten var mindre fremtredende, med lavere signifikansnivå, ble den også oppjustert. Den risikofaktoren (alkohol) som den påviste overdødeligheten knyttes til, gjør seg som kjent gjeldende også i normalbefolkningen. Det er ikke tatt med i de statistiske analysene.

Per Sundby

hilchenseniorgmail.com

Per Sundby (f. 1926) er pensjonert lege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Aase S. Obduksjon – fremdeles gullstandard? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 730.
2. Alfsen GC, Lyckander LG. Har kvalitetskontroll av dødsmeldinger i sykehus betydning for dødsårsaksstatistikken? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 750–4.
3. Alfsen GC. Medisinsk obduksjon ved dødsfall utenfor sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 756–9.
4. Sundby P. Alcoholism and mortality. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 25.4. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2991563/>

Nevrografi er som regel nødvendig

Russwurm & Finsen kommenterer i Tidsskriftet nr. 6/2013 (1) vår artikkel om nevrografi ved karpaltunnelsyndrom (2), og vi takker for responsen. Vi er fortsatt enige med den amerikanske ortopediforeningen, som anbefaler nevrografi før operasjon (3), fordi pasienten er tjent med at diagnosen er så sikker som mulig før man tar stilling til om man skal gjøre et operativt inngrep. Det er *kombinasjonen* av typiske kliniske tegn og typisk nevrografi som gir optimal informasjon om diagnosen karpaltunnelsyndrom (4).

Klinisk og nevrografisk undersøkelse gir gjensidig tilleggsinformasjon. Dersom man velger «typiske kliniske tegn» som gullstandard, vil ca. 15 % ha normal nevrografi (4). Av 2 137 pasienter henvis til vår seksjon med mistenkt karpaltunnelsyndrom i perioden januar 2008-oktober 2011 hadde 835 (39 %) normal nevrografi.

Skal pasienter med normal nevrografi også opereres? Noen får dessverre komplikasjoner eller skader i forbindelse med operasjonen. Russwurm & Finsen rapporterte «23 tilfeller av overskjæringer av nerve» meldt til Norsk pasientskadeerstatning i perioden 2005–10 (1). Dersom både standard og utvidet nevrografi er helt normal, vil legen ofte fortsette diagnostikken eller tilby konservativ behandling. Noen velger likevel operasjon, og i de fleste tilfeller er resultatet godt.

Det postoperative resultatet stemmer ikke alltid med den reelle diagnosen. Både placeboeffekt og spontan symptomremisjon hos pasienter med andre sykdommer kan bidra til symptomlindring. Pasienter med en uttalt aksonal trykknevropati i karpaltunnelen, kan oppleve svært langsom symptomlindring, også etter optimal kirurgisk frilegging.

Hvorfor er det fortsatt tilsynelatende uenighet om betydningen av nevrografi? Én av grunnene er dårlig kvalitet på mange vitenskapelige studier (2). I en studie som Russwurm & Finsen fremhever (1), sammenlikner man tilsynelatende effekten av nevrografi og det postoperative resultatet (5). Ved å lese artikkelen fremgår det imidlertid at nevrografiresultatet verken ble brukt i diagnostikken eller i dataanalysen.

Nevrografi har en spesifisitet som er høyere enn 95 % og gir informasjon om patofysiologiske endringer i medianusnerven (4). Nevrografi bør derfor som hovedregel benyttes i diagnostikk av karpaltunnelsyndrom. Vi synes også at det er fornuftig å satse på opplæring i klinisk diagnostikk og operativ teknikk (1). Et godt samarbeid mellom behandlende kirurg og klinisk nevrofysiolog bør også etableres.

Trond Sand

trond.sand@ntnu.no

Kari Todnem

Trond Sand (f. 1952) er spesialist i klinisk nevrofysiologi og nevrologi. Han er seksjonsoverlege ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs hospital og professor i klinisk nevrofysiologi ved Institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kari Todnem (f. 1944) er dr.med. og spesialist i klinisk nevrofysiologi og nevrologi. Hun er overlege ved Avdeling for nevrologi og klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Russwurm H, Finsen V. Nevrografi ikke alltid nødvendig. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 611.
2. Todnem K, Sand T. Nevrografi ved karpaltunnelsyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 170–3.
3. Keith MW, Masear V, Chung KC et al. American Academy of Orthopaedic Surgeons Clinical Practice Guideline on diagnosis of carpal tunnel syndrome. J Bone Joint Surg Am 2009; 91: 2478–9.
4. Jablęcki CK, Andary MT, Floeter MK et al. Practice parameter: Electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. Report of the American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Neurology 2002; 58: 1589–92.
5. Zyluk A, Szlosser Z. The results of carpal tunnel release for carpal tunnel syndrome diagnosed on clinical grounds, with or without electrophysiological investigations: a randomized study. J Hand Surg Eur Vol 2013; 38: 44–9.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 10.5. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2961527/>

Legeetikk i forsikringsmedisin

Medisinsk direktør Jan Harald Dobloug i Gjensidige Forsikring kritiserer i Tidsskriftet nr. 3/2013 Rådet for legeetikk for ikke å ha gitt selskapet medhold i tre av i alt 14 klager på leger for det han mener er ufullstendige eller misvisende legeerklæringer (1). Han mener dette er alvorlig fordi rådets vedtak ikke kan overprøves og blir retningsgivende.

Når en lege skriver en legeerklæring, opptrer hun som sakkyndig, og rådet er selvfølgelig enig med Dobloug i at leger har et ansvar for å gi korrekte og nødvendig utdypende opplysninger slik det fremgår av Etske regler for leger Kapittel IV (2). Rådet har presisert legens ansvar i sine årsmeldinger (2) og i Tidsskriftet (3).

Det at forsikringsselskapet har fått medhold i 11 av de 14 klagen, viser at rådet oftest har vurdert kritikken mot legene som berettiget. Av kasuistikkene som Dobloug presenterer, er bare Sak 3 gjenkjennelig. Der ble en legespesialist innklaget av forsikringsselskapet for å ha gitt en diagnose på sviktende grunnlag. Diagnosen og begrunnelsen for denne, fremgikk av en epikrise fra legespesialisten til en annen helseinstans, ikke til forsikringsselskapet. Saken ble ikke tatt opp til klagebehandling fordi rådet ikke har mandat til å ta stilling til medisinskfaglige forhold, jf. Reglementet for Rådet for legeetikk §2, 2. ledd (2). De andre sakene er behandlet av rådet etter kontradiksjonsprinsippet, det vil si at både forsikringsselskapet og innklagede lege har hatt anledning til å gi sine versjoner og dokumentere sine begrunnelser. Sakene kan være langt mer omfattende og kompliserte enn kasuistikkene gir inntrykk av, og rådet har gjort sine vedtak ut fra sin vurdering om erklæringene oppfylte kravene med tanke på Etske regler Kapittel IV ut fra den kunnskap legene hadde om pasienten på det tidspunktet erklæringen ble skrevet. Dobloug er bekymret for at rådet med sine vedtak har gitt legene for stort handlingsrom. Slike saker er imidlertid aldri like, og hver enkelt må vurderes opp mot Kapittel IV ut fra det som blir dokumentert av partene. Enkeltaker vil derfor ikke kunne være retningsgivende for andre saker.

Legeforeningens medlemmer har gitt Rådet for legeetikk mandat til å vurdere saker opp mot Etske regler for leger (2). I klagesaker som gjelder legeerklæringer, er det rådets oppgave å vurdere om legen har gitt de opplysningene som ut fra hennes kunnskap, er relevante og dekkende for saken, og at legeerklæring fyller formkravene som er nedfelt i Etske regler for leger Kapittel IV (2). Hvorvidt forsikringsselskapets lege godtar innholdet i erklæringen som var utgangspunktet for klagen, er en medisinskfaglig vurdering som er rådet uvedkommende.

Trond Markestad

trond.markestad@helse-bergen.no

Trond Markestad (f. 1945) er forskningskoordinator ved Haukeland universitetssykehus. Han er leder for Rådet for legeetikk.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>