

Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvaretsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Sentralisering av bekkenreservoarkirurgien



I Tidsskriftet nr. 18/2013 (1) påpeker Wasmuth & Øresland betimelig at volumet av bekkenreservoarkirurgi i Norge er blitt betydelig redusert i løpet av det siste tiåret. Dette skyldes blant annet bedre medikamentell behandling og tettere koloskopisk oppfølging som gjør at pasienter uten symptomer trygt kan avvente operasjon med proktokolektomi. Som ansvarlig for reservoarkirurgien for befolkningen i de tre nordligste fylkene er vi, på bakgrunn av denne nedgangen i antall inngrep, enige

med forfatterne at reservoarkirurgien bør sentraliseres.

Et ytterligere poeng som også nevnes, er behovet for et team som kan ta seg av oppfølgingen av denne pasientgruppen. Selv om de fleste pasientene er godt fornøyd med funksjonen etter inngrepet, vil mange ha behov for undersøkelser og ulike behandlinger i årene etter at reservoaret er anlagt. Så det burde ikke være stor uenighet i fagmiljøet om at disse inngrepene burde være sentralisert. Så langt alt bra.

Men avslutningsvis kommer imidlertid den vanskelige øvelsen, der vi mener Wasmuth & Øresland klart snubler på målstreken. Forfatterne mener at på grunnlag av årlig antall inngrep nasjonalt burde ikke mer enn to sentra utføre bekkenreservoarkirurgi i Norge. Dette er ikke basert på annet en personlig oppfatning av hvor mange inngrep et team må gjøre årlig for å være kvalifisert. Grensen er absolutt ikke basert på faglige data.

Det er en rekke forhold som avgjør hvor kvalifisert en kirurg er i forhold til å anlegge bekkenreservoar. Årlig antall utførte inngrep er bare én av faktorene. Andre faktorer som også spiller inn, er hvor mange andre større kirurgiske inngrep i samme område kirurgen og teamet utfører. Lav fremre rektumreseksjon med anastomose på bekkenbunnen har mange fellestrekk med reservoarkirurgi, og en maskinsydd anastomose legges på samme vis. Om kirurgen i tillegg regelmessig opererer fistler med fullveggs forskyvningslapp av rektum ned til linea dentata, gir dette også ferdigheter som operatøren drar nytte av i de tilfeller der reservoaret må håndsys til anus. Bekkenreservoarkirurgien kan ikke ses helt løsrevet fra kirurgens og teamets øvrige proktologiske ekspertise.

Når Wasmuth & Øresland mot slutten av sin kommentar bruker laparoskopisk kirurgi som ytterligere et argument for sentralisering, burde det nesten være etterfulgt av en oppfordring om henvise pasientene til gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge. Så langt vi vet, er vi den eneste avdelingen i Norge som rutinemessig utfører dette inngrepet laparoskopisk.

Vi mener at det er viktig å styrke kompetansen omkring bekkenreservoarkirurgi, og vi synes den beste løsningen for det norske fagmiljøet vil være at hver helseregion har et fullverdig behandlingstilbud for denne pasientgruppen. På denne måten kan vi styrke kvaliteten på avansert proktologisk kirurgi i hele landet. Om forslaget til Wasmuth & Øresland vinner frem, vil det føre til en generell utarming av det samme.

Stig Norderval
stig.norderval@unn.no
Rolv-Ole Lindsetmo

Stig Norderval (f. 1961) er overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Han er også fag- og forskningsansvarlig ved Nasjonal tjeneste for inkontinens og bekkensykdom, samme sted, og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk medisin, Norges arktiske universitet – Universitetet i Tromsø. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Rolv-Ole Lindsetmo (f. 1959) er avdelingsoverlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Han er også professor II ved Institutt for klinisk medisin, Norges arktiske universitet – Universitetet i Tromsø. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Wasmuth HH, Øresland T. Bekkenreservoar – sporadisk kirurgi bør sentraliseres. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1914.

Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 28.10.2013. <http://tidsskriftet.no/article/3065463/>

Elektrokonvulsiv terapi ute av kontroll?

Med bakgrunn i at Food and Drug Administration i USA har klassifisert elektrokonvulsiv terapi (ECT) som en høyrisikometode, maner psykolog Roar Fosse i Tidsskriftet nr. 18/2013 til forsiktighet ved bruk av elektrokonvulsiv terapi også i Norge (1).

Elektrokonvulsiv terapi er en akseptert behandlingsmetode for alvorlig depresjon der annen behandling ikke har ført frem. Det er imidlertid problematisk at virkningsmekanismen ikke kan forklares, og at bivirkningene, særlig hukommelsessvikten, kan være plagsom og langvarig.

Moksnes og medarbeidere (2) har kartlagt bruken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål i perioden 1988–2002, og de fant betydelig økning. De viser også til studier som viste at diagnosen kun forklarte 10% av variasjonen i bruken. Psykiaterens kjønn, opplæring og kliniske orientering var viktigere. Innleggelsesrater, profesjonelle holdninger og pasientflyt predikerte mange av variasjonene sykehusene imellom (3–5).

I retningslinjer fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (6) peker man på at det er sprikende opplysninger om alvorligheten av bivirkningene. I en britisk metaundersøkelse, med pasienterfaringer basert på 35 brukerundersøkelser (7), konkluderer man med: Omtrent en tredel av pasientene rapporterer om hukommelsesproblemer etter elektrokonvulsiv terapi. Rutinemessig nevropsykologisk testing fanger ikke opp den type hukommelsessvikt pasientene klager over, og brukertilfredshet med elektrokonvulsiv terapi avhenger betydelig av måten spørsmålene stilles på.

Det virker ikke som om noen er uenig i den formelt strenge indikasjonen for bruken, men er det praktiske bruksområdet likevel i ferd med å utvides? Jeg blir bekymret når jeg hører at pasienter med stemningssvingninger som ledd i personlighetsforstyrrelser får elektrokonvulsiv terapi, at man praktiserer vedlikeholdsbruk, at pasienter som selv ønsker elektrokonvulsiv terapi, får det, selv om indikasjonen mangler, og at det gis mot pasientens vilje på «vital indikasjon».

>>>