

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Pettersen E. Ny H1N1 bølge: Frykter 500 vil dø. www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/ny-h1n1boelge-frykter-500-vil-doe-2966915.html [23.9.2014].
2. Hødnebo L. Skadene av Pandemrix var en katastrofe. nrk.no/21.1.2013/www.nrk.no/livsstil/_-en-medisinsk-katastrofe-1.10880384 [23.9.2014].

Re: Sant om legemidler

På lederplass i Tidsskriftet nr 16/2014 kommer Brænd & Strand med en påstand jeg synes er oppsiktsvekkende (1). De skriver at det finnes informasjon om de fleste legemidler som brukes av pasienter i dag, som holdes tilbake, angivelig av aktører som utvikler legemidler: «...det finnes ukjente mengder ikke-tilgjengelig dokumentasjon om de fleste medisiner pasienter bruker i dag». Jeg vil være takknemlig om artikkelforfatterne kan oppgi referansen for denne påstanden.

Espen Burum-Auensen

espen.burum-auensen@medivir.com

Espen Burum-Auensen (f. 1976) er lege, PhD, gjesteforsker/veileder ved Akershus Universitetssykehus og Medical Affairs Manager i Medivir. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brænd AM, Straand J. Sant om legemidler? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1542.

A.M. Brænd & J. Straand svarer:

Det er godt dokumentert at ikke alle resultater fra kliniske studier blir publisert (1–3). En nyere oversiktsartikkel ved Chan og medarbeidere gir flere eksempler på selektiv rapportering av medikamentstudier og betydningen av dette (4). De gir også en omfattende oversikt over publikasjonsrater beskrevet i andre artikler, som dekker ulike fagområder til ulike tider, både legemiddelstudier og andre. Lehman og Loder oppsummerer i en lederartikkel i BMJ flere artikler som omhandler manglende data fra kliniske studier, og nevner hvordan det å lete etter upubliserte data fra kliniske studier gjennomført for obligatorisk registrering av studier vil være nærmest umulig (5). Medisiner som er i bruk i dag har ofte blitt introdusert på markedet for flere år, kanskje tiår, siden. Så lenge det fortsatt ikke er slik at alle data fra kliniske studier er offentlig tilgjengelige, vil det være ukjent hvor mye dokumentasjon som finnes, men som ikke synes.

Anja Maria Brænd

ambraend@medisin.uio.no

Jørund Straand

Anja Maria Brænd (f. 1980) er lege og ph.d.-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jørund Straand (f. 1951) er professor i allmennmedisin og avdelingsleder ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Jones CW, Handler L, Crowell KE et al. Non-publication of large randomized clinical trials: cross sectional analysis. *BMJ* 2013; 347 (oct28 9): f6104.
2. Rising K, Bacchetti P, Bero L. Reporting bias in drug trials submitted to the Food and Drug Administration: review of publication and presentation. *PLoS Med* 2008; 5: e217, discussion e217.
3. Gibson LM, Brazzelli M, Thomas BM et al. A systematic review of clinical trials of pharmacological interventions for acute ischaemic stroke (1955–2008) that were completed, but not published in full. *Trials* 2010; 11: 43.
4. Chan AW, Song F, Vickers A et al. Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. *Lancet* 2014; 383: 257–66.
5. Lehman R, Loder E. Missing clinical trial data. *BMJ* 2012; 344 (jan03 1): d8158.

Re: Å overbringe en vond beskjed

Det er med tungt hjerte jeg leser om nok et eksempel på klønete kommunikasjon i en vanskelig situasjon, denne gangen observert av en medpasient og beskrevet som en «personlig opplevelse» i Tidsskriftet (1). Jo mer alvor i budskapet, jo mer klønete blir vi leger. Armene blir lengre. Øynene viker vekk, og vi blir stående ved sengen så vi kan rømme fort ut av døren. Skulle ønske jeg også hadde en slik historie å fortelle. Som presten som selv tok grep (1).

For jeg har vært vitne til så dårlig kommunikasjon av kolleger i alvorlige stunder at jeg har hatt lyst til å gripe inn. Eller rømme, eventuelt grave meg ned gjennom linoleumen. Men jeg så sikkert bare ned, flyktet vekk med øynene, og kroppen – og forbannet meg på at jeg aldri skulle være like klønete og feig. Men det har jeg sikkert vært.

Det letteste er å sette i gang å snakke. Fort, lenge og med mange vanskelige ord som er trygge. Alle de vante ordene kommer lett. Men ikke de aller vondeste, men viktigste. «Jeg beklager å måtte fortelle deg at prøvene av kulen viser at du har kreft». Lett å skrive, mye vanskeligere å si. Celleforandringer, umodne celler, tumor, til og med svulst, er nok lettere å si enn det ene ordet. Det som har svidd seg fast i angsten hos pasienten helt siden de bestilte legetimen. Kreft. Man trenger ikke si mer. De får ikke med seg mer den dagen.

Det er skrevet artikler om det, bøker. Det finnes en slags oppskrift. Gi et varsel om hva som kommer, si det rett ut – så stopp og se hva som skjer. Men for å klare det, må man orke å snakke med pasienten. Tørre å stoppe opp. Ta inn reaksjonen. Tåle gråten, tåle sinnet. Tåle å ikke kunne løse problemet. Ikke vite fasiten. Vi kommer til kort medisinsk, men det er da våre to viktigste etiske regler må brukes. Ofte lindre – ALLTID trøste.

Jo da, Øyvind Ekeberg har rett i at vi på medisinstudiet i Oslo fikk opplæring i dette (2). Tilbudet var der. Undervisningen var veldig god også. De arrangerte et seminar der innleide skuespillere skulle være pasient, som fikk triste nyheter av oss som spilte leger. Skuespillerne skulle demonstrere ulike former for normale reaksjoner. Vi skulle ha rollespill med tilbakemelding fra gruppen. Skummelt for enhver – utålelig for en legestudent som har beskyttet seg selv mot å stå på tynn is hele oppveksten. Som har sørget for å vite alle svarene. Her var beskjeden klar. «Du får ikke snakke teknisk komplisert fag. Her handler det kun om pasientens respons, og dine egne reaksjoner.»

Utålelig. Utenkelig. Så umulig at kun 30% av kullet møtte opp. Til ett av de viktigste seminarene på hele studiet.

Elisabeth Holmboe Eggen

elisabeteggen@gmail.com

Elisabeth Holmboe Eggen (f. 1974) er lege i spesialisering og programleder for barne-TV.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Onshuus K. Å overbringe en vond beskjed. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1587.
2. Ekeberg O. Krevende kommunikasjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1588.

Re: Myteknuserne

Interessant nok er medisinsk redaktør Are Brean ute i et vitenskapsfilosofisk ærend i innledningen til lederen «Myteknuserne» i Tidsskriftet nr 17/2014 (1). Men det glipper. Han skriver at «som leger bekjenner vi oss til et naturvitenskapelig paradigme, der enhver påstand må testes rasjonelt og empirisk før den kan aksepteres som sann». Men den kliniske virkeligheten er «møkkete» skriver han, «gjennomsnittspasienten finnes ikke, symptomer er vanskelige å tolke og behandlingseffekter påvirkes av forhold vi ikke har oversikt over eller kontroll på.»

Dette fortolker jeg som polemisk positivisme (2). Jeg trodde det

>>>

var blitt enighet om at medisinen har både et natur- og humanvitenskapelig grunnlag. Wulff og Gøtzsche skrev godt om dette på 1990-tallet. Medisinen anvender både naturvitenskapelig og humanistisk tenkning. Disse to forfatterne nevner «den empatisk-hermeneutiske» og «den etiske komponent» som sentrale for kliniske beslutninger (3). Og i klinikken befinner den partikulære pasienten seg, det mest reelle av alt i helsetjenesten.

Positivismen ble overvunnet i vitenskapsfilosofien for flere tiår siden (4). Det er på tide at vi leger kommer etter.

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brean A. Myteknuserne. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1633.
2. Lübcke, P. Politikens Filosofi Leksikon. København: Politikens forlag, 2010; 571.
3. Wulff HR, Gøtzsche PC. Rationel klinikk: evidensbaserte diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4. utg. København: Munksgaard, 1997.
4. Schurz G. Philosophy of Science. A Unified Approach. New York: Routledge, 2014.

A. Brean svarer:

Hans Magnus Solli har lest min nylige lederartikkel om å knuse grunnløse myter. Han påpeker at jeg også bør omtale at medisinen har et humanvitenskapelig perspektiv. Det er et viktig og fortjenstfullt perspektiv. Når han skriver at jeg er «ute i et vitenskapsfilosofisk ærend» må jeg imidlertid få protestere. Jeg forsøker heller å påpeke det rent praktiske gapet mellom hva vi faktisk vet at vi vet (dvs de innsikter den naturvitenskapelige metode kan gi oss) og de hundrevis av beslutninger vi klinikere daglig må ta. Dette gapet snakkes det sjelden om. Det er elefanten i det kliniske rommet – mangelen på relevant kunnskap i møte med det Solli kaller «den partikulære pasienten», og troen på at de store randomiserte studier skal kunne gi oss alle svarene vi trenger i dette møtet. For noen fremstår dette kanskje som teoretisk vitenskapsfilosofi. For oss klinikere er det hverdag. Jeg har vært inne på det før (1).

I et slikt perspektiv faller ståstedet Solli tillegger meg – «polemisk positivisme» – på sin egen urimelighet. Ingen som arbeider med det enkelte lidende menneske kan vel avfeie humanvitenskapene som kunnskapsgrunnlag? Behovet for et slikt perspektiv er kanskje den viktigste grunnen til at ingen retningslinjer noen gang vil kunne gi alle svarene vi trenger i møtet med den enkelte pasient. Det å ville grunnløse og skadelige myter til livs bør allikevel all vitenskap ha felles. Det er hverken polemisk eller positivistisk, men simpelthen begrunnet i en av våre fremste plikter: Plikten til å ikke skade.

Are Brean
are.brean@legeforeningen.no

Are Brean (f. 1965) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Brean A. Hva er en medisinsk sannhet? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 381.

Re: Myteknuserne

Takk til Are Brean for klargjørende utdypninger av lederen «Myteknuserne». Vi er ganske enige når det gjelder forståelse av klinisk praksis. Men jeg skulle ønske at vi leger, Tidsskriftet inkludert, i større grad også kunne bruke vitenskapsfilosofi som faglig analyseinstrument. Brean benytter en god metafor, «elefanten i det kliniske rommet», om vanskelighetene med å fortolke generell kunnskap fra for eksempel store randomiserte studier inn i den spesifikke og konkrete pasientens situasjon. Jeg kjenner ingen bedre

kommentar til denne metaforen enn noe filosofen Stephen Toulmin skrev: Klinisk praksis viser at den menneskelige fornuft er praktisk så vel som teoretisk, «existential as well as universal; that is, reason is concerned not just with the abstract, but also with flesh and blood issues. [...] What, then, is this doctrina or mysterium – this «medical knowledge» – which paradoxically combines within itself pairs of characteristics (practical and theoretical, universal and existential, and so on) that have to be so sharply distinguished and separated in other contexts?» (1). Er det ikke både spennende, og ydmykende, å vite at medisinsk praksis skjuler en av de største vitenskapsfilosofiske «nøtter» som finnes? Skulle ikke vi leger være mer aktive med å utforske den?

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er dr.med og forsker ved Forskningsenheten, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Toulmin S. Knowledge and art in the practice of medicine: Clinical judgement and historical reconstruction. I: Delkeskamp-Hayes C, Cutter MA, red. Science, technology, and the art of medicine. European-American dialogues. Dordrecht: Kluwer Academic, 1993: 231–49.

Re: Selvmord og psykiske lidelser

Denne artikkelen om sammenhengen mellom selvmord og psykiske lidelser plasserte et viktig tema på dagsordenen (1). Det er trolig altfor lett å bortforklare selvmord som et resultat av psykisk lidelse i tilfeller der det finnes en mulig sammenheng.

Jeg forstår ikke helt innvendingene kronikken har mot den biomedisinske modellen som sådan. Jeg trodde vi hadde beveget oss mot George Engel sin biopsykososiale modell fra 1977 for lenge siden (2). Hvor er alle psykiaterne som er uenig med artikkelforfatterne der de hevder: «I det selvmordsforebyggende arbeidet er det på høy tid å fokusere mer på kompleksiteten som alltid ligger bak et selvmord.»? Jeg tror det er lettere å appellere til å tenke komplekst, enn å faktisk håndtere et problem slikt.

Kommentaren Uldal har skrevet til denne kronikken bærer det samme preget (3). Elven som renner er sikkert en flott analogi, men hvis vi først skal understreke kompleksiteten bak det hele, så holder det trolig ikke med slike forenklinger. Det er altfor lett å kritisere behandlingen av psykiatriske lidelser når vår forståelse og metodikk er så begrenset som den er. Jeg synes verken Uldal eller kronikken bringer så mye nytt til vår forståelse eller metode. Uldal henviser til neurotapping, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), tankefeltterapi (TFT) og Emotional Freedom Techniques (EFT) som behandlingsformer med «gode resultater». For meg ser det ikke ut til at disse metodene skiller seg stort fra de mer tradisjonelle metodene (4), og for enkelte er de sannsynligvis dårligere (5). Dette gjelder spesielt TFT og EFT, der forskningen som støtter denne metoden har seriøse metodiske mangler og er blitt stemplet som pseudovitenskapelig (6, 7). Jeg tror ikke dårlig metodikk eller en new age-variant av akupunktur er veien å gå ved behandling av mennesker med selvmordstanker.

Andreas Wahl Blomkvist
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg universitet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K et al. Selvmord og psykiske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 1369–70.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36.

>>>