

- » 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.

## Prestasjonsjag



Jeg er enig med Erlend Hem, som i Tidsskriftet nr. 22/2013 skriver at vi trenger å hige etter det perfekte på en del områder (1). Det kan være i yrket vårt eller en hobby. Det er vanskelig å tenke seg at Magnus Karlsen ville blitt verdensmester i sjakk uten en stor grad av perfektjonisme, innen sjakk vel å merke. Vi hører historier fra hans familie om at han glemmer bursdager og ikke greier å huske tre ting han skal handle. Perfektjonismen hans er altså selektiv.

Her er vi etter min mening ved sakens kjerne. På mine kurs møter jeg dem som ønsker å oppnå perfektjonisme på altfor mange områder av livene sine, også leger. De fleste er ikke engang klar over at det er dette de gjør. De trenger dermed å lære seg andre metoder for å møte sine egne og andres krav om standard, hvorav egne krav vanligvis er de strengeste.

Så ja, vi trenger høye standarder på en del områder. Men det er lett å bli syk hvis disse områdene blir for omfattende og for mange. Det er ingen tjent med, derfor er det viktig å balansere perfektjonisme slik at det blir en god egenskap istedenfor noe som utmatt deg.

### Kristin Blaker

*kristin@positivendring.no*

Kristin Blaker (f. 1960) er coach og kursholder i Positiv Endring. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Hem E. Bare det beste er godt nok. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2335–6.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 26.11.2013.*  
<http://tidsskriftet.no/article/3103912/>

## Ingen medalje uten bakside

Jeg har lest Erlend Hems to siste ledere, nå sist i Tidsskriftet nr. 22/2013, med stor interesse (1, 2). Jeg er enig med ham i mye av det han skriver, men synes likevel at han blir for ensidig i sin positive omtale av strenge opptakskrav til medisinstudiet og av et perfektjonistisk yrkesideal. En av mine kliniske mentorer sa ofte til meg: «Du må ikke la det beste bli det godes fiende.» Med dette visdomsord in mente skal jeg prøve å kommentere noen av Hems argumenter i forhold til yrkesutøvelse og opptak til medisinstudiet.

Et for perfektjonistisk yrkesideal er etter min mening en risikofaktor for å utvikle depresjon og utbrenthet i utøvelsen av legegjerningen. Kontroll, mestring og belønning er viktige faktorer for å trives i jobben. En for stor grad av perfektjonisme vil kunne stå i veien for disse gode opplevelsene, og man blir for sjelden glad og tilfreds med egen yrkesutøvelse. Jeg har hatt flere kolleger i behandling i årenes løp, og mener ofte å ha sett disse trekkene hos deprimerte kolleger. Økte «effektivitetskrav» hos arbeidsgiver og høyere forekomst av negativ medieomtale er også betydelige risikofaktorer. I det kollegiale rom tror jeg derfor at vi bør øve oss mer på å tilgi og støtte – kanskje det kommer oss selv til gode en gang?

Jeg mener ellers at dagens opptakskrav til medisinstudiet bidrar til at vi for ensidig rekrutterer timide, ansvarsbevisste, tvangspregede og systemkonforme kvinner (og menn) til medisinstudiet.

Dagens opptakskrav favoriserer jenter, fordi modningen av personligheten skjer raskere hos jenter enn gutter. Dessuten er det ofte slik at mennesker med kreative og dristige personlighetstrekk modnes senere (vår personlighet er vanligvis ikke ferdig utviklet før i 30-årene) enn dem med «nevrotiske» (timiditet, ansvarsbevissthet, perfektjonisme m.v.) personlighetstrekk, og således ofte taper i dagens videregående skole, der flid og oppførsel belønnes høyere enn talent og evne til nytenkning. Personer med sistnevnte trekk er mangelvare innen vår yrkesgruppe: Vi er blitt en grå masse av småfeige, politisk korrekte, kjedelige og akk så lydige kolleger som marsjerer i takt til musikken fra helsebyråkratens basuner. Dette er etter min mening det mest bekymringsverdige med dagens leger.

### Cato Guldberg

*cato@drguldberg.nhn.no*

Cato Guldberg (f. 1952) er avtalespesialist i psykiatri ved Dr. Guldbergs spesialistpraksis.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Hem E. Bare det beste er godt nok. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2335–6.
2. Hem E. Legepersonlighet – finnes det? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2223.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 3.12.2013.*

<http://tidsskriftet.no/article/3103912/>

## Misvisende om fosterdiagnostikk

Bjørn Hofmann omtaler i sin leder i Tidsskriftet nr. 22/2013 (1) noen etiske utfordringer knyttet til eventuell godkjenning av ikke-invasiv prenatal diagnostisk test (NIPD) til bruk i fosterdiagnostikk. Bakgrunnen er at Universitetssykehuset Nord-Norge har søkt Helsedirektoratet om å få sende prøver til utlandet for analyse av foster-DNA i mors blod, i den hensikt å avdekke trisomi 13, 18 og 21. Dette er tenkt å erstatte dagens prosedyre, som består av ultralydmåling av nakkefold kombinert med blodprøve (KUB-test). Vårt laboratorium analyserer blodprøvedelen av KUB-test for hele landet.

Vi er enige i at NIPD reiser mange etiske og medisinskfaglige utfordringer. Desto viktigere er det å være presis i fremstillingen. Forkortelsen NIPD står for «non-invasive prenatal diagnosis». Vi vil heretter bruke den mer vanlige forkortelsen NIPT (non-invasive prenatal testing), nettopp fordi testene ikke gir endelig diagnose. Uansett betegnelse er det snakk om metoder som baserer seg på at man undersøker fosterets DNA i mors blod. En ikke-invasiv prenatal diagnostisk test er ikke en metode, men en test, dvs. *anvendelse* av metoden for å avdekke en spesifisert medisinsk tilstand (f.eks. trisomi 21). Disse begrepene må ikke blandes sammen. En metode kan ha mange bruksområder, en diagnostisk test, derimot, skal avdekke en definert tilstand som har en medisinsk betydning. Bruksområdet må altså vurderes og reguleres nøyte for hver enkelt test som man tenker å benytte metoden til.

På samme måte som vi ikke bør forby bruk av skalpell fordi den kan brukes til kjønnslemlestelse, bør vi ikke forby undersøkelse av foster-DNA, selv om metoden kan brukes til å påvise tilstander som vi ikke er interessert i. Alle diagnostiske tester må begrunnes ut fra klinisk nytte, ressursbruk og etiske aspekter.

Hofmann skriver: «... flere av de store fagsammenslutningene ... har anbefalt at man gjør invasive tester i tillegg. Men da reduserer

>>>

testen ikke risikoen, slik som forespeilt.» Uttalelsen er direkte misvisende. Her må man sammenlikne med det som er dagens situasjon med bruk av KUB-test. Gitt alderssammensetningen i den populasjonen som i dag tilbys KUB-test (median alder 38 år (2)), forventer man at 10–15% tester positivt for trisomi 21 med dagens beslutningsgrense (3). Disse får tilbud om invasiv diagnostikk. De aller fleste av disse fostrene vil være friske, dvs. resultatet av KUB-testen er falskt positivt.

Dagens test har altså svært lav positiv prediktiv verdi. Dersom man i stedet tilbyr NIPT til de samme kvinnene, vil man få langt færre med positivt testresultat, dvs. at behovet for risikabel, invasiv testing vil bli mindre og antallet friske fostre som skades som følge av diagnostikken vil reduseres. Det er således «uetisk» å avvise NIPT til dette formålet. Til andre formål må testen vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Universitetssykehuset Nord-Norge har søkt om å få bruke NIPT i nøyaktig samme populasjon av gravide kvinner som i dag tilbys KUB-test. Avgjørelsen om at vi i det hele tatt skal lete etter fostre med trisomi ble tatt for ca. 30 år siden. Det er en viktig, men en helt annen diskusjon. Den må vi ikke blande sammen med om vi skal bruke den testen som er best til formålet.

#### Gunhild Garmo Hov

gunhild.garmo.hov@stolav.no

#### Arne Åsberg

#### Ketil Thorstensen

Gunhild Garmo Hov (f. 1978) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Hun er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Arne Åsberg (f. 1951) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Ketil Thorstensen (f. 1957) er ph.d., sivilingeniør og biokjemiker ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

#### Litteratur

- Hofmann B. Forbedret fosterdiagnostikk? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2336.
- Årsrapport 2012. Fosterdiagnostikk. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
- Spencer K. Age related detection and false positive rates when screening for Down's syndrome in the first trimester using fetal nuchal translucency and maternal serum free betahCG and PAPP-A. BJOG 2001; 108: 1043–6.

*Dette er en revidert versjon av debatten, publisert på nett 5.12. 2013 .*

*<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>*

## B. Hofmann svarer:

Gunhild Garmo Hov og medarbeidere prøver å gi inntrykk av at jeg er upresis og kommer med misvisende uttalelser.

Jeg støtter deres oppfordring om å skille mellom «ikke-invasiv prenatal testing» og «ikke-invasiv prenatal diagnostikk». Selv brukte jeg «ikke-invasiv prenatal diagnostisk test» om den konkrete diagnostiske testen som Universitetssykehuset Nord-Norge har søkt Helsedirektoratet om å få bruke. I lederen diskuterer jeg også muligheten av å bruke metoden til andre diagnostiske tester.

Videre mener Hov og medarbeidere at det er misvisende å hevde at ikke-invasiv prenatal testing ikke vil redusere risikoen, som forespeilt. Deres kommentar viser at de forutsetter det som skal vises, altså et såkalt *petitio principii*, en slutningsfeil. De hevder at dersom «man i stedet [for KUB] tilbyr NIPT til de samme kvinnene, vil man få langt færre med positivt testresultat» og at det «er således «uetisk» å avvise NIPT til dette formålet». Ett av poengene i lederen er at vi (ennå) ikke kjenner de prediktive verdiene til NIPT og derfor ikke kan fastslå, slik som Hov og medarbeidere gjør,

at «behovet for risikabel, invasiv testing vil bli mindre, og antallet friske fostre som skades som følge av diagnostikken vil reduseres». Det er derfor man har bedt Kunnskapssenteret om en fullstendig metodevurdering, slik jeg skriver i lederen.

Det er selvsagt viktig å klargjøre terminologien og unngå slutningsfeil, men i lederen forsøker jeg å sette søkelyset på de etiske utfordringene. Vi må ikke bli så opptatt av å gjøre tingene rett at vi glemmer å spørre oss selv om vi gjør de rette tingene.

Hov og medarbeidere er også redde for en åpen diskusjon om hvorfor vi skal søke (og fjerne) fostre med Downs syndrom. Den beslutningen ble tatt for 30 år siden, hevder de. Men de husker begrunnelsen? Er den gyldig for «en ny og bedre teknologi»? Har vi gode argumenter, har vi ingenting å frykte. Da tør vi diskutere både test og formål.

#### Bjørn Hofmann

bjoern.hofmann@hig.no

Bjørn M. Hofmann (f. 1964) er professor i medisinsk etikk ved Høgskolen i Gjøvik og ved Universitetet i Oslo. Han forsker og underviser i medisinsk filosofi, vitenskapsteori og etikk.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten publisert på nett 6.12. 2013.*

*<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>*

## Presisering

Bjørn Hofmann påstår vi har basert vår konklusjon på ukjente størrelser. Det har vi ikke gjort. Med dagens beslutningsgrense har KUB-testen en sensitivitet på ca. 95 % og en spesifisitet på ca. 85–90 %, mens tilsvarende tall for NIPT er ca. 98 % og 99,5 % (1).

Gitt en prevalens på 0,5 % vil KUB-test gi 100–149 falskt positive resultater per 1 000 testede kvinner, mot bare fem falskt positive resultater ved bruk av NIPT. Antall sant positive resultater blir ca. 5 i begge tilfeller. Noen av NIPT-resultatene vil sannsynligvis være inkonklusive (anslagsvis 4 %).

Selv om man skulle velge å tilby invasiv diagnostikk også til kvinner med inkonklusive resultater, vil forventet antall invasive prosedyrer bli lavere med bruk av NIPT enn med bruk av KUB-test. Eksakt kunnskap om disse forholdene finner vi først dersom testen valideres i den populasjonen den er tenkt brukt.

Vi er på ingen måte redde for en åpen diskusjon om formålet med testen og mener, som sagt, at nettopp det må ligge til grunn for alle diagnostiske tester.

#### Gunhild Garmo Hov

gunhild.garmo.hov@stolav.no

#### Arne Åsberg

#### Ketil Thorstensen

Gunhild Garmo Hov (f. 1978) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Hun er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Arne Åsberg (f. 1951) er overlege ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

Ketil Thorstensen (f. 1957) er ph.d., sivilingeniør og biokjemiker ved Avdeling for medisinsk biokjemi, St. Olavs hospital.

Oppgitte interessekonflikter: Han er ansatt ved avdelingen som analyserer blodprøvene til KUB-test i Norge.

#### Litteratur

- Morain S, Greene MF, Mello MM. A new era in noninvasive prenatal testing. N Engl J Med 2013; 369: 499–501.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 19.12. 2013.*

*<http://tidsskriftet.no/article/3103954/>*

>>>