

inntil videre i alle fall holdes i tømme av mer edruelige politikere? Personlig synes jeg det ikke er noe enkelt svar på dette, så lenge en rimelig fundert psykiatrisk beskrivelse kan gi vesentlig orientering om hvordan politikeren vil reagere og hvordan et samfunn best forholder seg til en slik personlighet.

Ulrik Fredrik Malt
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt (f. 1946) er overlege og professor emeritus ved Oslo universitetssykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hytten K. Fjerndiagnostisering. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 380–1.

K. Hytten svarer:

Ulrik Fredrik Malt mener jeg har unyanserte betraktninger rundt betegnelsen fjerndiagnostikk. Slik jeg bruker betegnelsen, handler det om å stille diagnose uten personlig undersøkelse. Jeg er selvsagt helt enig i at det er fullt mulig å stille relativt presise diagnoser basert på andre kilder enn personlig undersøkelse av et menneske. Dette skjer i utstrakt grad i medisinen, slik Malt illustrerer. Men da har legen mandat til å gjøre det – enten fordi en pasient har gitt sitt samtykke eller fordi legen er oppnevnt som medisinsk faglig sakkyndig av offentlig instans. Mitt hovedpoeng er imidlertid å løfte frem det etisk svært problematiske i å gjøre diagnostiske vurderinger av et menneske når en faktisk ikke har et slikt mandat.

I min artikkel har jeg ikke kommentert eller kritisert Malt's rolle under rettssaken mot 22. juli-terroristen, men valgt å illustrere ovennevnte poeng ved å henvise til en debatt mellom Malt og Øverenget i Aftenposten. I denne debatten synes Malt å mene at han har mandat til å gjøre diagnostiske vurderinger (trolig basert på hans rolle under rettssaken), mens Øverenget mener at Malt ikke har dette mandatet.

Det er interessante avveininger Malt drøfter når det gjelder omtale av politikeres helse. Situasjonen i USA har ført til at flere kolleger har gått ut offentlig med sin bekymring for president Trump og har stilt eksplisitte psykiatriske diagnoser på ham. Det gjenstår å se om dette på noen måte bidrar til å bevare demokratiet i USA – hvis det har vært formålet.

Karsten Hytten
karsten@hytten.no

Karsten Hytten (f. 1953) er dr.med., avtalespesialist i psykiatri og medlem i Rådet for legeetikk siden 2006.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Artikkelen «Fostertest som prøvestein og brekkstang» av B. Hofmann & K. Slagstad publisert på nett 1. mars 2017 har avfødt en liten disputt mellom A.W. Blomkvist og artikkelforfatterne. Vi gjengir her to av innleggene. Gå inn på nettsidene våre for å følge debatten.

Re: Fostertest som prøvestein og brekkstang

Bjørn Hofmann & Ketil Slagstad fremstår i overkant skeptiske når de vurderer Helsedirektoratets nylige anbefaling om å innføre ikke-invasiv prenatal testing (NIPT) i fosterdiagnostikken (1).

Med referanse til Direktoratets tilrådning (2) er forfatterne angivelig «helt konkrete» når det oppgis at 460 invasive prøver (morkake- og fostervannsprøve) og 2,3 spontanaborter kan unngås for 481 875 kroner. Dette beregner de ved å benytte en 0,5 % risiko for spontanabort ved invasive prøver. Men Direktoratet oppgir 463,5 invasive prøver, og risikoen for spontanabort er 0,5–1 % ifølge

samme referanse som forfatterne bruker (3). Med andre ord vil opptil 4,6 spontanaborter unngås.

Videre, forfatterne skriver at vi vet «fra England en del av dem som får positiv NIPT-svar, velger å ta abort uten først å ta en invasiv test» (1). Så vidt jeg kan lese fra deres referanse (4), så gjelder dette to tilfeller av 2 494 gravide i en kohort som valgte ikke-invasiv prenatal testing. I en av disse tilfellene oppgis årsaken til abort som et ultralydfunn sterkt indikativt for Edwards syndrom (trisomi 18). Ingen årsak oppgis i det andre tilfellet, men det er unyansert å fremheve en kaustikk som «en del» og dernest holde dette opp imot spontanabortene som unngås ved ikke-invasiv prenatal testing. I det ene scenarioet har den gravide i diagnostisk utredning mistet et foster, mens i det andre har kvinnen selv valgt abort, mest sannsynlig på grunn av en rekke faktorer.

Resultatene fra kohorten viser for øvrig at innføringen av ikke-invasiv prenatal testing ga ingen signifikante økninger i kostnader, trass i at flere trisomi 21-tilfeller ble detektert. NIPT-teknologien er dessuten under utvikling og den kan antas å bli billigere og bedre med tiden. Dette er aktuelle momenter som overses i det som kunne vært en god og kritisk drøfting av ikke-invasiv prenatal testing.

Andreas Wahl Blomkvist
andreas.wahl@gmail.com

Andreas Wahl Blomkvist (f. 1989) er medisinstudent ved Aalborg Universitet, Danmark.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hofmann B, Slagstad K. Fostertest som prøvestein og brekkstang. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 435–6.
2. Helsedirektoratet. Helsedirektoratets tilrådning: Bruk av Non-invasive prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21. 23.1.2017. Oslo: Helsedirektoratet, 2017. <https://helsedirektoratet.no/Documents/Bioteknologi/Helsedirektoratets%20tilr%C3%A5dning%20Bruk%20av%20Non-invasive%20prenatal%20testing%20.pdf> (13.3.2017).
3. Juvet LK, Ormstad SS, Schneider AS et al. Ikke invasiv prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 21, 18 og 13. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
4. Chitty LS, Wright D, Hill M et al. Uptake, outcomes, and costs of implementing non-invasive prenatal testing for Down's syndrome into NHS maternity care: prospective cohort study in eight diverse maternity units. BMJ 2016; 354: i3426.

B. Hofmann & K. Slagstad svarer:

Takk til A.W. Blomkvist for kommentar til vår artikkel (1) om Helsedirektoratets anbefaling om bruk av ikke-invasiv prenatal test (NIPT) i fosterdiagnostikken. Artikkelen er blitt vesentlig aktualisert av at helseminister Høie nå innfører testen som alternativ til prøve av fostervann eller morkake (invasive tester) dersom KUB har vist forhøyet sannsynlighet ($> 1:250$) for trisomi hos fosteret. Som vi har påpekt er NIPT ikke en diagnostisk test, dvs. at positive og inkonklusive testresultater må be- eller avkrefte med invasiv test. Man vet ikke sikkert risikoen for spontanabort etter invasiv test, men man har antatt at risikoen er på 0,5–1,0 %. I evalueringen av bioteknologiloven står det: «Fostervannsprøven eller morkakeprøven er antatt å innebære en risiko for spontanabort på ca. 0,5 %» (2). Og det finnes holdepunkter for at risikoen er så lav som 0,11–0,22 % (3). I så fall er det snakk om å unngå maksimalt én spontanabort per år.

Blomkvist mener vi er unøyaktige i omgangen med tall. Studien fra England som vi refererte tok for seg knapt 2 500 kvinner som ble testet med ikke-invasiv prenatal test. To kvinner valgte provosert abort før invasiv test. Populasjonen er ikke direkte sammenlignbar med de kvinnene som vil tilbys testen i Norge. Om testen tilbys til en utvidet gruppe med lavere risiko for trisomi, vil antallet falskt positive tester øke. Gitt at det igjen vil føre til flere invasive undersøkelser, vil man kunne forvente flere prosedyrerelaterte spontanaborter.

Blomkvist viser til at den samme studien beregnet at å tilby NIPT til en populasjon med risiko $> 1:1000$ for trisomi 21 ikke økte kostnadene. Igjen er ikke situasjonen overførbar til dagens situasjon i Norge: Kunnskapssenterets rapport har vist at å tilby

>>>

ikke-invasiv prenatal test til en høyrisikogruppe etter KUB koster ca. en halv million mer per år (4).

For øvrig velger Blomkvist å overse de etiske problemstillingene innføring av testen medfører, og som vi påpeker i vår artikkel. Debatten handler om tall – programmet vi nå får er «både mer kostbart og gir dårligere effekt i form av færre oppdagede tilfeller trisomi enn dagens praksis» (4). Men den handler også om etiske dilemmaer. Vi håper vi kan diskutere også disse problemstillingene.

Bjørn Hofmann
 bjoern.hofmann@ntnu.no
Ketil Slagstad

Bjørn Hofmann (f. 1964) er professor i medisinsk etikk og filosofi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet på Gjøvik og ved Universitetet i Oslo.

Forfatter oppgir følgende interessekonflikt: Han er medlem av Bioteknologirådet.

Ketil Slagstad (f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hofmann B, Slagstad K. Fostertest som prøvestein og brekkstang. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 435–6.
2. Helsedirektoratet. Evaluering av bioteknologiloven 2015. Oslo: Helsedirektoratet, 2015. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/997/Evaluering-av-bioteknologiloven-2015-IS-2360.pdf> [13.3.2017].
3. Akolekar R, Beta J, Picciarelli G et al. Procedure-related risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 45: 16–26.
4. Juvet LK, Ormstad SS, Schneider AS et al. Ikke invasiv prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 21, 18 og 13. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.

Re: Ny kurs for rusmidler

Takk for et dristig og utfordrende debattinnlegg av A.W. Blomkvist og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 3/2017 om norske legers rolle i den nytenkningen som finner sted på rusfeltet (1). Vi er enige med forfatterne i at det er en alvorlig mangel på leger med god nok kompetanse på rusfeltet. Hvis norske leger skal ha en viktig stemme i utforming av ny ruspolitikk, er vi tjent med en bred og faktabasert debatt.

Mange mener at det er på høy tid med en ruspolitisk reform. «The war against drugs» har pågått lenge, med usikre resultater (2). Når 30 % av de innsatte og nesten 40 % av de i varetekt sitter inne for befatning med narkotika, har dette kostnader som sjelden problematiseres (3). *The Lancets* anbefaling gjør at vi må ta debatten om avkriminalisering av besittelse og bruk. At rusmidlene fortsatt er ulovlige, er ikke til hinder for at bruk og besittelse av dem håndteres utenfor straffeloven, slik vi allerede gjør i program mot ruspåvirket kjøring (4). Tiden er moden for en gjennomgang av erfaringer og utvikling av modeller som kan erstatte dagens praksis.

Vi bør også problematisere hvorvidt avkriminalisering bør følges opp med legalisering. Dette er ikke nødvendigvis to sider av samme sak. Begrepsbruken her er på ingen måte utvetydig. «Human ruspolitikk» er både en organisasjon (Foreningen for human narkotikapolitikk) og et begrep brukt av flere ulikt motiverte aktører (normal-norge.no). Konsekvensene av langvarig rusbruk helsemessig og sosialt gjør at vi bør sette spørsmålstegn ved det «humane» i en radikal legaliseringspolitikk. Vi har i dag en betydelig mengde avhengighetsskapende legemidler på avveie (5). Det er viktig å trekke med seg erfaringene fra dagens reguleringsregimer hvis vi skal endre kontrollmekanismene.

Forklaringsmodeller for rusproblemer endrer seg over tid (6). For tiden er rusavhengighet definert ut fra et helseperspektiv. Forskning på hvor og på hvilke måter ulike rusmidler påvirker hjernefunksjoner er en del av dette. Noen betrakter også rusavhengighet som en kronisk hjernesykdom (7). Hjerneforskningsperspektivet er lett kombinert med substitusjonsbehandling begrunnet ut fra skadereduksjon. Vi har allerede nesten 8 000 pasienter på legemiddellassisteret rehabilitering (8). Når vi vet hvor vanskelig det er å få realisert rehabiliteringskomponenten, bør vi diskutere hvor mye langt vi skal gå med substitusjonsbehandling og til hvilken pris.

Mange har erfart at det å bli rusfri eller å bli stabilisert på et substitusjonsmedikament bare er en begynnelse på veien mot et mer meningsfullt liv. Å oppnå reintegrering i en normal tilværelse er en langt større og mer komplisert prosess. Det er en utfordring å få med oss de psykososiale perspektivene i diskusjonen om nytenkning innenfor rusfeltet.

Ulf Peter Dahl
 ulpet-da@online.no
Harald Siem

Ulf Peter Dahl (f. 1950) er cand.sociol. og styremedlem i Phoenix Haga. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Siem (f. 1941) er dr.med. og styremedlem i Phenix Haga. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Blomkvist AW, Eika F, Eika S et al. Ny kurs for rusmidler. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 178–9.
2. Report. The global Commission on drug policy: War on Drugs. Juni 2011. www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf [21.2.2017].
3. Narkotikapolitikken: Behov for nye idéer og bedre løsninger. Civita-notat nr. 1/2015. www.civita.no/assets/2015/01/civita-notat_01_2015.pdf [21.2.2017].
4. Justisdepartementet. Forskrift om program mot ruspåvirket kjøring. § 2. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-10-10-1100> [21.2.2017].
5. Folkehelseinstituttet. Legemiddelbruk i Norge. www.fhi.no/hn/legemiddelbruk/legemiddelbruk-i-norge/ [21.2.2017].
6. Furuholm D, Schanche Andresen A. Fellesskapet som metode. Oslo: Cappelen, 2007.
7. Mørland J, Waal H. Rus og avhengighet. Oslo: Universitetsforlaget, 2016.
8. Helsedirektoratet. Pasienter i legemiddellassisteret rehabilitering. <https://helsedirektoratet.no/> [21.2.2017].