

- » Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: En varslet katastrofe

Mons Lies leder i tidsskriftet nr. 7–8/2017 om utviklingen ved Oslo universitetssykehus slutter jeg meg til (1). Jeg har selv ved flere anledninger forsøkt å varsle, men uten respons (2–4). Jeg kan supplere Lies varsel med et poeng til.

Statistisk sentralbyrå oppgir at det i 2015 bodde 658 390 innbyggere i Oslo og 594 799 i Akershus. Ved fremskrivning har de kommet til at i 2040 vil Oslo ha 854 000 og Akershus 768 000, dvs. en samlet økning på knapt 370 000 innbyggere (5). Hva er det så ledelsen i Oslo universitetssykehus og deres overordnede organ Helse Sør-Øst har planlagt for? Ingen økning i lokalsykehusfunksjon for Lovisenberg og Diakonhjemmet, opprette lokalsykehusfunksjon for 70 000–80 000 på Rikshospitalet, bygge nytt Aker sykehus med kapasitet for cirka 110 000 og legge ned Ullevål sykehus, som i 2015 var lokalsykehus for knapt 220 000 innbyggere. Det betyr at den planlagte utbyggingen snaut nok har kapasitet til det Ullevål dekket i 2015. Ettersom Akershus universitetssykehus allerede er sprengt, vil det uten revisjon av planene være cirka 370 000 innbyggere som står uten lokalsykehus i 2040. Kreftregisteret sendte i september 2016 ut en rapport som viste at antallet krefttilfeller vil øke med nær 40 % for menn og 27 % for kvinner frem mot 2030 (6). Helse Sør-Øst planlegger et nytt kreftbygg på Radiumhospitalet, men det gir ikke økt kapasitet. Hva man skal gjøre for å møte økningen, og for å ta hånd om de pasientene som i dag behandles ved Kreftsenteret på Ullevål, har man ingen planer for.

Begrunnelsen for å legge ned Ullevål sykehus er at bygningsmassen er gammel og nedslitt. Men de underslår at det finnes nær 100 000 m² nyere, godt funksjonelle bygninger, med blant annet et akuttbygg fra 2014 og kreftsenter fra 2006. Med et nytt klinikkbygg nord for Midtblokken vil Ullevål være et godt lokalsykehus for flere enn de innbyggerne det dekker i dag. Utgifter til dette blir neppe vesentlig større enn kostnadene ved å vedlikeholde de 115 og 102 år gamle byggene som i dag brukes til sengeposter og poliklinikker i de 10–15 år det vil ta før planlagte bygg på Gaustad og Aker står ferdig. Med utvidelse av Kreftsenteret nordover kan man øke kapasiteten for kreft. Beholder man Ullevål, vil det ikke være nødvendig å investere i et nytt stort akuttmottak på Rikshospitalet. Det har man allerede på Ullevål.

Men kjernepunktet i innlegget er å vise at Helse Sør-Øst ikke har forsvarlige planer for å ivareta behovet for sykehustjenester i årene frem mot 2030–40. Og når dette nivået svikter, er det helse- og omsorgsministeren som må ta ansvaret. Hvis han ikke gjør det, må den politiske opposisjonen stille spørsmål om hvordan dette skal løses.

Rolf Kåresen

Rolf.karesen@medisin.uio.no

Rolf Kåresen er dr. med., professor emeritus, tidligere overlege, avdelingsoverlege og sjeflege ved Ullevål universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatter har deltatt i planlegging og gjennomføring av utbygginger på sykehuset i årenene 1992–2007.

Litteratur

- Lie M. En varslet katastrofe. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 504.
- Kåresen R. Mot organisatorisk kaos? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2453.
- Kåresen R. Å legge ned Ullevål sykehus løser ikke problemet. Aftenposten 2016; <http://eavis.aftenposten.no/aftenposten/2017/6/1/?query=ullev%C3%A5l%20sykehus%20og%20rolf%20k%C3%A5resen> [7.4.2017].
- Kåresen R. Ullevål sykehus kommer til å trenge. Klassekampen 2016; <http://www.klassekampen.no/section/search?text=rolf+k%E5resen>

- Leknes S. Regionale befolkningsframskrivninger 2016–2040: Flytteforutsetninger og resultater. Økonomiske analyser 3/2016. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/270395?_ts=1556d68ed68 [7.4.2017].
- Kreftregisteret. Stor økning i krefttilfeller fram mot 2030. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/Stor-okning-i-krefttilfeller-fram-mot-2030/> [7.4.2017].

Re: Fosteret som prøvestein og brekkstang

Helse- og omsorgsdepartementet godkjente 1. mars 2017 ikke-invasiv prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21 etter bioteknologiloven § 4-2. Bjørn Hofmann & Ketil Slagstad uttrykker sin uenighet med Helsedirektoratet (1). De hevder at anbefalingen er svakt begrunnet og dårlig gjennomtenkt, og at den gir uttrykk for en kalkulert strategi for å sementere fostermedisinene sin rolle i den fremtidige svangerskapsomsorgen.

Metoden ble godkjent innenfor gjeldende vilkår for fosterdiagnostikk som alternativ til morkakeprøve eller fostervannsprøve. Metoden er bare godkjent innen fosterdiagnostikk for gravide som først har tatt kombinert ultralydundersøkelse og blodprøver, og som har fått påvist høy risiko (veiledende 1 : 250 eller høyere) for trisomi hos foster. Vedtaket er i samsvar med Helsedirektoratet sin anbefaling.

Hvis målet med fosterdiagnostikk i første trimester bare er å oppdage fleste mulig trisomier, kan man forstå kritikken mot Helsedirektoratets anbefaling, men fosterdiagnostikk er så mye mer. I henhold til lov om bioteknologi er formålet med fosterdiagnostikk å oppdage sykdom, skade eller utviklingsavvik hos fosteret.

Fosterdiagnostikk og fostermedisin tilbys for at flest mulig fostre kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret. I Norge er det bare kvinner som er over 38 år eller har spesielle risikofaktorer som tilbys fosterdiagnostikk i første trimester. Spesielle risikofaktorer omfatter gravide der kvinnen selv eller hennes partner tidligere har fått et barn eller foster med alvorlig sykdom eller utviklingsavvik, har økt risiko for alvorlig sykdom hos fosteret, bruker medisiner som kan skade fosteret og gravide som er i en vanskelig livssituasjon og mener at de ikke vil klare den ekstra belastningen et sykt eller funksjonshemmet barn kan medføre. Det må være en målsetting å gi disse kvinnene så god informasjon om svangerskapet som mulig istedenfor ensidig å fokusere på trisomier. Før det utføres fosterdiagnostikk skal kvinnen få informasjon om at undersøkelsen er frivillig, om risiko ved prøvetaking og hvilke konsekvenser diagnostikken kan få for henne selv og for fosteret eller barnet.

Nakkeoppklaringen skyldes ødem i nakken hos fosteret, og stor nakkeoppklaring er assosiert med trisomier. Økt nakkeoppklaring er ikke bare assosiert med trisomier, men er også forbundet med fosteravvik. Alvorlige fosteravvik som akrani (anencephalus), skjellettdysplasier, megacyste (stor urinblære pga. av urethraklaffer) og omphalocele (bukvegsbrokk) kan med stor sikkerhet oppdages i første trimester.

Det er ikke urimelig at fostermedisinene har en sentral rolle i oppfølging av risikosvangerskap på tilsvarende måte som kardiologer har en sentral rolle i oppfølging av pasienter med hjertesykdom. Vi støtter Helsedirektoratets forslag og Helse- og omsorgsdepartementets vedtak. Hovedformålet med fosterdiagnostikk

>>>

i første trimester er ikke lenger å oppdage flest mulig foster med trisomi 21.

Torbjørn Eggebø
tme@lyse.net
Maria Aurora Røset
Ilka Clemens
Karin Deibele
Birgitte Kahrs

Torbjørn Eggebø er professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Maria Aurora Røset er overlege ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs Hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ilka Clemens er overlege ved Nasjonalt senter for fostermedisin, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karin Deibele er lege i spesialisering ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Birgitte Kahrs er konstituert overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hofmann B, Slagstad K. Fosterrest som prøvestein og brekkstang. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 435–6.

B. Hofmann & K. Slagstad svarer:

Vi takker Torbjørn Eggebø og medarbeidere for en saklig og balansert kommentar til vår artikkel. Vi er enige i at tidlig ultralyd er egnet til å oppdage mer enn trisomier, og at alvorlige fosteravvik kan oppdages med ultralyd i første trimester. Med dette utgangspunktet hadde vi håpet at det fostermedisinske fagmiljøet kunne reflektere over er to ting: viktigheten og virkningen av å søke etter slike tilstander.

Fostermedisinere har også tidligere argumentert hardt for betydningen av å oppdage alvorlige tilstander tidlig. I et intervju i Dagbladet hevdet daværende seksjonsoverlege for Nasjonalt senter for fostermedisin, Sturla Eik-Nes, at tidlig ultralyd burde tilbys alle for at kvinnene skulle få ta egne valg. I artikkelen ble det vist seks skremmende bilder av tilstander som hevdes å være «avvik som fostermedisinere i Trondheim ser ukentlig» (1). Hvis vi ser på forekomsten av anenkefali, som også nevnes spesielt i Helsedirektoratets begrunnelse og tilrådning (2), så oppgis denne å være 0,364 promille i Norge (3).

Forfatterne legger også vekt på at tidlig ultralyd er en metode som «med stor sikkerhet» oppdager de tilstandene som nevnes. Å oppdage at fosteret mangler hode kan gjøres med stor sikkerhet, men hvis det forekommer sjelden, blir den samlede nytten liten. Den samlede forekomsten av strukturelle avvik i Norge er på ca. 2 % (4). Hvor mange av disse kan fanges opp med tidlig ultralyd, hvor høy er forekomsten og hvor stor er den diagnostiske nøyaktigheten er for de ulike tilstandene? I tillegg er det viktig å vite hva man kan gjøre med en oppdaget tilstand og hva helsegevinsten er. Kunnskapssenterets rapport viser at tidlig ultralyd kan fange opp en lang rekke strukturelle avvik, men at den diagnostiske nøyaktigheten er lav og at helseeffekten er liten (4). Her burde fostermedisinere bidra med viktig kunnskap om betydningen av å sette søke-lyset på slike tilstander.

Kan det å sette søkelys på tilstandene ha negative konsekvenser? Bildereportasjer å la Dagbladets (1) og rene oppramsinger av alvorlige tilstander (2) uten mer informasjon om forekomst og nytte, risikerer å skremme befolkningen til å etterspørre tidlig ultralyd. Vi er overbevist om at dette ikke er fostermedisinernes hensikt. Men da må de også informere oss om hvilke tilstander det søkes etter, hvor alvorlige de er, hvor ofte de forekommer, hvilken for-

skjell det gjør å oppdage dem med tidlig ultralyd og hvor nøyaktig testen er for de ulike tilstandene.

Bjørn Hofmann
bjoern.hofmann@ntnu.no
Ketil Slagstad

Bjørn Hofmann er professor i medisinsk filosofi og etikk ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet på Gjøvik og ved Universitetet i Oslo. Oppgitte interessekonflikter: Forfatter er medlem av Bioteknologirådet

Ketil Slagstad er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Scherve H. Vil avsløre flere syke fostre ... men norsk lov sier nei. Dagbladet. 25.1.2009.
2. Helsedirektoratet. Brev til Helse- og omsorgsdepartementet. «Helsedirektoratets tilrådning: Bruk av Non-invasive prenatal testing (NIPT) for påvisning av trisomi 13, 18 og 21. Oslo: helse- og omsorgsdepartementet, 2017.
3. Khoshnood B, Loane M, de Walle H et al. Long term trends in prevalence of neural tube defects in Europe: population based study. BMJ 2015; 351: h5949.
4. Lauvrak V, Norderhaug IN, Hagen G et al. Tidlig ultralyd i svangerskapsomsorgen. Vitenskapelig artikkel. Report No.: 978-82-8121-444-6. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Re: Stadig økende kvistspesialisering

Dr. Nakken beskriver i Tidsskriftet nr. 7–8/2017 et av legelivets paradokser med økende subspecialisering i dagens medisin: Jo flinkere man blir i noe, desto mindre kan man brukes til (1). På EEG-seksjonen på Spesialisykehuset for epilepsi påberoper vi oss helt riktig en viss spisskompetanse. Vi har som kliniske nevrofysiologer subspecialisert oss på EEG og deretter subspecialisert oss på EEG ved epilepsi. På veien dit har nok ikke mange av oss fått med seg mye fra det siste innen epigenetikk, antibiotikaresistens eller transrektal tonsillektomi for den saks skyld. Dette er ikke en ønsket situasjon. Vi skulle gjerne kunnet litt om alt og hatt det store overblikket Nakken etterlyser. Men det er krevende å være både spiss og bred på én gang. Kun få av oss blir en spydspiss. Man ender lett opp som flat trekant i forsøket De fleste av oss ender derfor med et valg om å bli gode i å være brede eller spisse.

Vi skvises ytterligere av våre nevrologkolleger og barnelegekolleger med forespørsler om ikke noen av oss kan «spisse» oss ytterligere for eksempel med å jobbe bare med å utrede pasienter til epilepsikirurgi. Så vi prøver nå så godt vi kan å tilpasse oss og subspecialisere oss i de generaliserte epilepsiene på den ene siden og «spikene» til de fokale epilepsiene på den andre siden.

For tiden har vi en svensk vikar hos oss som har gitt oss faglig påfyll på hva som skjer innen spikologien på kontinentet. Det er den midterste tredjedelen av spikene som for tiden er hottest når dipolene til epikirurgipasientene skal kildelokaliseres. Han har derfor subspecialisert seg på denne biten av spikene.

Så langt som svenskene har vi altså ikke kommet ennå, men vi jobber altså med å legge kvisten litt høyere. Men hva vi eventuelt kan brukes til den dagen vår mikrospecialiserte kompetanse på EEG utkonkurreres av noen nanospecialiserte nevrologer, tør vi dog ikke tenke på.

Rune Markhus
runem@ous-hf.no

Rune Markhus er seksjonsleder ved Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Nakken KO. Stadig økende kvistspesialisering. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 560.