

meget høyt. Brå avslutning av slik tilførsel kan med stor sikkerhet gi store seponerings-symptomer med fare for kramper og fullt utviklet delirium. Man bør derfor, som i kasuistikken, trappe ned over noe tid.

At Kristensen & Pasareanu bare har funnet to tidligere publikasjoner på kramper, illustrerer nødvendigheten av at man rapporterer og publiserer denne typen kasuistikker. Deres bidrag er derfor verdifullt.

**Jørgen G. Bramness**

**Helge Waal**

Senter for rus- og avhengighetsforskning  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Mellingsæter TC, Bramness JG, Slørdal L. Er z-hypnotika bedre og tryggere sovemedisiner enn benzodiazepiner? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2954–6.

## Om å ri sine kjepphester

Jeg registrerer at nevrologene Harald Schrader og Lars Jacob Stovner i Tidsskriftet nr. 5/2010 forsøker å trekke professor Per Holcks kunnskaper i tvil (1). For mange nakkeskadete er det ubegripelig at nevrologene nærmest har tiltatt seg et monopol på sakkyndighet når det gjelder alle typer nakkeskader. Jeg har ingen problemer med å se at de skal ha en slik funksjon i forhold til sykdom og infeksjoner eller ved direkte skade på nervesystemet. En stor del av nakkeskadene dreier seg imidlertid ikke om dette. Det gjelder skader på ledd og leddbånd som hører inn under muskel- og skjelettsystemet. Det finnes intet i fagplanene for nevrologi som dekker dette.

Siste generalplan for Norsk nevrologisk forening fra 2006 sier heller ikke noe om denne type problemer (2). Ledd- og leddbåndsskader er kort og greit ikke nevrologenes bord. I tilfeller der det er mistanke om alvorlige leddbåndsskader skal nevrologene henvise pasientene til spesialister på muskel- og skjelettsystemet. Det har de ikke gjort. Nevrologene har funnet det mer passende å skyve denne pasientgruppen over i fagområdet psykologi/psykiatri. Schrader og Stovner har vært blant de fremste talsmennene for dette gjennom forskning basert på en såkalt biopsykososial tilnærming (3).

De trekker også en ytterliggående konsekvens av sin psykologiske tilnærming ved å hevde at nakkeslengskadete ikke bør få skadeerstatning. Om dette skriver de to: «Fordelen med en konsekvent avvisning av erstatningskrav vil være at det sendes sterke signaler om den gode prognosen vanlig nakkesleng har» (1).

Deres forsøk på å trekke professor Holcks kompetanse i tvil stimulerer i første omgang smilebåndet. Ved nærmere ettertanke finner jeg det alvorlig at disse to får gjøre seg til talsmenn for nevrologi i Norge. Jeg etterlyser kunnskapsrike, skrivekyndige

nevrologer som kan gi et bedre bilde av problematikken rundt nakkeskader i norsk helsevesen.

**Thorleif Næss**

Bergen

#### Litteratur

1. Schrader H, Stovner LJ. Feilaktig om bløtdelsskader etter nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 473.
2. Generalplan for nevrologi. Oslo: Norsk nevrologisk forening, 2006. www.legeforeningen.no/id/59859.c0 (18.5.2010).
3. Schrader H, Stovner LJ. Kronisk nakkeslengsyndrom – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1296–9.

## En estetisk nedtur

Jeg tør påstå at jeg aldri har sett en styggere forside enn den som ble presentert i Tidsskriftet nr. 9/2010. Dette var rett og slett så estetisk vemmelig at morgenkaffen satte seg i vranghalsen. Over hele forsiden velte rumpesprekk og rumpehull seg ekshibisjonistisk opp på frokostbordet i et zoomet nærbilde. Rumpa var dessuten nærmest gjengrodd av hår – noe jeg må medgi at jeg ikke har den store sansen for. Men prikken over i-en var den rødlig, væskende og pussbefengte «tvingingen» øverst i rumpe-sprekken som lyste mot deg. Naturligvis, for ellers hadde ikke dette hatt noen mening i et medisinsk tidsskrift. Fargevalget for øvrig, blekrosa og brunt, bidro definitivt ikke til å gi denne forsiden et helt nødvendig løft. Tvert imot!

Tilbakemelding til redaksjonen: Nummeret ble kommentert med latter og hode-risting av kollegene på jobben. For egen del forsvant all morgenappetitt som dugg for solen, og jeg rakk så vidt å bla igjennom annonsene før min kone ryddet Tidsskriftet bort samme dag. Da jeg spurte hvor det var blitt av, sa hun at det hadde havnet i papirkurven.

**Arne Borthne**

Akershus universitetssykehus

## En myte at obduksjoner gir direkte klinisk nytte

I kronikken min om obduksjoner i Tidsskriftet nr. 7/2010 konkluderte jeg med at det – på tross av det patologer stadig hevder ikke er grunn til å øke frekvensen av ikke-rettslige obduksjoner (1). I nr. 11/2010 var det innlegg fra to som begge mener at obduksjonsfrekvensen bør økes (2, 3).

Både Alfson og Ellingsen & Mæhlen fremstiller et romantisk scenario der obduksjoner er en viktig kunnskapskilde for klinikere. Et hovedpoeng med kronikken var nettopp å vise at den direkte kliniske nytten av obduksjoner er en myte. Ingen

har vist at høy obduksjonsfrekvens gir bedre diagnostikk og behandling. Dessuten er tallrike obduksjonsserier allerede publisert. Klinikere bør heller studere disse.

Alfson mener jeg hevder at de ikke-rettslige obduksjonene er til for patologenes skyld. Selvsagt mener jeg ikke det. Som det fremgår av kronikken, er patologenes kunnskapservvervelse og -vedlikehold kun én av flere årsaker til at man bør obdusere. Alfson anslår videre at en obduksjon kun koster rundt 1 500 kroner. Men hennes regnestykke blir feil. Man må huske at et helt system, blant annet mange stillinger, på en patologisk avdeling er basert på dagens obduksjonsfrekvens. Da blir selvsagt 1 500 kroner et altfor lavt estimat.

Som sagt i kronikken, mener jeg at et ønske fra pårørende om obduksjon bør imøtekommes, og likeledes trenger patologer obduksjoner for å erverve og vedlikeholde kunnskap. Foruten dette bør ikke-rettslige obduksjoner forbeholdes tidsbegrensede vitenskapelige studier, enten ved at «alle» obduseres i en periode, eller ved at tilfeldige personer systematisk trekkes ut til å bli obdusert. Dette vil kunne gi pekepinn om hvilke systematiske feil som gjøres i diagnostikken. Tilfeldige, ikke-systematiske obduksjoner har man derimot ikke bruk for.

Ellingsen & Mæhlen mener at korrekte diagnoser er viktig for Dødsårsaksregisteret, og at dette også er et argument for å øke obduksjonsfrekvensen. Men man må kunne stille spørsmål ved hvor viktig en detaljert dødsårsak er for samfunnet. Hvis man for eksempel ved «mors subita» (plutselig, uventet død) gjetter at dødsfallet skyldes akutt hjerteinfarkt, vil denne diagnosen være feil i over 50 % av tilfellene. Men differensialdiagnosene, som f.eks. akutt lungeemboli, akutt slag eller rumpert aortaaneurisme, har mange risikofaktorer felles med akutt hjerteinfarkt. Samfunnets profylaktiske tiltak blir hovedsakelig de samme, enten personen døde av akutt hjerteinfarkt eller av differensialdiagnosene. Trenger vi egentlig å vite hvilken kardiovaskulær sykdom vedkommende døde av – holder det ikke å si at dødsårsaken var akutt kardiovaskulær sykdom?

Som hovedregel mener jeg at respekt for den avdøde tilsier at personen skal få ligge urørt når livet har ebbet ut. Når man etter døden møter de pårørende, er justering av vitalstatistikk et for svakt argument å begrunne et obduksjonsønske med.

**Anders Svare**

Sykehuset Namsos

#### Litteratur

1. Svare A. Trenger vi virkelig flere obduksjoner? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 756–8.
2. Alfson C. Ja, vi trenger flere obduksjoner! Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1121.
3. Ellingsen CL, Mæhlen J. Heller flere enn færre obduksjoner. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1121.