Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Tidfesting av medisinhistoriske begivenheter

I Tidsskriftet nr. 13–14/2010 testet Skagen m.fl. medisinske historiekunnskaper hos studenter og leger (1). Som de antyder kan fasitsvarene for noen av hendelsene være diskutabile, men for en av milepælene er fasiten i alle fall gal.

Nyretransplantasjon som gjennombrudd kan tidfestes forskjellig. I 1933 utførte Yurii Voronoy i Kherson, Ukraina den første menneske-til-menneske nyretransplantasjon (2). Nyren produserte urin i to døgn før den stoppet opp, og pasienten døde. Senere ble det gjort en rekke transplantasjonsforsøk rundt om i verden, men den første vellykkede fant sted i Boston i desember 1954. Begivenheten var såpass stor at den medførte en nobelpris til Murray og Merrill i 1990. Når akkurat denne transplantasjonen ble den første vellykkede i sitt slag, skyldtes det at giver var pasientens eneggede tvillingbror, slik at man unngikk all immunologiproblematikk.

Den første nyretransplantasjonen i Norden ble utført av Leif Efskind på Rikshospitalet i 1956. Pasienten levde med nyren i én måned, tross både ABO-uforlikelighet og mangel på effektiv immunosuppresjon. Den første langtids vellykkede nyretransplantasjonen i Norge fant sted på Ullevål sykehus i 1963, og det kan synes som det er denne begivenheten Skagen, basert på Westin, har lagt til grunn for sin tidfesting. Som etablert behandling i Norge kan nyretransplantasjon tidfestes til 1969, de tidligere må kunne kalles eksperimentell behandling.

Hva som skal være fasitsvar kan følgelig diskuteres, det avhenger av premissene man la frem for de spurte. Var det kun stikkordet «nyretransplantasjon», burde man, som nobelkomiteen, valgt 1954. Norske nyresviktspasienter ville kanskje heller gå for 1969. Historikken har for øvrig vært korrekt gjengitt i Tidsskriftet flere ganger (3, 4). De som måtte ha husket årstall derfra fikk altså feil fra Skagen m.fl.

At dialysebehandling tidfestes til 1944,

er forståelig. Det var da Willem Kolff første gang greide å få en pasient med akutt nyresvikt til å overleve til nyrefunksjonen tok seg opp igjen. Den første som prøvde å gi mennesker dialyse var Georg Haas i Giessen i 1923. Men dialyse ble aldri en langtidsmulighet før Belding Scribner i Seattle lanserte teflonsilikonshunten i 1960, så dette kunne like gjerne vært satt som gjennombruddsåret. Til Norge kom det første dialyseutstyret i drift i 1956 (på Rikshospitalet), etter at man hadde mistet sjansen til en vellykket tvillingtransplantasjon i 1955 fordi pasienten døde av sin nyresvikt før man kunne operere (5).

Torbjørn Leivestad
Immunologisk Institutt
Rikshospitalet

Litteratur

1. Skagen KM, Junker A, Nylenna M et al. Studenter og legers tidfesting av viktige medisinhistoriske begivenheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1364–7.
2. Matevossian E et al. Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961) – a pioneer in the history of clinical transplantation: in memoriam at the 75th anniversary of the first human kidney transplantation. Transplant Int 2009; 22: 1132–9.
3. Reisæter AV. Nyretransplantasjon i Norge – eit historisk perspektiv. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3163–6.
4. Thorsby E. Norsk transplantasjonsmedisin gjennom 50 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3305–10.
5. Cappelen C. Medisinsk teknikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1974; 94: 827–33.

Skagen og medarbeidere svarer:

Vi takker Torbjørn Leivestad, og bøyer oss i full respekt for hans interessante redegjørelse for nyretransplantasjonens historie, både internasjonalt og i Norge. Han påpeker med dette en kjent svakhet ved datering av begivenheter som kjennetegnes av utvikling gjennom mange trinn, samtidig som han også bekrefter at vår artikkel tjener litt av sin tenkte hensikt. Våre «fasitsvar» kan som tidligere nevnt være diskutabile, men en slik diskusjon kan bare ses på som konstruktiv og berikende. Vi kan dessuten berolige Leivestad og deltakerne i undersøkelsen med at avvikene fra «fasitsvarene» var såpass markante at selv denne årstallsjusteringen ikke ville ha endret på våre hovedkonklusjoner. Ja, vi har faktisk regnet om igjen.

Flere av angivelsene i den årstallstabellen deltakerne fikk forelagt, og som er gjengitt i artikkelens ramme 1, er basert på arbeidet til den britiske legen og helsejournalisten James Le Fanu (1). Årstallet 1963 for nyretransplan-

tasjon hører med til disse. Som Leivestad skriver, ble det i 1954 utført en vellykket transplantasjon mellom eneggede tvillinger, men det var i mange år tilnærmet umulig å komme rundt immunsystemets avstøtning. Først ved en konferanse i 1963 kunne amerikaneren Thomas Starzl presentere en lang rekke vellykkede transplantasjoner, der han kombinerte de kirurgiske teknikkene med steroidbehandling samt bruk av det den gang nye midlet azatioprin (1). Det er nærliggende å tro at dette var del av den kunnskapen norske kirurger fikk med seg via Richard E. Wilson fra Brigham Hospital (2); gruppen der Wilson arbeidet publiserte sine resultater med henvisning til Starzl i 1964 (3).

Det er naturligvis ikke dermed sagt at Le Fanus årstall er noe riktigere enn de årstallene Leivestad gir gode begrunnelser for. Men den tabellen vi laget på basis av Le Fanus bok, tror vi fortsatt gir en noenlunde riktig tidfesting av merkestener i den medisinske utvikling, med tidsangivelser som for mange fortsatt er ukjente, og av og til overraskende. Hvis flere av Tidsskriftets lesere har funnet grunn til å diskutere enkelte av årstallene, er mye av vår hensikt med artikkelen oppnådd. Så kan vi selvsagt diskutere om historiker og utenriksminister Halvdan Koht (1873–1965) hadde rett i sin påstand: «Årstala er det viktigaste i saga».

Knut Mork Skagen
Asbjørn Junker
Magne Nylenna
Steinar Westin

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little Brown, 1999.
2. Thorsby E. Norsk transplantasjonsmedisin gjennom 50 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3305–10.
3. Murray JE, Merrill J P, Dammin GJ et al. Current evaluation of human kidney transplantation. Ann N Y Acad Sci 1964; 120: 545–57.

Bløtdelsskader etter lavhastighetskollisjoner

Schrader og medarbeidere bagatelliserer i Tidsskriftet nr. 5/2010 risikoen for kroniske nakkeplager etter trafikkulykker (1). Ifølge Quebec Task Force-rapporten fra 1995 (2) kan nakkeslangmekanisme føre til skade på en rekke strukturer i nakken. I en svensk rapport med bidrag fra relevante spe-

sialiteter legges det til grunn at nakkesleng-skader har organiske årsaker (3). Slike skader synes ofte ikke på røntgen, CT eller MR. Når Dullerud og medarbeidere ikke oppnår positive funn i sin MR-undersøkelse (4), avkrefter dette derfor ikke at organiske skader oppstår ved slike ulykker. Med akutte plager etter påkjørsler bakfra tredobles risikoen for kroniske nakkeplager, og risikoen for andre symptomer øker (5). De fleste skader etter kollisjoner bakfra skjer ved hastighetsendringer på rundt 10 km/t (6). Krafft fant i 1997 ingen påvist sammenheng mellom størrelsen på hastighetsendringen og omfanget/varigheten av symptomene (7).

At kroniske plager etter nakkesleng-skader er ukjent i land uten erstatningsmuligheter, er ikke dokumentert. Den såkalte Litauen-undersøkelsen er møtt med omfattende kritikk (6, 8, 9). I en artikkel fra 2002 angir Schrader og medarbeidere hhv. 17 km/t og 34 km/t som grenser for å bli skadet ved kollisjoner bakfra, hhv. forfra/ fra siden (10). The Quebec Task Force minnet imidlertid om at forsøk med frivillige ikke kan overføres til det virkelige liv (2). I en svensk doktorgrad ble det funnet varige plager ved påkjørsler frontalt der hastigheten var under 10 km/t (11).

Det danske Retslægerådet har avvist eksakte grenser for skadeevne, og konkludert med skadeevne ved hastighetsendringer helt ned i 5 km/t. (12). Det er ikke noe vitenskapelig kunnskapsgrunnlag for en bestemt grenseverdi for når personskaade inntreffer (13). Flere norske rettsavgjørelser konkluderer med skadeevne ved hastighetsendringer godt under 10 km/t.

Sven Knagenhjelm
Oslo

Litteratur

- Schrader H, Stovner LJ. Feilaktig om bløtdelsskader etter nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 473.
- Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1995; 20: 2372.
- Säktorsrådet för rehabiliteringsmedicin i Västra Götaland. Omhändertagande av patienter med whiplashrelaterade besvär. www1.vgregion.se/whiplash/ (8.9.2010).
- Dullerud R, Gjertsen O, Server A. Magnetic resonance imaging of ligaments and membranes in the craniocervical junction in whiplash-associated injury and in healthy control subjects. Acta Radiol 2010; 51: 207–12.
- Berglund A. On associations between different factors and whiplash injury. Doktorgradsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2002.
- Wismans JS, van den Kroonenberg AJ. European research in whiplash injury prevention. Vancouver: Traffic Safety and Auto Engineering Stream of the Whiplash-Associated Disorders World Congress, 1999.
- Krafft M. Non-fatal injuries to car occupants. Doktorgradsavhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 1998.
- Freeman MD, Croft AC. Late whiplash syndrome. Lancet 1996; 348: 124–5.
- Borchgrevink GE, Lereim I, Rønnefeldt L. National health insurance consumption and chronic symptoms following mild neck sprain injuries in car collisions. Scand J Soc Med 1996; 24: 264–71.
- Schrader H, Stovner LJ, Ferrari R. Kronisk nakkeslengsyndrom – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1296–9.
- Jakobsson L. Whiplash associated disorders in frontal and rear-end car impacts. Doktorgradsavhandling. Göteborg: Chalmers University of Technology, 2004.
- Rætslægerådet. Brev 19.9.2006 til Retten i Ålborg.
- Uhrnholt L, Gregersen M. Trafikulykker ved lav hastighed – grænseverdier for whiplash-associated disorders. Ugeskr Læger 2008; 170: 713.

Makten i uklare siteringer

I Tidsskriftet nr. 17/2010 omtaler redaktøren på lederplass et informasjonsmøte om utviklingen av Oslo universitetssykehus. Hun tar utgangspunkt i George Orwells klassiske publi-

kasjon *Politics and the English language* og antyder at kollegene Jan Eirik Thoresen og Øystein Dolva bevisst anvender manipulerende og undertrykkende hersketeknikker for å skjule den egentlige sannheten om Oslo universitetssykehus. Det er mulig at Thoresen og Dolva holdt dårlige foredrag, men redaktørens insinuasjoner går mye lenger, og hun bør beklage dem.

Etter møtet satt redaktøren ifølge hennes egen leder igjen med flere spørsmål enn svar. Hun gjorde et litteratursøk og fant en referanse fra *Tidsskrift for velferdsforskning* fra 2003 og en artikkel i *Dagsavisen* fra 2002. På bakgrunn av dette evidensgrunnlaget konkluderer hun med at det ikke finnes forskning som viser at sammenslåing av sykehus gir bedre kvalitet eller målbar økonomisk effekt.

I publikasjonen fra Kjekshus & Hagen som redaktøren refererer, undersøkte man sju sykehussammenslåinger i Norge og fant ganske riktig at disse generelt påvirket kostnadseffektiviteten negativt med 2,5 % (1). Sammenslåingen av sykehusene i Østfold utgjorde imidlertid et unntak. Der økte kostnadseffektiviteten med 6 %. Forfatterne tolket dette som uttrykk for at sammenslåinger må ledsages av større strukturrendringer, som f.eks. sentralisering av funksjoner, hvis man skal oppnå en økonomisk gevinst. Det er nettopp slike strukturgrep man forsøker å få til i Oslo universitetssykehus.

I tillegg glemte redaktøren at hennes eget tidsskrift nettopp har publisert en oversiktsartikkel om samme tema (2). Den viste at sammenslåing av sykehus kan gi en kostnadsreduksjon på rundt 10 % hvis prosessen fører til reell fusjon med riktigere dimensjonering av tjenestetilbudet og utvikling av en ny og felles organisasjonskultur. I artikkelen redegjøres det også for at forskningen viser at det høy risiko for uforutsette problemer og forbigående reduksjon av kvali-

teten i slike prosesser. Flere forskere peker på samarbeid mellom toppledelsen og leger i lederstillinger og uformelle lederposisjoner som forutsetninger for å lykkes med sykehussammenslåinger. Dette samarbeidet ville sannsynligvis fungere bedre hvis Tidsskriftet bidro til å formidle den kunnskapen som faktisk finnes.

Det foreligger ellers ferske erfaringer fra liknende prosesser i bl.a. Stockholm, København og Universitetssykehuset Nord-Norge. Disse sammenslåingene er gjenstand for omfattende følgeforskning, men har knapt vært omtalt i Tidsskriftet.

Kanskje redaktøren ikke følger med verken i litteraturen eller i Skandinavia utenfor Oslo? Eller driver hun med hersketeknikker som bevisst manipulerende og undertrykkende selektiv referering?

Tor Ingebrigtsen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

- Kjekshus LE, Hagen TP. Ga sammenslåinger av sykehus høyere effektivitet? Erfaringer fra Norge i 1990-årene. Tidsskrift for Velferdsforskning 2003; 5: 2–13.
- Ingebrigtsen T. Helseøkonomiske effekter av sykehussammenslåinger. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 940–2.

■ RETTELSE

Klinisk legemiddelutprøving – hva mener deltakerne?

Gisle Langslet, Inger Ottestad, Kjetil Retterstøl, Leiv Ose

Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1606–8

I Tidsskriftet nr. 16/2010 s. 1606 (i sam-mendraget) og på s. 1607 skal riktig tall være: «28 % trodde det nye medikamentet kunne være nyttig for dem» og i det engelske resymeet: «28 % thought the new drug could be beneficial for them». På s. 1607 under Diskusjon skal det stå: «Nesten 1/3 av dem som svarte, trodde at det nye medikamentet kunne være nyttig for dem.»