

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 tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Alvorlig svikt i redaktørens dømmekraft

Stor ble min forskrekkelse da jeg leste innlegget til gjesteskribenten i Tidsskriftet nr. 18/2010, Hans-Erik Dyvik Husby, av de fleste bedre kjent som Hank von Helvete i Turbo-



neger (1). Her fremsto han som «kommissjonær i Citizens Commission on Human Rights», en organisasjon grunnlagt av Scientologikirken. Han benytter spalteplassen til et ekstremt usaklig og aggressivt angrep på psykiatrien, som han karakteriserer som «gjøkingen i medisinen», som må kastes ut. Han påstår at psykiatrien har fått sterk innflytelse på fastlegenes virksomhet, og at psykiatrien ikke dreier seg om vitenskapelig basert virksomhet for å hjelpe mennesker, men om en konspirasjon mellom psykiatere og legemiddelindustrien med eneste formål å selge legemidler (!), og benytte fastlegene som redskaper for dette. Han fortsetter med å benytte påstander man kjenner igjen fra 1960-årenes «anti-psykiatri», om at diagnosene i psykiatrien er «funnet opp» (for å selge legemidler), og ikke har noe vitenskapelig grunnlag, og at «psykiatriske forstyrrelser ikke er reelle sykdommer som krever medisinsk behandling». Etter min mening har han ikke forstått noe av hva medisinsk diagnostikk og behandling er, det være seg i somatikken eller i psykiatrien.

Jeg skal ikke gå inn i noen diskusjon med gjestespaltisten, til det er hans innlegg for usaklig og dårlig fundert. Mitt anliggende er å rette kritikk mot redaktøren som har sluppet til dette, det viser en alvorlig svikt i dømmekraft.

Jeg antar at man blir invitert av redaktøren til å komme med et innlegg som gjestespaltist, eller om man selv sender inn et innlegg, så blir dette lest i gjennom for å sjekke om det er et innlegg som kan være viktig og interessant for leger. Hva var grunnlaget for å invitere Dyvik Husby? Finnes det noe i hans karriere som artist og ev. samfunnsdebatant som tilsier at han har noe viktig å si til allmennheten og til legene? Det tror jeg knapt, og hans innlegg viser i hvert fall at det ikke er tilfelle. For

øvrig burde hans tilknytning til Scientologikirken være nok til at redaktøren skulle vært ekstremt skeptisk. Denne organisasjonen rekrutterer medlemmer gjennom å tilby en personlighetstest, som alltid viser at man har betydelige problemer, men at Scientologikirken kan hjelpe med sine (dyre) kurs. Det er allment kjent at datteren til en av våre kolleger tok en slik test like i forkant av sitt selvmord.

Nå skal selvfølgelig takhøyden være stor i vårt tidsskrift, og vi skal være åpne for å utsette oss for kritikk fra allmenheten og fra deltakere i samfunnsdebatten, men dette innlegget bidrar ikke på noen måte til en refleksjon over vår virksomhet. Redaktøren har kastet bort verdifull spalteplass, og gitt en talerstol til en person og en organisasjon som ikke fortjener å bli tatt alvorlig.

Vidje Hansen

Psykiatrisk forskningsgruppe
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Husby H-ED. Gjøkingen i medisinen. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1892.

Feilinformert om influensaserologi

I kommentarspalten i Tidsskriftet nr. 19/2010 skriver Scheel og medarbeidere at de i september 2009 ble gjort oppmerksom på at ingen laboratorier i Norge utførte influensaserologi (antistoffpåvisning), kun antigenpåvisning (1).

Her er forfatterne feilinformert. I det registeret som kalles Metodekatalogen og som forvaltes av Folkehelseinstituttet, kan man finne alle analyser som i dag utføres i virologi/serologi ved de medisinsk-mikrobiologiske laboratoriene i Norge. Alle laboratoriene, og derfor også Scheel m.fl., har adgang til dette registeret.

Registeret viser at det er ti laboratorier som i dag tilbyr influensaserologi som en del av sin rutine. Antallet var høyere før, men under pandemien i 2009 ble det



rapportert om influensa A- og influensa B-virusinfeksjon påvist ved antistoffundersøkelser fra følgende sju laboratorier: Akershus, Bergen, Bodø, Drammen, Molde, Stavanger og Tønsberg. Store deler av landet var ut fra dette, i alle fall i perioder, dekket med serologisk diagnostikk av influensa.

Det påvises antistoffer som i reaksjon med typespesifikt antigen (nukleoprotein og matriksprotein) i viruset binder komplement, komplementbindingsreaksjonen. Diagnosen stilles ved signifikant titerstigning (4x), i serumprøver tatt to ganger med ca. en ukes avstand, eller ved høyt titer i enkeltprøve når de kliniske funnene er typisk. De typespesifikke antigenene er så stabile både for Influenza A og influensa B at reaksjonen kan benyttes både ved sesonginfluensa og når det kommer en ny pandemisk stamme, uavhengig av eventuelle antigenforandringer i hemagglutininet (HA) eller nevraminidasen (N).

Vi oppfordrer de laboratoriene som fortsatt har et tilbud om influensakomplementbindingsreaksjon til å opprettholde dette. Det er viktig at noen fortsetter med slik serologisk diagnostikk fordi det kan være viktig hos enkelte pasienter å kunne få påvist influensa med en alternativ metode til polymerasekjedereaksjonstest (PCR), spesielt i tilfeller der man er for sent i forløpet til å kunne påvise agens. Dette vil også gi oss et mer korrekt bilde av utbredelse og omfang av epidemien/pandemien.

Subtypespesifikk serologi (antistoffmåling mot hemagglutinin) for influensa A har til nå kun vært gjort i forskningsprosjekter og som del av overvåkingen ved det nasjonale influensalaboratoriet ved Nasjonalt folkehelseinstitutt (2) og ved Gades institutt, Universitetet i Bergen, først og fremst i forskningssammenheng, f.eks. Pandemix vaksinstudie hos sykehusansatte i 2009 (Gro Njølstad, personlig meddelelse). Det var ikke naturlig å tilby denne typen analyse som pasientrettet diagnostikk, også fordi det var usikkert om resultatet kunne brukes til å bedømme beskyttende immunitet.

Inger Sofie Samdal Vik
Susanne Gjeruldsen Dudman
Olav Hungnes
Gunnar Hoddevik
Avdeling for virologi
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Olaf Scheel, Sandra Helland, Bente Karlsen. Hvor ble det av influensa A(H1N1)-serologien? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1910.
2. Waalen K, Kilander A, Dudman SG et al. High prevalence of antibodies to the 2009 pandemic influenza A(H1N1) virus in the Norwegian population following a major epidemic and a large vaccination campaign in autumn 2009. Euro Surveill. 2010; 15: pii: 19633.

Eldre leger og lisens

I Tidsskriftet nr. 1/2011 skriver Steinar Hagen om eldre legers rettigheter når det gjelder autorisasjon/lisens, forskrivningsrett m.m. (1). Han viser til at Eldre lægers forening i 1996 foreslo en

juridisk vurdering på bakgrunn av «aktuelle lovbestemmelers forhold til internasjonale konvensjoner om forbud mot diskriminering på grunnlag av alder alene». Hagen spør om Legeforeningen vil følge oppfordringen.

Legeforeningen jobber stadig med disse temaene. Det fordres samtidig at det tas hensyn i flere retninger.

Helsepersonelloven fastsetter at legers autorisasjon bortfaller ved fylte 75 år, etter den tid kan det søkes om lisens. Legeforeningen foreslo i 2008 at departementet skulle heve aldersgrensen. Vi påpekte at det er svært få land i Europa hvor autorisasjonen bortfaller på grunnlag av alder. Departementet foreslo imidlertid ingen endringer.

Full forskrivningsrett gis kun til leger over 75 år som kan dokumentere organisert pasientrettet virksomhet. Lisens for å drive pasientrettet virksomhet som kun omfatter familie, venner og andre nærstående, samt lisens som ikke skal benyttes til pasientrettet virksomhet, gis uten forskrivningsrett.

Legeforeningen motsatte seg innføring av disse reglene. Vi viste blant annet til at leger under aldersgrensen vil ha fulle rettigheter uten at det stilles krav til pasientrettet virksomhet eller at skikketheten for øvrig er gjenstand for prøving underveis i yrkeskarrieren. Gjeldende regelverk ble like fullt innført, og myndighetene har senere uttalt at reglene ivaretar hensynet til pasientens sikkerhet og til kvalitet og tillit til helsestjenesten.

Legeforeningen har vurdert om aldersgrensen innebærer en urettmessig aldersdiskriminering. Det skal bemerkes at det generelt er antatt at det ikke er aldersdiskriminerende at arbeidsmiljøloven tillater oppsigelse i arbeidsforhold ved fylte 70 år. Når dette ikke anses som aldersdiskriminerende, er det utfordrende å hevde at det kan være

aldersdiskriminerende med en aldersgrense på 75 år for bortfall av autorisasjon i helsepersonelloven – også fordi loven åpner for at legen kan fortsette sin yrkesutøvelse dersom vedkommende søker og oppfyller kriteriene for å ha lisens. Jeg vil likevel presisere at en vurdering av så vel lovligheten som rimeligheten av aldersgrenser for autorisasjon ikke er statiske vurderinger. Tvert imot vil en utvikling i samfunnet der levealderen øker og det politisk sett er ønskelig at befolkningen står lenger i arbeid aktualisere problemstillingen.

Jeg vil gjerne få tilføye at det store engasjementet blant eldre medlemmer er svært positivt og til inspirasjon for yngre leger. Vi ønsker alle å få nyte godt av eldre legers kunnskap og erfaring. Legeforeningen vil fortsatt aktivt jobbe for at det legges bedre til rette for at eldre leger skal kunne fortsette sitt virke så lenge vedkommende ønsker det og det oppleves som hensiktsmessig.

Torunn Janbu
Legeforeningen

Litteratur

1. Hagen S. Hvor er Legeforeningen? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 13–4.

Mer meningsløst om nakkesleng

Erstatningsadvokat Knagenhjelm skriver i Tidsskriftet nr. 24/2010 at den prospektive nakkeslengsstudien fra 1999 er blitt kritisert (1), men kan fortsatt ikke vise til detaljert kritikk

i et internasjonalt medisinsk tidsskrift. I en slik publikasjon må man regne med å få motbør for sine argumenter. Det gjør man ikke med løse påstander om utilstrekkelig statistikk i «studentlitteratur» (2). Derimot er det dokumentert i et meget anerkjent tidsskrift at den statistiske styrken av den prospektive studien fullt ut er tilstrekkelig, uten at dette har møtt motbør (3).

De mest sentrale aktører og profitører i whiplashindustrien i USA, Freeman og Croft, har ikke «påvist» at nakkebelastningen ved lavhastighetskollisjoner er usammenliknbar med dagliglivets aktiviteter, de har bare påstått det. At belastningen av nakken ved en rekke av dagliglivets aktiviteter ligger i samme størrelsesorden som ved lavhastighetskollisjoner, er godt dokumentert i en omhyggelig utført eksperimentell studie (4).

Knagenhjelm hevder fortsatt at det etter

vanlig nakkesleng finnes objektivt påvisbare skader – uten at han kan sitere relevante studier som dokumenterer dette. Vi lar være å kommentere de av ham siterte postmortemobservasjoner og subjektive operasjonsrapporter publisert i 1995 i det for oss ukjente vitenskapelige tidsskrift *Astra läkemedel AB*. Den av Lord og medarbeidere gjennomførte studien med nerveblokader i fasettled er basert på subjektive angivelser hos de behandlede pasienter (5) og indikerer i høyden at nakkesmerter i noen tilfeller kan stamme fra fasettledene. De bekrefter imidlertid ikke at fasettledene er blitt påført noe fysisk traume som er årsak til plagene. Med dette anser vi nakkeslengsdebatten med Knagenhjelm i Tidsskriftet for vår del som avsluttet.

Harald Schrader
Lars Jacob Stovner

Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Knagenhjelm S. Mer om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2449–50.
2. Nygren Å, Magnusson S, Grant G, red. Nackskador efter bilolyckor. Lund: Studentlitteratur, 2000.
3. Ferrari R, Schrader H. The late whiplash syndrome: a biopsychosocial approach. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70: 722–6.
4. Allen ME, Weir-Jones I, Motiuk DR, et al. Acceleration perturbations of daily living. A comparison to 'whiplash'. Spine 1994; 19: 1285–90.
5. Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ et al. Percutaneous radio-frequency neurotomy for chronic zygoapophyseal-joint pain. N Engl J Med 1996; 335: 1721–6.



Tilsvarsrett:

Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing/5correspond.html). Dette innebærer at forfattere av vitenskapelige artikler som blir kommentert i spalten Brev til redaktøren, får anledning til å komme med tilsvar i samme nummer av Tidsskriftet. Ytterligere innlegg vil bli henvist til et senere nummer.