Litteratur

1. Sjaastad O, Hesselberg JP. Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 721–4.
2. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. Lancet 1996; 347: 1207–11.
3. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G et al. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; 66: 279–83.

Re: Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

Stovner har med sine kommentarer brakt oss i forskjellige retninger, og det kan være på sin plass å summere litt.

For det første, Stovner har i sitt siste innlegg ikke nevnt noe mer om den betydelige mannsovervekten i Litauen-materialet. Dette innebærer kanskje at han innser at han må leve med denne skavanken ved materialet.

For det andre, vi skrev opprinnelig at tidsintervallet fra nakkeslengskade til studiestart var gjennomsnittlig 21,7 måneder, og dette viser klart tilbake på Schrader og medarbeideres første artikkel i Litauen-undersøkelsene (1). Stovner repliserer: «For det første er dette feil». Feil? Dette er det *riktige* tallet. Stovners opplysninger er tatt fra en helt annen undersøkelse i Litauen-serien, som ikke er omtalt av oss.

For det tredje, den manglende muligheten for økonomisk kompensasjon ved nakkeslengskade i Litauen er et hovedtrekk, som vi har kjent til lenge. I artikkelen vår skrev vi: «Noen karakteristika var meget gunstige – for eksempel at det ikke var noen økonomisk kompensasjon å få for de skadelidte». Og i vårt første svar: «- nakkesleng i et land uten noen form for økonomisk kompensasjon, noe vi mente var en god idé». Betydningfull nok tar Stovner dette opp igjen i sitt siste innlegg. Denne del av disputten bør opphøre.

I hans siste innlegg er vi også blitt tillagt så vidt bisarre meninger at våre tanker sviver i retning av et av Piet Heins berømte «Gruk»: «- at dytte en annen en mening på, hvis vanvidd alle kan forstå» (fritt sitert). Stovner skriver at vi «synes å mene» at man i nakkeslengstudier kan «velge ut de som etter en slik hendelse enten selv har definert seg som pasient, eller av lege har blitt definert som pasient».

Vi har ikke sagt, skrevet eller ment noe som er i nærheten av det som her blir hevdet. Det er generelt en klar forutsetning for nakkeslengstudier at der er utført en «terskel-test», en prøve, på hvor store plagene er (se vår opprinnelige artikkel for nærmere detaljer (2)). Mange påkjørsler bakfra er ikke sterke nok til å skape et nakkeslengsyndrom. Hvor mange det vil være i denne kategorien og hvor mange det vil være av pasienter med sterkere plager i Litauen-studien, er det ingen gitt å vite. Siden en slik vurdering/test ikke lot seg inkorporere i Litauen-materialet, så blir Litauen-undersøkelsen en umulighet. Men dette er noe helt annet enn det vi, ifølge Stovner, «synes å mene».

Dette er veldig synd. Den tilgrunnliggende idéen – teorien – var veldig god, men den lot seg dessverre ikke gjennomføre i praksis.

Stovner skriver at han er glad for vår erkjennelse av sammenhengen mellom kroniske plager og psyke. Da har han vært glad lenge, for han har kjent oss i 30 år.

Ottar Sjaastad

ellhed@online.no

Johan Petter Hesselberg

Ottar Sjaastad (f. 1928) er dr.med., spesialist i nevrologi, pensjonert overlege og professor.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Petter Hesselberg (f. 1932) er spesialist i nevrologi og pensjonert overlege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Schrader H, Obelieniene D, Bovim G et al. Natural evolution of late whiplash syndrome outside the medicolegal context. Lancet 1996; 347: 1207–11.
2. Sjaastad O, Hesselberg JP. Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 721–4.

Re: Nye retningslinjer for antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse

Tidsskriftet nummer 9/2014 er breddfull av ny kunnskap innen mitt hovedområde da jeg var på Institutt for tromboseforskning i siste halvdel av forrige århundre. Nå er kunnskapen blitt så komplisert at jeg ville vært sjanseløs om det var slik den gang. Så god hjerne har jeg ikke. Jeg ventet at nye resultater skulle gjøre det enklere både for pasienten og oss selv. Men det omvendte har skjedd. Med så mange alternativer som foreligger må de som doserer nå til dags være i en pinefull situasjon overfor hver eneste dosering. Hvor ofte vil de våkne og klø seg i hodet – skulle jeg heller gitt tablett a eller b, og ga jeg i meste eller minste laget?

For oss gamle som ikke hadde tilgang til så mye kunnskap, kan det lett hende at vi ulovlig har hjulpet mange ut av livet. Da er man henfallen til straff, og det er tungt å tenke på.

Men, kanskje vi som bot tok i bruk et enkelt inngrep som mulig-gjør at vi allikevel har gjort noe bra: heve fotenden av sengen 5–7 centimeter for alle voksne. Da vil også mange ektefeller bli unødig med, men de har ikke vondt av det.

Dette er noe jeg har observert, og det er riktignok ikke klart bevist. Men sjansen for at jeg tar feil er liten (det gjelder bare her). Og skulle så skje har ikke pasienten lidd overlast – hevingen er ikke smertefull. Jeg har erfaring.

De fleste har sikkert fått dette med seg, men blir det fulgt opp? Hvis ikke: sett i gang en studie!

Helge Stormorken

hestormo@frisurf.no

Helge Stormorken (f. 1922) er pensjonert lege og tidligere professor i medisin ved Universitetet i Oslo. Han var bestyrer for Rikshospitalets Institutt for tromboseforskning 1963–80.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kristiansen A, Brandt L, Berge E et al. Nye retningslinjer for antitrombotisk behandling og tromboseprofylakse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 921–2.

Re: Når kreftene renner vekk

Mange kommuner har kreftkoordinatorer. Å informere om fatigue, som denne artikkelen handler om (1), er en viktig del av kreftkoordinatorers jobb. Vi kan komme på hjemmebesøk eller ha samtaler med pasient og pårørende på kontoret, på sykehuset eller over telefon. Jeg oppfordrer alle som arbeider med kreftpasienter og deres pårørende til å ta kontakt med kreftkoordinator i kommunen. Kreftkoordinator er et viktig bindeledd mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Anne-Gun Agledal

anne.gun.agledal@drmk.no

Anne-Gun Agledal (f. 1961) er kreftkoordinator i Drammen kommune. Oppgitte interessekonflikter: Jobber selv som kreftkoordinator.

Litteratur

1. Brekke TK. Når kreftene renner vekk. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 950.

T. Kind Brekke svarer:

Jeg setter pris på Anne-Gun Agledals oppfordring om at alle som arbeider med kreftpasienter og deres pårørende bør ta kontakt med kreftkoordinatoren i kommunen. Det er ikke så lett for en ny kreftpasient å vite om muligheten og å ta kontakt selv. Det betyr mye og kan være til stor hjelp å kunne få samtale i fred og ro med en fagperson. Det er fint og viktig at kreftkoordinatoren kan informere om fatigue.

Jeg håper artikkelen kan være et godt arbeidsverktøy i kreftkoordinatorenes informasjonsarbeid. Jeg fikk tilbakemeldinger på artikkelen

>>>

fra den lukkede gruppen «Fatigue etter kreftbehandling» på Facebook som «Dette kjenner jeg meg igjen i» og «Nå slipper jeg å forklare for legen, jeg kan bare legge frem denne artikkelen». Lykke til videre med den flotte jobben dere gjør som kreftkoordinatorer.

Tone Kind Brekke

tonekindbrekke@hotmail.com

Tone Kind Brekke (f. 1958) har merkantil bakgrunn.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: God løsning på reservasjonssaken

Løsningen helseministeren har foreslått i reservasjonssaken, som Gjessing kommenterer i sin leder (1), åpner for at kvinnen selv kan velge hvem hun vil søke råd hos i en vanskelig livskrise. Et av alternativene er å bruke fastlegen, slik kun ca 10 % av kvinnene i Oslo har gjort de siste årene. De fleste unge har andre de søker råd hos, som helsesøster, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom, eller andre de har tillit til.

Videre åpner denne løsningen for at leger med samvittighetsvansker kan fokusere på å gi best mulig faglige råd til kvinnen, uten å måtte sette sin underskrift på et papir. Juridisk sett er en underskrift en nokså klar ansvarlig handling. En samtale i tillit og respekt mellom en myndig kvinne og en klok lege (eller helsesøster) er ikke annet enn god medisin. Det gjenstår å se om helseminister Bent Høie klarer å formulere dette på en god og klar måte.

Arnulf Heimdal

arnulfheimdal@gmail.com

Arnulf Heimdal (f. 1957) er fastlege og universitetslektor i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjessing H. God løsning på reservasjonssaken. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1107.

Re: Østrogentilskudd og forskningsparadigmer

Det vises til vår forrige kommentar til denne artikkelen (1) og tilsvarene fra Johan Halse (2) og Erik Fink Eriksen (3). Vi spurte – på bakgrunn av den reitererte egenerklæringen om «ingen oppgitte interessekonflikter» og svært avvikende opplysninger i et engelskspråklig gynekologitidsskrift – om det hadde skjedd feil i Halses og Fink Eriksens innrapportering av interessekonflikter, eller om vi hadde misforstått regelverket. Svarene er tankevekkende: Halse tar opp spørsmålet om når en interessekonflikt foreldes, og Fink Eriksen skriver at «På tidspunktet for publiseringen av vårt tilsvær (...) hadde «advisory board» for Novo Nordisk vært oppløst i mer enn to år».

Tidsskriftets skjema for deklarerings av interessekonflikter angir at interessekonflikter som går inntil 36 måneder tilbake i tid skal innrapporteres. Samtidig kan man også diskutere om treårsgrensen er tilstrekkelig: I andre sammenhenger, for eksempel når det gjelder oppdrag for den europeiske legemiddelmyndigheten (EMA), er tidsvinduet fem år (4). Her bes man i tillegg om å angi industrirelasjoner som er eldre enn fem år «in the context of increased transparency».

Det bør også ses nærmere på begrepet «relevant financial activities outside the submitted work» i Tidsskriftets interessekonflikt-skjema. Halse skriver at han ikke deklarte interessekonflikter fordi han de siste tre årene kun hadde hatt oppdrag for produsenten av osteoporosemidlet denosumab. Fink Eriksen anfører at interessekonfliktene i gynekologitidsskriftet ble angitt fordi artikkelen dreide

seg om osteoporosebehandling generelt, slik at disse interessekonfliktene ikke var relevante for leserinnlegget om østrogenterapi i Tidsskriftet. Imidlertid dreier alt dette seg om behandling eller forebygging av postmenopausale plager/sykdommer.

Regelverket eksemplifiseres på følgende måte i Tidsskriftets skjema: Hvis man skriver om behandling med et legemiddel som blokkerer epidermal vekstfaktor-reseptor (EGFR) ved lungekreft, skal all aktivitet på hele kreftområdet deklarerer, ikke bare det som er relatert til EGFR-blokkere eller til lungekreft (4). En tidligere operativ versjon av interessekonflikt-skjemaet inneholdt i tillegg en nyttig oppfordring om å «err on the side of full disclosure».

Tidsskriftet er tilsluttet «International Committee of Medical Journal Editors», som i sitt regelverk blant annet presiserer at «When authors submit a manuscript, whether an article or a letter, they are responsible for disclosing all financial and personal relationships that might bias their work. To prevent ambiguity, authors must state explicitly whether potential conflicts do or do not exist» (5). Opplysningsplikten er altså ikke valgfri, går minimum tre år tilbake i tid og gjelder alle – i vid forstand – relasjoner innenfor et terapiområde. Tidsskriftets redaktør har tidligere kommentert mangelen på transparens når det gjelder interessekonflikter i biomedisinske tidsskrifter, og har oppfordret sine lesere til å la «absolutt alt komme frem i lyset» (6).

Vi finner det betimelig å stille to spørsmål: Bør Tidsskriftets redaktør nå komme på banen og presisere hvordan regelverket skal praktiseres, og bør eventuell manglende etterlevelse føre til sanksjoner?

Lars Slørdal

lars.slordal@ntnu.no

Olav Spigset

Lars Slørdal (f. 1955) er dr.med., professor og overlege ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet/St. Olavs hospital.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Spigset (f. 1963) er dr.med., overlege og professor ved St. Olavs hospital/Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Slørdal L, Spigset O. Interessekonflikter og forskningsparadigmer. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 272.
2. Halse J. Interessekonflikter og forskningsparadigmer. Tilsvær. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 272.
3. Fink Eriksen E. Interessekonflikter og forskningsparadigmer. Tilsvær. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 272–3.
4. European Medicines Agency. Public declaration of interest and confidentiality undertaking of European Medicines Agency (EMA) scientific committee members and experts. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Template_or_form/2011/07/WC500109480.pdf [4.4.2014].
5. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Ethical Considerations in the Conduct and Reporting of Research: Conflicts of Interest. <http://icmje.org/about-icmje/faqs/icmje-recommendations> [4.4.2014].
6. Haug C. En solskinshistorie. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 919.

Redaktøren svarer:

Lars Slørdal & Olav Spigset stiller meg to spørsmål om interessekonflikter som jeg gjerne vil svare på. På et overordnet plan følger Tidsskriftet anbefalingene fra the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (1). Tidsskriftet er ikke bare tilsluttet denne organisasjonen, men har vært med på å utvikle ICMJEs retningslinjer i snart 30 år. Da er det en selvfølge at vi selv følger anbefalingene.

Når det gjelder hvordan regelverket skal praktiseres, har Slørdal & Spigset i all hovedsak redegjort godt for dette. Noen få presiseringer: ICMJEs retningslinjer gjennomgikk en omfattende revisjon i 2012–2013 (1, 2). Ordlyden i de gjeldende retningslinjene er derfor litt annerledes enn den som refereres av Slørdal & Spigset.

>>>