



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Sentralstyret, Tidsskriftet og informasjon

Jeg har vært medlem av Legeforeningen i over 50 år. Jeg har sittet i sentralstyret i seks år og har vært visepresident i to. Jeg er glad i Legeforeningen og har meget å takke den for.

I alle år har jeg følt at jeg var orientert om hva som foregikk i foreningen. Ikke 100 % selvsagt, men tilstrekkelig til å kunne ta standpunkt i aktuelle saker.

Plutselig er det ikke slik.

Før jul leste jeg i Aftenposten at det var en alvorlig konflikt sentralt i foreningen. Generalsekretæren skulle si opp eller sies opp. Advokat var inne i bildet. Jeg leste med spenning de neste numrene av Tidsskriftet for å få vite mer. Det hjalp ikke. I januar skrev Dagens Medisin at det virket som om saken var fastlåst. Fortsatt ikke ett ord fra presidenten i hans faste spalte hvor han tar opp aktuelle saker. Heller ikke et personlig brev til medlemmene. Den ellers så skriveføre redaktør er taus.

Dette forbauser meg og skremmer meg.

Som vanlig når uvitenheten er stor (total), svirrer ryktene. Er det en personlig konflikt, en politisk konflikt eller spørsmål om lojalitet?

Man blir spurt: Hva mener du om sentralstyrets behandling av saken? Til det er å si at jeg kan ikke ta noe standpunkt, for jeg vet ikke noe. Jeg vet bare at dette skader foreningen. Den rapporten sentralstyret fikk utarbeidet om generalsekretæren, er meg ukjent. Det brevet fra sentralstyret som han ikke kan leve med, har jeg ikke sett.

Jeg er neppe den eneste som misliker situasjonen. Jeg ber om informasjon nå, og jeg ber om forklaring på hvorfor denne informasjonen ikke er gitt før.

Det kan da umulig være for meget å be om.

Christian F. Borchgrevink
Oslo

Lederkonflikten i Den norske lægeforening

Jeg viser til konflikten mellom tidligere generalsekretær og sentralstyret.

Som medlem av Legeforeningen i mange år er jeg (og mange med meg) meget overrasket over hemmeligholdet av sakens fakta. Mediene har skrevet om dette, men det fantes ikke ett ord om konflikten i siste nummer av Tidsskriftet.

Man skal aldri frykte sannheten, den

kommer frem før eller siden. Medlemmene har krav på saklig informasjon snarest. Det har med respekt for foreningens medlemmer å gjøre. Slik dere nå velger å gjøre det, blir det grobunn for spekulasjoner i mange varianter. Det er ingen tjent med.

Svein Tore Baksaas
Oslo

Virkelig verdens første hjerteroperasjon?

Baksaas & Solberg beskriver i sin artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2003 (1) en milepæl i norsk kirurgisk historie. Axel Hermansen Cappelen (1858–1919) suturerte 4. september 1895 en laserasjon i venstre hjerte som følge av et knivstikk. Inngrepet var beskrevet i datidens lærebøker, men Cappelen (2) kunne ikke «...finde refererter noget Tilfælde, hvor det har været udført med Held». Som hos Baksaas & Solberg (1) krediteres Cappelen med det første forsøk på operasjon av en hjerteskaade også av Asensio og medarbeidere (3) i en større historisk oversiktsartikkel om temaet.

Ettersom Cappelens pasient døde to og et halvt døgn etter operasjonen, er tyskeren Ludwig Rehn kreditert den første vellykkede hjerteroperasjon (4). Andre (5) mener at hjertekirurgien nødvendigvis startet et hundreår tidligere, med åpning og drenering av hjertesekken. Da perikard hører med til hjertets anatomi, må nødvendigvis også inngrep på dette høre med til hjertekirurgiens historie. Perikardiotomi ble utført av spanjolen Francisco Romero og den franske baron Dominique Jean Larrey på begynnelsen av 1800-tallet. Larrey, som var en av Napoleons militærleger, skal ha utført operasjon på perikard i 1810 (4). En vellykket suturering av et knivstikk i myokard skal også være beskrevet av amerikaneren Heine Marks i tidsskriftet *Medical Fortnightly* så tidlig som i 1893 (6). Om Cappelen således rettmessig blir tilkjent verdens første hjerteroperasjon kan diskuteres. Uansett er Axel Cappelens heroiske forsøk på å reparere en hjerteskaade etter knivstikk et enestående og viktig kapittel i norsk medisinsk historie.

Kjetil Søreide
ksoreide@mac.com
Kirurgisk avdeling
Sentralsjukehuset i Rogaland
4068 Stavanger

Litteratur

1. Baksaas ST, Solberg S. Verdens første hjerteroperasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 202–4.
2. Cappelen AH. *Vulnus cordis. Suture of the heart.* Norsk Mag Lægevidensk 1896; 11: 285–8.
3. Asensio JA, Stewart BM, Murray J, Fox AH, Falabella A, Gomez H et al. Penetrating cardiac injuries. Surg Clin North Am 1996; 76: 685–723.
4. Blatchford JW. Ludwig Rehn: the first successful cardiorrhaphy. Ann Thorac Surg 1985; 39: 492–5.
5. Shumacker HB jr. When did cardiac surgery begin? J Cardiovasc Surg (Torino) 1989; 30: 246–9.
6. Cardiothoracic surgery. I: Rutkow IM. American surgery – an illustrated history. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1998: 435–53.

S.T. Baksaas & S. Solberg svarer:

Takk til Kjetil Søreide for kommentar til vår artikkel. Det oppgis en sekundærreferanse til en suturering på hjertet som «skal være beskrevet» i 1893. I originalartikkelen i det som Ira Rutkow selv omtaler som primærreferansen i «an obscure periodical» (1) omtaler Heine Marks to pasienter med stikkskader i thorax (2). Ingen av dem fikk utført noen suturering på hjertet. Forfatteren ekspliserte stikkkanalene, evakuerte hematomer og la på komprimerende kompresser og varme flasker. Den ene pasienten overlevde. Marks antydte at sutur på hjertet var et alternativ, men utførte det altså ikke selv.

Perikardiocentese har for øvrig aldri vært karakterisert som hjerteroperasjon.

Med mindre det fremkommer ny dokumentasjon, står Axel Hermansen Cappelen fortsatt som den som utførte verdens første hjerteroperasjon.

Svein Tore Baksaas
Steinar Solberg

Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Cardiothoracic surgery. I: Rutkow IM. American surgery – an illustrated history. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1998: 438.
2. Marks H. Medical Fortnightly 1893; 3: 44–6.

Østrogenalarmen

I Tidsskriftet nr. 2/2003 får Dagblad-journalist Sissel Benneche Osvold spalteplass med denne overskriften (1). Undersøkelsen hun refererer til, omhandler amerikanske kvinner med betydelig høyere gjennomsnittsalder enn kvinner norske gynekologer og allmennleger anbefaler hormonbehandling til.

Benneche Osvold beklager seg over at noen gynekologer ønsker at Norsk gynekologisk forening skal henvende seg til Pressens Faglige Utvalg om saken. Vi reagerte på Dagbladets førstesideoppslag om at 115 000 norske kvinner var i risikozonen. Dette er ikke sant – det er bare et fåtall norske kvinner som bruker hormonbehandling i så lang tid at dette utgjør en økt risiko. Er man virkelig i faresonen hvis den økte risikoen for en komplikasjon ligger godt under 1 %, at samtlige av dem som fikk komplikasjonen overlevde, og når den amerikanske undersøkelsen med meget stor sannsynlighet ikke er representativ for norske kvinner?

Vi er klar over at dette er en vanskelig diskusjon. Når inntreffer faren? Ved 0,4 % eller 0,4 % eller enda høyere? De fleste mennesker tar sensasjonsoverskrifter med fatning, men enkelte sliter med betydelig angst ved siden av sine ofte uttalte klimakterielle plager.

Benneche Osvold synes at det er merkelig at vi kommer med kritikk så lang tid etter avisoppslagene. Det tar imidlertid tid før vi i vår pasientkontakt erfarer den redsel hun har påført mange kvinner. Enkelte kvinner kastet hormontablettene sine umiddelbart, enkelte gjenopptok behandlingen etter en tids opphold da de forstod at det ikke var så farlig likevel, og enkelte startet på nytt, selv om de visste at dette kunne medføre brystkreft og hjerteinfarkt. Denne siste gruppen ofrer altså ikke Benneche Osvold en tanke.

Det er riktig som Benneche Osvold skriver at vi ønsket en uttalelse fra medienes presseetiske «domstol». Vi ville ha rett fordi vi visste at vi hadde rett. Det viktigste for journalistene er ifølge henne å problematisere en behandling og så la ekspertisen korrigere senere. Men et tilsvarende svar får aldri de overskrifter eller den spalteplass journalistene selv får. Hvis ikke et svar er i tråd med journalistens eller avisens syn, blir det ofte ikke publisert, gjerne med den begrunnelse at det ikke var godt nok. Tidsskriftet skal i alle fall ha ros for at Benneche Osvold ble invitert til å skrive en kommentar.

Torkel Rud
Louise Silfverskiöld
Oslo

Litteratur

1. Osvold SB. Østrogenalarmen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 288.

Er leger feige?

Sissel Benneche Osvold etterlyser i Tidsskriftet nr. 2/2003 legenes deltakelse i den offentlige debatt (1). Bakgrunnen er at Norsk gynekologisk forening har bedt Pressens Faglige Utvalg vurdere Dagbladets dekning av forskning om postmenopausal

hormontilskudd. Benneche Osvold hadde heller sett at legene møtte henne i «kamp i åpent terreng». Men kan vi det? Journalist med forside og dobbeltside mot lege med leserinnlegg? Kamp i åpent terreng?

Når man har fulgt pressens «kjør» i saker hvor man har førstehåndskjennskap til fakta, blir man ikke blendet av presisjonsnivået. Pressen setter dagsorden, er fagkyndig, aktør og dommer samtidig. Påfølgende angst for å havne i pressens søkelys påvirker våre medisinske avgjørelser og fører til tilleggsdiagnostikk og overbehandling.

Når pressen går i takt, må noen hver gi tapt. Pressen gikk i takt mot Tønne. Pressen kjørte «Bærum-saken» over en rekke førstesider og ut i intet, utover at noen journalister fikk priser for fremragende journalistikk, en helsedirektør måtte gå og noen leger fikk ødelagt noen år av sine liv. Med et lavere støynivå kunne saken gitt en fruktbar debatt. Var Gerhardts Helskogs «dopingavsløring» enestående i norsk presse? Eller har vi sett liknende overtramp på mindre folkekjære områder? Er vi trygge på at oppslagene om «Sjokkpris på strøm» var uten relasjon til at minstepensjonister fylte opp akuttmottakene for opptining? Var det tilfeldig at Bondevik trengte en «time out»? Kjenner pressen sin styrke og slagkraft?

Når man har sett kolleger og fremtredende personer slikke sine sår etter ujevn kamp på bortebane, virker Benneche Osvolds «kamp i åpent terreng» og «den offentlige samtale» noe uvirkelig. Pressen vil ha sluggere. Dyktige, men lavmælte fagfolk, som kan belyse nyansene, holder seg borte. Kanskje gynekologene er blant dem?

Leger flest er faglig engasjert og mistrives med pressens omtrentligheter og tabloidisering av forskningspublikasjoner. Gjentatte «gulrøtter gir kreft»-reportasjer fører kun til informasjonsutmattelse. Benneche Osvold er ikke målskiven for min frustrasjon. Hun har en lett penn og representerer noe av det beste i norsk presse. Men hvis hun ønsker flere leger i samfunnsdebatten, bør hun vite at det aldri vil bli en åpen, jevn kamp. Mye av den medisinske hverdag verken skal eller bør tabloidiseres. Helseinformasjon skal ikke være en kamp. En mer lavmælt stil med et høyere presisjonsnivå ville lokket flere kolleger ut på arenaen. Man innleder ikke til fruktbar debatt med overskrifter som «Dødelige hormoner» og «Sjokktabletter».

Egil Fossum
Oslo

Litteratur

1. Osvold SB. Østrogenalarmen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 288.

Er snus noe griseri?

Torkel Steen hevder i Tidsskriftet nr. 1/2003 at det ikke er bevist at snus gir kreft (1).

De to undersøkelsene Steen henviser til, viser økt kreftisiko blant tidligere snusere (2, 3). Snusere som merker sårhet på stedet hvor snusen legges, vil kunne oppfatte dette som et forvarsel på at en mer alvorlig sykdom kan være under utvikling, og derfor slutte med snus. På en kongress i Stockholm høsten 2002 ble det lagt frem en kassustudie med sju pasienter med munnhulekreft med utspring der snusen plasseres (J.M. Hirsch, 3rd International conference on smokeless tobacco, Stockholm 2002).

De to undersøkelsene (2, 3) omhandler vesentlig menn som begynte å snuse i relativt høy alder. I 1955 var det i Sverige vesentlig eldre personer som snuste. I dag begynner mange ungdommer å bruke snus i 14–16-årsalderen. Fra røykeundersøkelser vet vi at jo tidligere en person begynner å røyke, desto større er risikoen for lungekreft. Det betyr at risikoen for kreft blant snusere i fremtiden sannsynligvis vil være høyere enn i gruppene som ble undersøkt i de to undersøkelsene (2, 3).

Steen mener at siden Sverige har en relativt lav hyppighet av kreft i munnhulen i forhold til en del andre europeiske land, kan ikke snus være noen trussel mot folkehelsen (1). Både alkohol og røyking øker risikoen for kreft i munnhulen; derfor finner man den høyeste hyppigheten i land med høyt alkoholkonsum og høy røykeprevalens.

Verdens helseorganisasjons kreftforskningsinstitutt konkluderte i sin gjennomgang i 1985 at bruk av snus av de typer som benyttes i Nord-Amerika og Vest-Europa, er kreftfremkallende for mennesker (4). Amerikanske myndigheter klassifiserte i 2000 snus som kreftfremkallende for mennesker (5). Snus inneholder en rekke kreftfremkallende stoffer, som nitrosaminer, polysykliske aromatiske hydrokarboner og radioaktive stoffer.

Steen reagerer på at snusing karakteriseres som noe griseri (1). Enhver som har sittet i nærheten av en snuser enten på møter eller på fly og sett hvordan snuseren med jevne mellomrom spytter en brun væske ned i en medbrakt flaske eller boks, vil være enig i at dette er griseri.

Tore Sanner
Ellen Juul Andersen
Oslo

Litteratur

1. Steen T. Foreningen til griseriets bekjempelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 83.
2. Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. Int J Cancer 1998; 77: 341–6.
3. Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. Cancer 1998; 82: 1367–75.