



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)  
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Undring over Tidsskriftets prioritering

Noen ganger kan man undre seg over hva redaksjonen avviser som «ikke aktuelt for publisering i Tidsskriftet». Et tema som nærmest har vært fraværende i spaltene de siste 20 år, er kvinners psykiske reaksjoner etter spontanabort og provosert abort. Når det gjelder undersøkelser om reaksjoner etter spontanabort, foreligger det ingen tidligere studier om dette i Norge. Om provosert abort er det gjort noen få undersøkelser, ved Berthold Grünfeld i 1975 og ved Babill Stray-Pedersen i 1993. Dette skulle tilsi at temaet har høy aktualitet, ikke minst fordi det hvert år ved norske sykehus behandles ca. 10 000 kvinner med spontanabort og ca. 14 000 med provosert abort.

Nå foreligger den første norske undersøkelsen om ettervirkninger etter spontanabort og den hittil største norske undersøkelsen om ettervirkninger etter provosert abort. Da skulle man tro det ville være stor interesse for resultatene. Undersøkelsen ble foretatt ved Sykehuset Buskerud i perioden 1998–2004. 120 kvinner, 40 med spontanabort og 80 med provosert abort, ble fulgt gjennom fem år, med gjentatte intervjuer og utfylling av anerkjente psykologiske testskjemaer. Studien har resultert i fire artikler publisert i internasjonale tidsskrifter (1–4) og en doktoravhandling (5) med disputas ved Universitetet i Oslo i januar 2006.

Forsøk på å få publisert artikler basert på resultater fra denne studien i Tidsskriftet er blitt fullstendig avvist av redaksjonen. Begrunnelsen var at metode og analyser ikke holdt kvalitetsmessig mål for publisering. De to manuskriptene ble ikke engang sendt ut for ekstern fagvurdering. Min hovedveileder og medforfatter professor Øivind Ekeberg og jeg sendte klage på avgjørelsen. Vi fremholdt at en sakkyndig doktorgradskomiteé og fire internasjonale tidsskrifter hadde godkjent metodikk og analyser. Vi mente at manuskriptene i det minste burde bli sendt ut til ekstern fagvurdering. Men nei, nytt avslag. Redaksjonen mente det ikke hadde noen hensikt å sende manuskriptene til fagfelle-vurdering, siden det ikke ville få noen konsekvenser likevel.

Så hva er dette? Hva dreier det seg egentlig om? Jeg bare spør.

**Anne Nordal Broen**  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo

### Litteratur

1. Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 36–43.
2. Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med* 2004; 66: 265–71.
3. Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 317–23.
4. Broen AN, Moum T, Bodtker AS et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005; 12: 18.
5. Broen AN. Women's emotional life after miscarriage and induced abortion. A longitudinal, five-year follow-up study in Norway. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2006.

### Redaktøren svarer:

Anne Nordal Broens innlegg gir meg anledning til å gi noen generelle opplysninger om Tidsskriftets redaksjonelle rutiner og – muligens – rydde noen misforståelser av veien. Alle manuskripter som sendes inn til Tidsskriftet, gjennomgår en selvstendig redaksjonell vurdering av bl.a. relevans og holdbarhet – uavhengig av hvem som sender dem inn eller hvor de ev. tidligere har vært presentert eller vurdert. Dette er vanlig prosedyre i alle vitenskapelige tidsskrifter. Det er også helt vanlig at ulike tidsskrifter gjør ulike vurderinger. De vitenskapelige manuskripter som etter vurdering av medisinsk redaktør anses som holdbare og interessante og relevante for Tidsskriftet, sendes ut til ekstern fagvurdering. Manuskripter som medisinsk redaktør er i tvil om, meldes inn til det ukentlige redaksjonsmøtet, der de blir drøftet av medisinske redaktører og redaktør før det blir avgjort om de skal sendes ut til fagvurdering eller avvises. Også dette er vanlig prosedyre i vitenskapelige tidsskrifter. Anne Nordal Broens artikkel er blitt grundig diskutert på to slike møter. Resultatet er dessverre blitt at vi ikke har ønsket å publisere manuskriptet som oversiktsartikkel i Tidsskriftet.

**Charlotte Haug**  
Tidsskriftet

### Uvitenskapelig om biologiske rytmer og depresjon

I Tidsskriftet nr. 8/2006 har Johnsson & Moan en artikkel med tittelen *Rytmer, depresjoner og lys* (1) som fordrer en kommentar. Forfatterne bruker begrepet «mørketidsdepresjon» som synonymt med «seasonal affective disorder» (SAD), noe som er helt galt. Det finnes ikke noe begrep som benevnes «mørketidsdepresjon» i dette forskningsfeltet. Meg bekjent har ingen påvist noen spesiell type depresjon som er knyttet til mørketiden om vinteren, verken i Norge eller andre steder. Rosenthal og medarbeidere, som lanserte begrepet «seasonal affective disorder» i 1984 (2), mente at tilstanden var forårsaket av mangel på dagslys om vinteren, og at det derfor ville være større forekomst jo lenger nord for ekvator man bodde. Senere forskning har imidlertid vist at en slik sammenheng er svært usikker, og nettopp derfor steilet jeg virkelig da forfatterne misbruker den mest kjente oversiktsartikkelen som dokumenterer denne usikkerheten (3) til å underbygge en påstand om det motsatte! Johnsson & Moan skriver at «de fleste studier viser at mørketidsdepresjon øker i omfang med økende breddegrad», mens konklusjonen hos Mersch og medarbeidere er at «if latitude influence prevalence, this influence is only weak» (3).

Begrepet «seasonal affective disorder» er fortsatt kontroversielt, med usikker validitet, noe forfatterne overhodet ikke nevner. Ingen av de to gjeldende klassifikasjonssystemene i psykiatrien, DSM-IV og ICD-10, opererer med denne diagnosen. I DSM-IV finnes det en mulighet for å klassifisere depresjon eller bipolar lidelse til å ha «seasonal pattern», men det finnes ikke noen diagnose som heter «seasonal affective disorder». I ICD-10 er man enda mer forsiktig, der finnes det ikke noen måte å klassifisere depresjon med årstidsvariasjon på. Derimot kan man i ICD-10 finne begrepet «seasonal affective disorder» utenfor selve diagnose-systemet under «provisional criteria for selected disorders», hvor det presiseres at dette er «disorders whose clinical or scientific status is still best regarded as uncertain» (4).

Forfatterne kommer også med en rekke andre påstander om hvordan mørketidsdepresjon arter seg – uten kildehenvisninger, som om dette er en velkjent og anerkjent

type depresjon hvor henvisninger er overflødige. Tidsskriftets system for fagfelle-vurdering har sviktet når det gjelder denne artikkelen, og jeg finner det meget betenkelig at man på denne måten bygger opp om en påstått tilstand som har en svært usikker vitenskapelig status. Som bosatt i Nord-Norge er jeg også opptatt av at vi leger ikke skal bidra til medikalisering og forverring av folkehelsen ved å skape inntrykk av at det er bevist at mørketiden skaper depresjon.

#### Vidje Hansen

Avdeling for klinisk psykiatri  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Johnsson A, Moan J. Rytmer, depresjoner og lys. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1044–7.
2. Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC et al. Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 72–80.
3. Mersch PP, Middendorp HM, Bouhuys AL et al. Seasonal affective disorder and latitude: a review of the literature. J Affect Disord 1999; 53: 35–48.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organization, 1993.

#### A. Johnsson & J. Moan svarer:

Vi har lest Vidje Hansens innlegg og er enige i at mye rundt begrepet «seasonal affective disorder» (SAD) er usikkert. I psykiatrien vil man kanskje finne verktøy for å stille «skarper» diagnoser. Samtidig brukes begrepet i utstrakt grad i vitenskapelig litteratur. Vi er oppfordret til å bruke norske betegnelser/ord og valgte derfor oversettelsen «mørketidsdepresjon», som sannsynligvis blir forstått av de fleste ikke-spesialister. Et alternativ hadde vært «vinterdepresjon», som er brukt av blant andre Lewy og medarbeidere (1).

Døgnrytmenes betydning for «seasonal affective disorder» er basert på lysets interaksjon med biologiske klokker og dets faseforskyvende virkning. Breddegradsavhengigheten er fortsatt diskutert. Lysets spektrum og intensitet forandres med breddegraden, hvilket jo kan føre til mange årsakssammenhenger (miljø i bred forstand, psykososiale faktorer etc.). Vi er enige i at forskningen ennå ikke har løst spørsmålet om breddegradsavhengighet og «seasonal affective disorder», noe som også gikk frem av en oversiktsartikkel vi tok med. Vi vil imidlertid understreke betydningen breddegradsstudiene har i litteraturen. Lewy og medarbeidere har understreket at melatonin kan brukes som «markør» på døgnrytmen og indikator for faseforskyvinger forårsaket av lyset (1).

I en artikkel av denne type er det umulig å gjøre rede for alle vitenskapelige diskusjoner om kontroversielle definisjoner og mulige årsakssammenhenger. Vi er lei oss og beklager selvfølgelig dersom deler av artikkelen vår har ført til «medikalisering

og forverring av folkehelsen», som Hansen skriver. Det var det motsatte vi ønsket.

Vi gir her noen referanser som kan være aktuelle i diskusjonen (1–5). Alle studier omkring lys, depresjoner og rytmer som nå kommer i litteraturen, peker på hvor viktig området er.

#### Anders Johnsson

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Johan Moan

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

#### Litteratur

1. Lewy AJ, Lefler BJ, Emens JS et al. The circadian basis of winter depression. Proc Natl Acad Sci USA 2006; 103: 7414–9.
2. Avery DH, Eder DN, Bolte MA et al. Dawn simulation and bright light in the treatment of SAD: a controlled study. Biol Psychiatry 2001; 50: 205–16.
3. Lambert G, Reid C, Kaye D et al. Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. Am J Psychiatry 1003; 160: 793–5.
4. Magnusson A, Bøivind D. Seasonal affective disorder: an overview. Chronobiol Internat 2002; 20: 189–207.
5. Teng C, Akerman D, Cordas T et al. Seasonal affective disorder in a tropical country: a case report. Psychiatry Res 1995; 56: 11–5.

#### Arne Pedersens minneforelesning

Arne Pedersens minneforelesning er blitt en tradisjon ved Legeforenings kurs for kvalitet og sikkerhet. I år ble forelesningen holdt 20. mars av Jens Winther Jensen, formann i Den almindelige danske lægeforening, og Beth Lilja Pedersen, sekretariatsleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Danmark har nå i vel to år hatt en lov om rapportering og forebygging av uheldige hendelser i helsetjenesten, og foredragsholderne gjorde rede for de meget positive danske erfaringene. Her i landet er man nå i ferd med å opprette et nasjonalt senter for pasientsikkerhet, og de danske erfaringene er viktig for norsk helsetjeneste.

Arne Pedersens minneforelesning har en spesiell bakgrunn. Pedersen var født i 1911 og hadde god helse til han fikk hjerteinfarkt i juli 1991. Etter det fikk han angina. 9.11. 1992, da han var på ferie i Vågå, falt han bevisstløs om. Konen fant ham og gav ham et kraftig støt i brystet, noe som fikk ham til å våkne. Han ble sendt til Lillehammer sykehus med brystsmerter, hoste og ekspektorat. Diagnosen ble lungeemboli, og han fikk marevan og heparin. 12.11. ble han overført til et sykehus i Oslo.

Han hadde feber, TT var 14 %, og heparin ble seponert. Feberen holdt seg uten at man klarte å finne noen årsak. Han fikk antibiotika, men det utviklet seg bivirkninger, og det ble seponert. Både han og konen følte at de ikke fikk informasjon og at de ikke ble hørt. Til slutt fikk han permisjon 19.12. og søkte en privat lege, som la ham inn i et annet sykehus. Han hadde rask

flimmet, som rettet seg etter medisinsk behandling. Han fikk lov til å reise hjem på et kort besøk, men måtte tilbake til sykehuset etter en time. Det rettet seg igjen, og han fikk ny permisjon 21.12. Han døde brått hjemme samme ettermiddag.

Konen, Hulda Pedersen, klaget til Fylkeslegen over behandlingen på det første sykehuset. Konklusjonen ble at det ikke var begått medisinske feil, men sykehuset beklaget den menneskelige siden av behandlingen. Denne tragiske opplevelsen har forfulgt konen i alle år siden: «Jeg tenker på det dag og natt.» Ekteparet hadde ingen barn, og Hulda Pedersen har bestemt seg for å bruke det hun eier til det formål. Det ene formålet er å gjøre noe godt for andre mennesker gjennom Kirkens Bymisjon, det andre er å sette av penger til en årlig minneforelesning i Legeforeningens regi. Den skal handle om uheldige hendelser i helsetjenesten, faglige og menneskelige – «for at andre pasienter og pårørende kan bli spart for det minn man og jeg måtte oppleve». Det er Legeforeningen som finner foredragsholderne, og de får et honorar og et grafisk blad laget av Eli Hovdenakk som takk.

#### Peter F. Hjort

Blommenholm

#### Tilsynssaker mot allmennleger – en rettelse

Statens helsetilsyn beklager at det i Molven & Holmboes tilsvare (1) til et innlegg av Oftebro og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 10/2006 (2) ble gitt en upresis gjengivelse av artikkelen det ble referert til (3). Denne artikkelen tar utgangspunkt i en gjennomgang av tilsynssaker mot allmennleger fra perioden 2000–02. Som Oftebro påpeker (2) var det i 44 % av tilfellene der fylkeslegene mente det var grunn til reaksjon at Statens helsetilsyn hadde sammenfallende vurderinger. Det var delvis sammenfall i 15 % av tilfellene. Dette innebærer manglende sammenfall i anvendelse/tolking av referanselitteratur eller vektlegging av elementer i hendelsesforløpet, uten at dette direkte påvirket vedtaket om reaksjon eller ikke.

I allmennlegesakene er det vesentlige vurderingstemaet om legen i tilstrekkelig grad har forholdt seg til muligheten for at alvorlig tilstand kan foreligge – eller om det i tilstrekkelig grad er truffet tiltak for å unngå uønsket behandlingsresultat (3). For å øke graden av forutsigbarhet i slike vurderinger bør saker innenfor sammenliknbare problemstillinger kunne ses i sammenheng. Vedtak om reaksjon bestemmes av grad av avvikende praksis fra det som angis i retningsgivende og anerkjent litteratur. Slik litteratur beskriver i det vesentlige beste praksis (best practice).