

*E. Kvamme svarer:*

Odd Steffen Dalgard skriver at det er forvirrende at jeg knytter bruk av radioaktive isotoper som diagnostisk hjelpemiddel til bruk av radioaktive stråler i behandling av psykisk utviklingshemmede og sinnssyke. Dette har jeg vanskelig for å forstå, fordi mitt innlegg inneholdt intet om behandling.

Forvirringen ligger derimot i Fredrik Mellbyes og NOU-rapportens bruk av ordene «stråling» og «radioaktiv stråling». Mellbye uttalte i intervjuet til Dagbladet i 1998 at flere sykehus var involvert i stråleforskning på levende mennesker i 1950- og 60-årene. I NOU-rapporten står det på side 9: «Granskningskommisjonen skal granske alle forhold i forbindelse med påstander om at det i etterkrigstiden frem til ca. 1975 skal ha blitt foretatt forskning (uthevet av meg) med LSD, radioaktiv stråling og elektroder på mennesker.» Problemet består i at stråling omfatter så vel bestråling (f.eks. av røntgenstråler) som radioaktiv stråling (f.eks. fra radioaktive isotoper). Jeg har antatt at det var slik forskning med radioaktivt fosfat jeg bedrev i årene 1947–50 som Mellbye siktet til.

Som jeg ser det, kan Mellbye i hovedsak ha hatt rett når det gjelder stråleforskning, selv om hans uttalelse om røntgenkastning åpenbart er feil, noe som kan skyldes erindringssvikt. Erindringssvikt er som kjent vanlig hos eldre, og er ikke synonymt med den mer stigmatiserende betegnelsen «alderdomssvekkelse», som gjerne oppfattes som uttrykk for senilitet.

Reportasjen «Atom-forsøk på ånds-svake» var i kjent Dagblad-stil, fokusert på sensasjon og håp om økt salg. Vi vet heller ikke om Mellbye kan ha forsøkt å få trykt et motinnlegg, som er blitt avvist. Ytringsfriheten gjelder bare redaktører og journalister, ikke utenforstående, og personlig har jeg hatt dårlig erfaring med riksavisene i så måte.

Jeg opplevde Mellbye fra flere møter like til det siste, ikke minst i Eldre lægers for- ening. Han deltok i diskusjoner, var alltid slagkraftig, saklig og hadde gode argu- menter. Journalisten som intervjuet ham, fant heller ingen grunn til å tvile på at han var «åndsfrisk». Mellbye satte dype spor etter seg i norsk medisin, og det er synd hvis hans ettermæle blir preget av et uheldig intervju med skjev vinkling i en tabloidavis.

**Elling Kvamme**

Oslo

**Alarm!  
Du har skjult hjertesvikt!**

På VG Nett 15.2. 2006 gikk en kardiolog, Julia Karpinska ved Akershus universitets- sykehus, ut og forsikret alle eldre som trodde de var friske at de kanskje ikke var det like- vel (1). Hvorfor må kolleger igjen og igjen –

bare for å se sitt eget navn på trykk i mediene – komme med meningsløse brannfakler som ikke fører til noe annet enn oppblussing av angst hos mange friske mennesker? Forres- ten er det blitt kutyme å deklarene hvilket legemiddelfirma man samarbeider med. Det var utelatt i VG-artikkelen.

Som vanlig beskyldes allmennprakti- kerne for å være uvitende. De vet angivelig ikke at symptomene på hjertesvikt er «tretthet, natthoste, kortpustethet, nedsatt kondisjon, hovne bein og vannansamling i lunger og buk» (1). Hvis den påstanden er sann, må norske allmennpraktikere avskiltes øyeblikkelig.

Slike kraftsalver fra spesialister om egen fortrefelighet har vært gjengangere i mediene i alle år. Av alt man kan tenkes å bruke energi på, må det være den mest kontraproduktive. Man oppnår ingenting annet enn å skape engstelse og utrygghet hos tusenvis av mennesker uten grunn. Til orientering: Undertegnede er ikke allmenn- praktiker og samarbeider heller ikke med legemiddelindustrien.

**Audun Tønnesen**Hospitalet Betanien  
Bergen**Litteratur**

1. 100.000 kan ha skjult hjertesvikt. ([www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=160702](http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=160702) (20.2.2006).

*J. Karpinska svarer:*

Hensikten med artikkelen var ikke å komme med skremselfpropaganda eller kritikk av allmennpraksis. Kunnskap i befolkningen om hjertesykdom, spesielt iskemisk hjertesykdom, kan være livred- dende. Dette gjelder særlig ved uklare sym- ptomer som f.eks. brystmerter eller kort- pustethet. Det er veldokumentert at større mediekampanjer om hjertesykdom kan for- korte den tiden det tar fra en pasient opp- dager et symptom til vedkommende søker lege ved f.eks. akutt hjerteinfarkt, hvor tidlig behandling redder liv og forebygger komplikasjoner. Også ved hjertesvikt med relativt beskjedne symptomer eller ved «asymptomatisk» venstre ventrikkel-dys- funksjon er det vist at tidlig diagnose og behandling redder liv.

Undertegnede har et meget godt samar- beid med allmennpraktikere. Hva angår insinuasjonen om at dette er skjult markeds- føring for legemiddelindustrien, viser den at Audun Tønnesen ikke har forstått bak- grunnen for den aktuelle artikkelen. Det er vel heller ikke vanlig at man i dagspressen angir slike bindinger. Det hører hjemme i fagpressen. For ordens skyld – jeg har del- tatt i kardiiovaskulær forskning sponset av alle større medisinalfirmaer.

**Julita Karpinska**Medisinsk avdeling  
Akershus universitetssykehus Stensby**Bevisst diskriminering  
eller bare norsk rekord  
i selvgodhet?**

Innvandrere med legeutdanning og praksis fra land utenfor EØS-området får et ublidt møte med norsk helsevesen og undervis- ningsinstitusjoner. Dette har vært fremme i mediedebatten, spesielt i forhold til at disse legene har vært underlagt en fagprøve få norske leger ville ha bestått og som har hindret flertallet av dem i å kunne bruke sin utdanning her i landet. Det dreier seg om den trolig mest ressursrike delen av inn- vandrere til Norge, mange av dem kvinner fra de tidligere sovjetrepublikkene. I stedet for å bli ønsket velkommen til et norsk helsevesen som er på jakt etter spesialister, blir de behandlet som pariaer.

Etter muntlige og skriftlige språkeks- amener i norsk på høyt nivå gjennomgår de kurs i medisinsk kommunikasjon, rønt- genkurs, den nevnte fagprøven samt kurs i nasjonale fag, alle med tilhørende eksamener. Deretter er det seks måneders ubetalt praksis ved norsk segeavdeling (hvis et sykehus i det hele tatt vil ta dem inn) og så til slutt halvannet år med norsk turnustjeneste.

Undertegnades ektefelle er en av disse. Hun har arbeidet 7,5 år som anestesilege i hjemlandet, 4,5 av disse årene i universi- tetsklinikk innenfor onkologisk kirurgi. Men den norske spesialitetskomiteen kan ikke finne at dette kan telle mer enn ett år innenfor gruppe II-sykehustjeneste her i landet! Dette etter at hun hadde brukt fem år for å få norsk autorisasjon.

Det hører med til historien at om hun hadde kommet fra nabolandet i Baltikum med identisk utdanning, ville det ikke vært noen krav. Hvis hun hadde reist til et våre naboland og fått spesialiteten godkjent der og så overført denne til Norge, slik mange gjør, ville alt vært annerledes. Det er da man begynner å fundere. Er det bare norsk selvgodhet på sitt ypperste – eller hva?

Med bakgrunn i slike avgjørelser spør- s det om ikke vår egen legeförening bør si fra seg vervet den har ved å være tillagt god- kjenning av spesialistutdanningene, eller ta opp sitt regelverk til revisjon.

**Hans-Johan Breidablik**

Sula