

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).

Storcellet granulær lymfocyt-leukemi

I en interessant og oversiktlig artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2009 påviste Silje Michalsen og medarbeidere at 21 % av pasientene med storcellet granulær lymfocyt-leukemi hadde revmatoid artritt. Revmatoid artritt er den hyppigste komorbidityten man finner ved denne leukemiformen (1). Ti pasienter hadde splenomegali ved diagnostidspunktet og åtte pasienter var splenektomert før diagnosen storcellet granulær lymfocyt-leukemi ble stilt. Indikasjonene for gjennomført splenektomi var uklare. Det ville være interessant å vite forekomsten av revmatoid artritt hos disse 18 pasientene, og om noen av dem tidligere hadde fått diagnosen Feltys syndrom, en triade bestående av revmatoid artritt, leukopeni (nøytropeni) og varierende grad av splenomegali (2). Splenektomi har tidligere vært behandling for syndromet, men er vel blitt erstattet av medikamentell behandling (3). Selv om skillet mellom storcellet granulær lymfocyt-leukemi og Feltys syndrom tidligere er kort omtalt i Tidsskriftet (4), er det ønskelig med en differensialdiagnostisk grenseoppgang på bakgrunn av nyere kunnskap.

Odd Kildahl-Andersen
Harstad

Litteratur

1. Michalsen S, Schrupf E, Beiske K et al. Storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1098–102.
2. Moosig F, Schoch R, Kneba M. Die T-large Granular Lymphocyte Leukämie (T-LGL-Leukämie) – Eine wichtige Differenzialdiagnose zum Felty-Syndrom. Z Rheumatol 2006; 65: 447–51.
3. Burks EJ, Loughran TP. Pathogenesis of neutropenia in large granular lymphocyte leukemia and Felty syndrome. Blood Rev 2006; 20: 245–66.
4. Berentsen S, Bruslerud Ø, Ulvestad E. Storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1045–8.

S. Michalsen og medarbeidere svarer:

Vi er enig med Odd Kildahl-Andersen at det ville ha vært interessant å få avklart prevalensen av Feltys syndrom blant våre pasienter med storcellet granulær lymfocyt-leukemi. Hos 11 av våre pasienter var det godt dokumentert at de også hadde revmatoid artritt, men vi hadde begrenset tilgang til journaldokumentasjon for flere av pasientene som inngikk i materialet. Vi kan

derfor ikke utelukke at flere enn disse 11 pasientene hadde revmatoid artritt. Pga. mangelfull journaldokumentasjon (pasienter som ikke hadde vært til klinisk undersøkelse ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet) kan vi heller ikke si med sikkerhet hvor mange av våre pasienter som hadde granulocytopeni, revmatoid artritt og splenomegali. Så vidt vi kjenner til hadde ingen av pasientene eksplisitt fått stilt diagnosen Feltys syndrom, men det er åpenbart at noen av pasientene tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for det sykdomsbildet.

Geir E. Tjønnfjord
Silje Michaelsen
Elisabeth Schrupf
Klaus Beiske
Anne Tierens
Oslo

Vigdis Stenberg
Hønefoss

Solide retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer

Tor Ole Kjellevand er i Tidsskriftet nr. 13/2009 kritisk til at de nasjonale retningslinjene for individuell forebygging av hjerte- og karsykdommer anbefaler statiner som primærforebyggende tiltak (1, 2).

Retningslinjene er et resultat av flere års arbeid som har omfattet gjennomgang av tilgjengelig litteratur og egne metaanalyser. Disse metaanalysene støtter bruken av statiner i primærprofylakse hos pasienter med økt risiko. Det samme gjør også en helt ny metaanalyse publisert i *BMJ* (3).

Faggruppen som har utarbeidet retningslinjene er trygg på at anbefalingen er tuftet på solid vitenskapelig grunnlag. Retningslinjene presiserer at kolesterolsenkende medisiner skal gis til dem som har forhøyet risiko og som vil ha klar leveårsgevinst ved behandling. Personer med gjennomsnittlig eller lav risiko skal ikke tilbys medikamentell behandling. Alle skal imidlertid få råd om sunn livsstil, inkludert mosjon, kosthold og røykestopp.

Vi er enige om at unødvendig sykkelgjøring ikke er bra, men vi tror faktisk retningslinjene vil føre til det motsatte: Personer med høy risiko vil føle seg tryggere når de vet at de får behandling som effektivt forebygger alvorlig sykdom.

Tor Ole Kjellevands synspunkter bør ikke få gjennomslag – verken hos leger, pasienter eller i opinionen.

Steinar Madsen
Bjørn Gjelsvik
Sverre E. Kjeldsen
Tor Ole Klemesdal
Eivind Meland
Stein Narvesen
Ole Frithjof Norheim
Inger Njølstad
Serena Tonstad
Frøydis Ulvin
på vegne av retningslinjegruppen
Oslo

Litteratur

1. Kjellevand TO. Individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1353.
2. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archiv/00116/Nasjonale_Retningsl_116709a.pdf [2.7.2009].
3. Brugs JJ, Yetgin T, Hoeks SE et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 338: b2376. doi: 10.1136/bmj.b2376.

Årsaker til globalisering av klinisk forskning

Det er viktig å diskutere etiske problemer ved globaliseringen av klinisk forskning, slik det ble gjort i en kommentar i Tidsskriftet nr. 9/2009 (1) som hovedsakelig refererte en artikkel i *New England Journal of Medicine* (2). Det er et faktum at en større og større del av den kliniske legemiddelforskningen utføres i Russland (og andre tidligere sovjetstater), India, Kina, Latin-Amerika og Det fjerne østen, de såkalte nye markedene («emerging markets»).

Kritikerne fremstiller flyttingen som utelukkende kostnadsmotivert – forskningen flyttes fra høykostland i Europa og Nord-Amerika til lavkostland. Det er imidlertid ikke riktig, som Riska gjør, å bruke begrepet «utviklingsland». De landene dette gjelder, er først og fremst Russland, India, Kina, Brasil og Sør-Korea – altså store, folkerike stater som er rimelig utviklet og i økonomisk vekst.

Det er riktig at det er billigere å gjøre studier i disse landene, men det er langt fra eneste årsak til utflyttingen av forskningen. Den internasjonale industrien ønsker å investere i nye markeder hvor det

medisinske behov er stort og hvor det kan forventes økonomisk vekst. Samtidig ser vi at overnasjonale organer også styrer forskning og utvikling mot de samme regioner.

Historisk sett har Vest-Europa og USA stått for all legemiddelutvikling, og det er befolkningen i disse landene som har nytt godt av den helsegevinsten moderne legemiddelutvikling har gitt. Våre etablerte legemidler er dokumentert effektive og sikre i vår egen populasjon, og våre forskningsmiljøer har hatt god nytte av å delta i dette forskningssirkuset.

Nå er verden i endring. Nye markeder åpnes, og disse nye landene vil for en stor del representere den globale veksten i fremtiden, med en befolkning som langt overskrider de gamle markedenes. Disse landene har ikke fått ta del i den helseutviklingen vi har hatt, og det er rett og rimelig at nå bør legemiddelforskning og -utvikling også skje der.

Oda Riska skriver at det er usikkert om deltakerne i slike studier er representative for fremtidige amerikanske brukere (1). Nei, selvfølgelig er de ikke det. Men data fremskaffet ved hjelp av amerikanske og vesteuropeiske pasienter er vel heller ikke representative for fremtidige brukere i de nye markedene, som numerisk er flere ganger større. Pasientene i disse nye markedene bør også få tilgang til nye legemidler. At dokumentasjonen gjenspeiler dette, må være riktig.

Til sjunde og sist må hensynet til pasientene veie tungt. Forskingen må skje under de samme kvalitetskrav, og pasientenes integritet og sikkerhet må ivaretas. Internasjonale regler for denne type forskning sikrer dette. Det samme gjør myndighetenes godkjenning, som er basert på at slik sikkerhet kan dokumenteres. Den internasjonale farmasøytiske industri vil ikke ha råd til å gå på akkord med disse kvalitetskravene.

Olav Flaten
GlaxoSmithKline AS

Litteratur

1. Riska O. Globalisering av klinisk forskning – etiske spørsmål. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 902.
2. Glickman SW, McHutchinson JG, Peterson ED et al. Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. N Engl J Med 2009; 360: 816–23.

Imidlertid synes jeg disse rent tekniske erklæringer i de siste årene er blitt tillagt uforholdsmessig stor vekt. Jeg forstår at forsikringsselskapene legger stor vekt på rapportene – de er som regel til deres fordel. Nå i det aller siste har det imidlertid nesten tatt helt av. I en sak der jeg har vært engasjert satte retten til side medisinske erklæringer fra to nevrologer og nærmest bestemte at aktuelle ulykke ikke hadde skadevoldende effekt.

For den skadede blir jo dette en slags Kafka-situasjon. Han eller hun utsettes for et trafikkuhell der bilen blir så ødelagt at den enten må vrakes eller gjennomgå en meget dyr reparasjon. Den skadede selv får umiddelbart plager vedkommende aldri har hatt tidligere, og disse plagene vedvarer. Så sier samfunnet, her representert ved en tingrett, at det i aktuelle sak «er tvil om at det foreligger en tilstrekkelig skademekanisme».

En teknisk erklæring kan fort inneholde mange ganske innviklede forutsetninger og beregninger, forfatterne vil ofte gi uttrykk for tvil og er sjelden skråsikre. Det er gjerne så komplisert at jeg føler meg nokså sikker på at verken advokater, dommere eller leger er i stand til å følge med. Men det er lett å bli imponert av slike oppsett, og jeg synes vi av og til kan komme i nærheten av den store danske eventyrdikteren.

I det aktuelle tilfellet har forresten ingen i øren hatt kritisk sans: «At personers hode og bryst kan ha helt andre belastninger enn bilens er velkjent.» Det er også andre enn jeg som har uttalt seg litt tvilende om den absolutte verdien av slike tekniske beregninger. I en dom fra høyesterett uttalte mangeårig sakkyndig Helge Nordahl: «... etter min erfaring skal være meget forsiktig med å sette opp kategoriske grenser for hvilke hastighetsgrenser det er som er minimum for at helsebesvær oppstår» (1).

Det tror jeg han har rett i, og jeg tror vi som skriver erklæringer må forsøke å passe på at dette ikke går over stokk og stein. Det dreier seg tross alt om medisinske vurderinger.

Johan Petter Hesselberg
Trondheim

Litteratur

1. Høyesterettsdom 28.10.1998. <http://folk.uio.no/olavt/Dommer/98-00069b.htm> [7.7.2009].

legeforeningens medlemmer? Vårt fagtidsskrift skal være tillitvekkende i enhver hensikt.

Begrunnelse for og flagging av redaksjonens interesser er blitt sterkt etterlyst (3, 4), men har uteblitt. Hva vil redaksjonen ha frem faglig sett med sine sju-åtte makabre foto, inklusive forsiden! Et «øyeblikksbilde» fra den ene side av en konflikt som har pågått fra lenge før den annen verdenskrig!

Legeforeningens styre ved presidenten ble i brev (med kopi til Tidsskriftet) anmodet om å drøfte bruk og misbruk av Tidsskriftet som fagorgan i dette oppslaget. Det ble aldri gjort. Presidenten mente bestemt at dette kun var en sak for redaksjonen og returnerte spørsmålet til bukken og havresekken! Må årsmøtet og generalforsamlingen avklare?

La det være klart: Dette er ikke for eller imot at man engasjerer seg, trykker eller uttrykker noe. Det har snarere å gjøre med redaksjonens integritet, begrunnelse og troverdighet. Spesielt fordi det ikke er første gang: I Tidsskriftet nr. 16 /2006 var det nøyaktig samme tema, ensidighet og aktør (5). Tidsskriftet skal være til å stole på og ikke utgjøre en populistisk bølgebevegelse.

Per Arne Norum
Jeløy

Litteratur

1. Shifa-sykehuset. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 165.
2. Shifa-sykehuset, Gaza by. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 198–200.
3. Norum PA. Ingen interessekonflikt? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 432.
4. Holter E. Tidsskriftets bildeserie og legers varslingsplikt. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1238.
5. Gilbert M. Sommerregn i Gaza. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2136–9.

Tilsvarsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (<http://www.icmje.org/#correspond>). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvarsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.

Keiserens nye klær?

Jeg er nevrolog og har i over 50 år skrevet erklæringer etter oppdrag fra folketrygden, advokater eller forsikringsselskaper. I de senere år har det i saksdokumentene, især ved bilulykker, ofte foreligget en teknisk rapport utarbeidet av ingeniør eller ingeniører. Det kan være nyttig, og har sikkert fra tid til annen gitt hjelp også ved den medisinske vurdering.

En svekket redaksjon

Da Tidsskriftet nr. 3/2009 nådde oss i postkassen, var vi mange lesere som stusset, gnidde øynene og etterlyste holdninger (1). Hvorfor valgte Tidsskriftet å publisere bildene fra krigen bare fra den ene siden? Hiver Tidsskriftet seg bare på en bølge og gir faglighet og saklighet en kjapp pause mens populistisk propaganda skulper mot