

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 tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).



To underlige lederartikler

I Tidsskriftet nr. 2/2012 og nr. 3/2012 er det to underlige ledere av henholdsvis Stine Bjerkestrand (1) og Charlotte Haug (2). De to lederne har i beste fall en uklar agenda. De er skrevet på en måte som jeg oppfatter som diskreditering av forskere som har gjort en mønstergyldig studie som gir håp for tusenvis av pasienter. Denne blir satt opp mot en metaanalyse av Lillebeth Larun & Kirsti Malterud, som ble publisert i Tidsskriftet i 2011 (3). Sistnevnte er der faglig medarbeider. Bjerkestrands leder er allerede kommentert av flere. Hun er bekymret for at Larun & Malteruds studie ble møtt med taushet og overser et leserbrev (4) der det blir hevdet at trening ved utmattelsessyndrom kan være farlig.

Stine Bjerkestrand (1) forstår ikke hvorfor Larun & Malteruds artikkel ikke fikk samme oppmerksomhet i mediene som Fluge og medarbeideres studie (5). Hun beskriver den som en liten klinisk studie der det antydes at sykdommen er autoimmun og hevder at det er tonet ned at studien er i en tidlig fase og at vi vet lite om langtidsvirkninger og bivirkninger. Hun harselerer over at en forfatter har fulgt forskerne tett og at bloggere har omtalt studien samtidig som den ble publisert. Verst av alt er at Fluge og medarbeidere har fått 2 millioner kroner til videre forskning.

I en ny leder beroliger Charlotte Haug (2) med at Tidsskriftet ikke har tatt parti i «ME-striden». Lederen starter med en fiasko, nemlig at viruset XMRV ble antatt å være årsak til utmattelsessyndrom, men viste seg å være et sannsynlig laboratorieskapt artefakt – i tillegg til at det er påvist uredelighet og juks i artikkelen. Hva har dette med denne saken å gjøre? Er det for å antyde at forskerne bak rituximabstudien kan ha tatt feil, eventuelt jukset? Hun mener det trengs mer og bredere forskning, fortrinnsvis utført av en uavhengig gruppe. Uavhengig av hva? Av Haukeland universitetssykehus, som har finansiert studien?

Det er vanskelig å forstå annet enn at

Tidsskriftet har tatt standpunkt i «ME-striden» – og det i klart favør for det som presenteres i metaanalysen. For oss andre bringer metaanalysen ingen ny kunnskap – den er unyansert, lite kritisk og lite relevant i klinisk arbeid. Rituximabstudien, derimot, er gjennomført på en mønstergyldig måte og kan antyde noe om patogenesen ved kronisk utmattelsessyndrom. Det gir håp for de mange som lider av sykdommen.

De to lederartiklene tjener etter min mening Tidsskriftet til liten ære.

Oddbjørn Brubakk
Oslo

Oddbjørn Brubakk (f. 1940) er dr.med. og spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer. Han er pensjonist og arbeider deltid ved ME/CFS-senteret, Oslo universitetssykehus, Aker.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjerkestrand S. Maktskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 125.
2. Haug C. Meningsvokterne. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 261.
3. Larun L, Malterud K. Treningsbehandling ved kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 231–6.
4. Twisk FN, Maes M, Festvåg L. Gradert trenings-terapi kan ha skadelige effekter. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 803.
5. Fluge Ø, Bruland O, Riså K et al. Benefit from B-lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study. PLoS ONE 2011; 6: e26358.

Høyesterett og sakkyndighet

Stein Chr. Hexeberg hevder i Tidsskriftet nr. 6/2012 fortsatt at jeg burde ha omtalt «den omfattende vitenskapelige kritikk» av de såkalte Litauen-studiene og henviser på ny til SMM-rapporten om nakkeslengskade (1). Kritikken, som i hovedsak gjelder lav statistisk styrke, er ikke spesielt omfattende, og den er blitt besvart i to artikler (2, 3). Etter det er det, så vidt vites, ikke blitt publisert noen vitenskapelig funderte innvendinger mot studiene. Jeg mente det ikke var riktig å belemre Høyesterett med detaljer fra en vitenskapelig debatt som syntes avsluttet på grunn av mangel på innlegg fra den ene part. Skulle jeg ha trukket inn alle faglige debatter om nakkesleng opp gjennom de siste to tiår, ville erklæringen blitt svært lang. Jeg skrev i 1996 en syste-

matisk oversiktsartikkel om nakkesleng (whiplash) med hovedvekt på metodologiske styrker og svakheter ved alle studier over tilstanden publisert til da (4). En oppdatering av denne artikkelen, skrevet i samarbeid med blant andre en av nestorene i tysk rettsmedisin, er nettopp utgitt (5).

Hexeberg hevder videre at «det er behov for en balansert fremstilling av hva som er allment akseptert medisinsk viten til enhver tid». For en så kontroversiell tilstand kan man spørre seg om det er mulig å oppnå enighet om hva dette er. I erklæringen til Høyesterett forsøkte jeg å gi en vurdering basert på min samlede forståelse av dette vanskelige problemfeltet, ikke en detaljert gjennomgang (som jeg har publisert andre steder). Jeg mente at det nærmeste man kunne komme allment akseptert medisinsk viten var SMM-rapporten, og derfor ble min korte gjennomgang av generell medisinsk forskning avsluttet med en oppsummering fra rapporten, som konkluderte med det ikke var vitenskapelig dokumentert at kroniske plager etter nakkesleng har den mekaniske skaden som direkte årsak.

Erklæringene i den aktuelle saken, fra nevrokirurg, nevrolog og fysikalskmedisinere, avgitt uavhengig av hverandre, viser at det har skjedd et paradigmeskifte i den medisinske forståelsen av nakkesleng, bort fra hypotesen om enkel vevsskade i nakken over mot en kompleks biopsykososial modell. Dette kom til uttrykk allerede i SMM-rapporten fra 2000. Som partner i et advokatfirma med personskadesaker er det høyst forståelig at Hexeberg ikke ønsker å ta dette skiftet innover seg og derfor fortsetter å insistere på en «balansert fremstilling». Man skjønner også hvorfor han gjerne vil være med og definere hva som skal være allment akseptert medisinsk viten. Det er mindre forståelig at han oppgir «ingen interessekonflikter» under sine innlegg til Tidsskriftet. Heller ikke advokater er hevet over kravet om å oppgi slike.

Lars Jacob Stovner

lars.stovner@ntnu.no

Nasjonalt kompetansesenter for hodepine
St. Olavs hospital

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er spesialist i nevrologi og leder for Nasjonalt kompetansesenter for hodepine, St. Olavs hospital, og professor ved Institutt for nevrologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Oppgitte interessekonflikter: Stovner har motatt foredragshonorar fra Handelshøyskolen BI.

Litteratur

- Hexeberg SC. Sakkyndighet i Høyesterett. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 618.
- Schrader H, Stovner LJ, Ferrari R. Kronisk nakkestengsyndrom – en oversikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1296–9.
- Schrader H, Stovner LJ, Obelieniene D et al. Examination of the diagnostic validity of 'headache attributed to whiplash injury': a controlled, prospective study. Eur J Neurol 2006; 13: 1226–32.
- Stovner LJ. The nosologic status of the whiplash syndrome: a critical review based on a methodological approach. Spine 1996; 21: 2735–46.
- Schrader H, Stovner LJ, Eisenmenger W. Fragliche nosologische Validität des chronischen Halswirbelschleudertraumasyndroms. Orthopade 2012; 41: 147–52.

Fortvilelse i morsrollen

Jeg vil takke Harald Brauer & Egil W. Martinsen for en lærerik artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2012 om puerperalpsykose (1). Jeg savner strukturerte opplegg for spedbarnet og ektefellen (nattpasient) i sykehuset. Når barnet blir borte i dagevis, vil noen mødre tro de har drept det. Det blir et ekstra lidelsestrykk, noe som kanskje kan være en bidragende årsak til redusert virkning av nevroleptika (slik som i dette tilfellet)?

Vi som har fulgt opp slike pasienter i flere måneder etter utskrivning, kjenner deres fortvilelse og frustrasjon i den nye morsrollen. Vi har også sett at de ikke har fått den hjelp de hadde behov for. Deres eget morsforhold er kanskje også problematisk? Etter hvert kommer aggresjonen på plass og blir ikke rettet mot dem selv eller spedbarnet.

Carl S. Albretsen

rolf.albretsen@googlemail.com
Asker

Carl S. Albretsen (f. 1926) er pensjonert psykiater.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Brauer H, Martinsen EW. En forvirret nybakt mor. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 167–9.

E.W. Martinsen & H. Brauer svarer:

Vi takker Carl S. Albretsen for viktig innspill til vår artikkel om behandling av en kvinne med postpartumpsykose (1). Det er dramatisk når moren til et spedbarn blir alvorlig syk. Helsearbeidere får plutselig ansvaret for ikke bare én pasient, men en hel familie. Slike situasjoner har ikke helsevesenet alltid taklet like godt. Det tok lang tid før kunnskapen om betydningen av kontinuitet i kontakten mellom barn og foreldre ble tatt på alvor, slik at foreldrene kunne være til stede når barna ble innlagt i syke-

hus. Likeledes har helsevesenet ikke alltid vært gode nok til å følge opp pasienters barn og deres omsorgssituasjon. Stortinget vedtok derfor i 2010 endringer i helsepersonelloven og i lov om spesialisthelsetjenester. Lovendringene skal sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar oppfølgingsansvaret av mindreårige barn når mor eller far får alvorlige helseproblemer i form av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Dette er beskrevet i et rundskriv fra Helse- direktoratet (2). Helseinstitusjoner skal oppnevne barneansvarlig personell som har ansvar for å følge opp barns behov, og det skal dokumenteres at dette blir gjort.

Når det gjelder «vår» familie, hadde pasienten en oppegående mann som ivaretok omsorgen for barnet på en god måte. Han hadde kontakt med pasienten og personalet flere ganger i uken. Det andre forholdet, som Albretsen påpeker, er mors behov for kontakt med barnet. Forholdene i akuttavdelingen lå ikke til rette for at far og barn kunne bo der. Det var også vanskelig å la kvinnen få besøk av spedbarnet da hun var dårlig, ikke minst av hensyn til barnets sikkerhet. Det var derfor en relativt lang periode hvor moren ikke hadde kontakt med sitt barn, og dette kan ha bidratt til å forverre hennes problemer.

Moren strevde med kontakten med barnet den første tiden etter utskrivningen, og den lille ble derfor henvist til barnepsykiatrisk oppfølging med vekt på samspillet mellom mor og barn. Hvorvidt dette problemet skyldtes den to uker lang atskillelsen, ettervirkninger av morens sykdom og behandling eller en sorgreaksjon over at den første spedbarnstiden ble helt annerledes enn hun hadde tenkt seg, er vanskelig å si. Det er en tung situasjon når moren til et spedbarn blir alvorlig syk. I tillegg til å behandle kvinnen må hele familien ivaretas. Dette kan sannsynligvis redusere negative konsekvenser av sykdomsepisoden for alle parter.

Egil W. Martinsen

egil.martinsen@aus.no
Oslo universitetssykehus

Harald Brauer

Akershus universitetssykehus

Egil W. Martinsen (f. 1950) er leder for Avdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus. Han er også professor II ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Brauer (f. 1969) er seksjonsjef/avdelingsoverlege ved Akuttpsykiatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus. Han har drevet med elektrokonvulsiv behandling (ECT) siden 2001 og har vært opptatt postpartumpsykoser og ECT-behandling. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Brauer H, Martinsen EW. En forvirret nybakt mor. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 167–9.
- Helse- direktoratet. Barn som pårørende. Rundskriv IS-5/2010. <http://helseidirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-paerorende/Sider/default.aspx> (20.3.2012).

Anonymisert og aidentifisert

I Tidsskriftet nr. 3/2012 står det om HUNT-undersøkelsen at «Flere enn 100 000 personer har samtykket til at anonymiserte helseopplysninger kan gjøres tilgjengelige for godkjente forskningsprosjekter» (1). Jeg fant også samme formulering på HUNTs informasjonssider (2). Jeg antar at dette er feil ordbruk og at det skulle stått *avidentifiserte* istedenfor *anonymiserte*.

Forvirring omkring aidentifiserte og anonymiserte er utbredt, men uheldig, siden regelverket er helt ulikt for de to opplysningstypene. Anonymiserte opplysninger er ikke lovregulerte og omtales heller normalt ikke som helseopplysninger (kun opplysninger). Aidentifiserte person-/helseopplysninger er derimot personidentifiserbare og kan knyttes til en enkeltperson (gjennom en koblingsnøkkel), og dersom det er aidentifiserte helseopplysninger som skal inngå i et medisinsk forskningsprosjekt, er bruken regulert av helseforskningsloven.

Et viktig kriterium ved aidentifiserte opplysninger er imidlertid at de skal fremstå som anonyme på forskers hånd. Det innebærer at for forsker vil aidentifiserte og anonymiserte opplysninger fremstå som ikke personidentifiserbare. Forskjellen er derfor at for aidentifiserte opplysninger vil en ekstern aktør ha en koblingsnøkkel som muliggjør f.eks. tidvise oppdateringer av variabler.

Hvis forskergruppen selv kontrollerer koblingsnøkkelene, er det ikke snakk om aidentifiserte opplysninger lenger, men direkte personidentifiserbare helseopplysninger.

Jacob C. Hølen

jacob.holen@etikkom.no

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Jacob C. Hølen (f. 1975), ph.d., er sekretariatsleder for Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag og førsteamanuensis II ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hem E. Økt hvilepuls – økt risiko for hjertedød. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 282.
- Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. www.ntnu.no/hunt (18.3.2012).