

Jørgen G. Bramness (f. 1962) er professor og forskningsdirektør ved Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo og lege ved Senter for psykofarmakologi ved Diakonhjemmet sykehus.

Fatemeh Chalabianloo (f. 1969) er overlege ved Seksjon for legemiddel-assistert rehabilitering (LAR), Avdeling for rusmedisin ved Haukeland universitetssykehus.

Lars Slørdal (f. 1955) er professor i farmakologi ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital, og rådgivende lege for Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), region Midt.

Litteratur

1. The United States Department of Justice. Justice department announces largest health care fraud settlement in its history. Pfizer to Pay \$2.3 Billion for Fraudulent Marketing. (2009) <http://justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ-900.html> [2.5.2013].
2. Pfizer. Kopsryggsmerter kan også være nevrologiske. Helsidesannonse i Dagens Medisin nr. 3, 2013.
3. Topnews US. Pfizer's resubmitted Lyrica for anxiety application rejected by FDA (2009). <http://topnews.us/content/29235-pfizer-s-resubmitted-lyrica-anxiety-application-rejected-fda> [2.5.2013].
4. Lader M. Zopiclone: is there any dependence and abuse potential? J Neurol 1997; 244 [suppl 1]: S18–22.
5. Berg C, Sakshaug S, Handal M et al. Z-hypnotika – sovemidlene som dominerer markedet i Norge. Norsk farmaceutisk tidsskrift 2011; 4: 20–3.

Dårlig journalistikk

I Tidsskriftet nr. 6/2013 (1) er det et interessant og godt intervju. Det er prisverdig at Tidsskriftet løfter frem de som målbærer en annen tilnærming til et såpass vanskelig tema. Konsensusetikken har vi nok av.

Derimot reagerer jeg på at intervjueren pådytter leseren sine egne standpunkter, som i følgende setning: «Det er vel kjent for mange av Tidsskriftets lesere at intervjuer og intervjuobjekt står på hver sin side i en til dels opphetet debatt ...» (1). Som leser er det uinteressant, og til dels forstyrrende, hva intervjuer Swensen selv mener i denne saken, og for den del i alle andre saker. Vil hun fremme egne meninger, bør det gjøres på debattsidene.

Dette kunne vært et lite arbeidsuhell, men samme feil finner vi i intervjuet med Eivind Meland i Tidsskriftet nr. 12/2012, sitat: «Noen vil vite at vi sto – står – for ulike syn i et til tider polarisert ordskifte...» (2). Som journalist skal Swensen gjøre en jobb, ikke drive propaganda for egne holdninger. Kanskje den som er ansvarlig redaktør bør sikre seg at Swensen tar på seg riktig hatt neste gang hun gjør en jobb for Tidsskriftet?

Vegard Hodneland

vhodnela@online.no

Vegard Hodneland (f. 1960) er fastlege ved Os legesenter i Os. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Swensen E. Ad fontes. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 632–4.
2. Swensen E. En frimodighetens apostel. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1562–4.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 22.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2986257/>

E. Swensen svarer:

Vegard Hodneland liker portrettet jeg har formidlet av kollega Gunnar Grøstad Johnson (1), men velger overskriften «Dårlig journalistikk» på sin kommentar. Først vil jeg takke for at han har lest, gledet seg over og brydd seg om å gi tilbakemelding på intervjuet. Ingenting gleder meg mer enn at leseren har følt seg berørt og engasjert.

Så til kritikken av min manglende rolleforståelse som journalist: Jeg er ingen journalist. Jeg er en skrivende, meningsbærende kollega som snakker med en annen kollega under den antatte forutsetning at samtalen har interesse utover det private og personlige. Tidsskriftets portrettintervjuer har som eksplisitt ambisjon å være intelligente, underholdende, opplysende samtaler mellom kolleger. Jeg liker å tenke om disse møtene som «samtaler i øyehøyde». Målet er redegjort for i en leder i Tidsskriftet (2) der det også fremgår hvilke kriterier vi legger til grunn når vi velger intervjuobjekter. Vi vil utforske og utfordre dere som besitter maktposisjoner, løfte frem de beskjedne heltene, bringe de vanvittige historiene eller rett og slett gå i dialog med dere som har ytret dere på en måte som vekker et særlig engasjement. Det aktuelle intervjuet er i sistnevnte kategori.

Det er jeg som har hovedansvaret for portrettintervjuene, som altså skrives av menige, skriveføre, dialogisk anlagte leger. Jeg har lagt vekt på å utvikle portrettene i en retning der vi synliggjør nettopp det dialogiske. Vi skal spesielt sky panegyrikk og meningsløs referering av intervjuobjektets uttalelser. Hvis poenget er å registrere seg selv uten motstand, kan jo intervjuobjektet med fordel heller skrive noe fint om seg selv.

Det er for øvrig morsomt at dette intervjuet med Grøstad Johnson har avfødt en debatt der meningene faller i to tydelige kategorier. Hodneland har mange med seg i at intervjueren burde holde meningene sine for seg selv. Like mange har ment at når en kollega med Grøstad Johnsons synspunkter får ytre seg på portrettsplass, burde han i det minste blitt utfordret i større grad av intervjueren. Jeg oppsummerer foreløpig reaksjonene som en bekreftelse på at jeg har fått til omtrent det jeg håpet på.

Elisabeth Swensen

elswense@online.no

Elisabeth Swensen (f. 1951) er allmennpraktiker ved Seljord helsesenter.

Litteratur

1. Swensen E. Ad fontes. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 632–4.
2. Swensen E. Samtaler med leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1921.

Mangler i kasuistikk

Jeg har noen bemerkninger til den interessante artikkelen i Tidsskriftet nr. 6/2013 om hudmanifestasjoner i forbindelse med infeksjon med *Mycoplasma pneumoniae* (1).

For det første: Forfatterne nevner ikke mikrobiologen ved den mikrobiologiske avdelingen som har stilt den etiologiske diagnosen. Dette til tross for at mer enn ti mikrobiologiske parametere er blitt undersøkt, og diagnosen er basert på et funn generert av en spesialist i laboratoriemedisin. Man bør om ikke annet av ren høflighet nevne dem som gjør jobben.

For det andre: Korrekturlesingen er under pari. Mikroben dere skriver om, heter *Mycoplasma pneumoniae*, med «ae» til slutt og ikke bare «a». Det er entall genitiv på latin. Det står «konjunktivitt» istedenfor «konjunktivitt». Dermatologen som omtales, heter Behçet (en tyrkisk dermatolog) og ikke Bechet.

For det tredje: Det er over 100 artikler i litteraturen om ekstra-pulmonære manifestasjoner i forbindelse med *M pneumoniae*.

Tverrfaglig samarbeid der mikrobiolog og infeksjonsmedisiner tenker sammen, kan bringe oss hurtigere i mål!

Péter A. Csángó
csango@gmail.com

Péter Andras Csángó (f. 1942) er overlege ved Lab1/Med1Gang og spesialist i medisinsk mikrobiologi.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rizvi SMH, Kvernebo MS, Mørk N-J et al. Ung gutt med feber, sår hals, såre lepper og bulløst utslett. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 646–8.

Dette er en redigert versjon publisert som rask respons i nettutgaven 2.4. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2987580/>

Ung mann med usedvanlig sykdomsbilde



I Tidsskriftet nr. 6/2013 er det en kasuistikk om en ung mann med usedvanlig sykdomsbilde. Spalten er verdifull for en pensjonert allmennpraktiker med intakt interesse for klinisk arbeid. Artikkeforfatterne skal ha ros for ypperlige illustrasjoner og pedagogisk fremstilling. Påminnelsen om at «dermatologi som klinisk spesialitet er nær knyttet til andre spesialiteter» burde vært nødvendig å ta med. Imidlertid er det forunderlig at man i selve artikkelen ikke omtaler tilstandens navn.

Det foreligger vel et klassisk Stevens-Johnsons syndrom som undertegnede lærte om i studieårene. Kan forklaringen være at eponymer ikke er populære i Tidsskriftet? Kunne man ikke i diskusjonen ha anført hva tilstanden tidligere ble kalt?

Nils Carl Lønberg
nyhavndoktoren@gmail.com

Nils Carl Lønberg (f. 1939) er pensjonert allmennpraktiker i København.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 2.4. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2987580/>

Syed Mohammad Husain Rizvi og medforfattere svarer:

Vi takker for positiv omtale av vår kasuistikk. Som det fremgår av artikkelen, var svært mange klinikere og laboratoriepersonell fra flere avdelinger og spesialiteter involvert i behandlingen av pasienten. Vi vurderte om samtlige eller noen utvalgte skulle nevnes med navn, men endte opp med å takke alle uten navnsnevning – med ett uttak. Vi er helt enig i at tverrfaglig samarbeid med bl.a. mikrobiolog og infeksjonsmedisiner er svært viktig.

Erythema multiforme major og Stevens-Johnsons syndrom ble tidligere betraktet som overlappende sykdommer, men betraktes nå mer som to distinkte sykdomsentiteter – den første oftest utløst av infeksjoner, den andre oftest av legemidler. Sykdomsbildet ved Stevens-Johnsons syndrom er gjerne mer alvorlig og kan gå over i toksisk epidermal nekrolyse, tidligere kalt Lyells syndrom, som er en tilstand med høy letalitet. Vi mener for øvrig at eponymer bør unngås der det foreligger gode alternative sykdomsbetegnelser.

Syed Mohammad Husain Rizvi
Mari Skylstad Kvernebo
Nils-Jørgen Mørk
Petter Gjersvik
petter.gjersvik@gmail.com

Syed Mohammad Husain Rizvi (f. 1983) er lege under spesialisering ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Mari Skylstad Kvernebo (f. 1977) er lege under spesialisering ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nils-Jørgen Mørk (f. 1950) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, og overlege ved Seksjon for hudsykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Petter Gjersvik (f. 1952) er spesialist i hud- og veneriske sykdommer, dr.med. og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kliniske resultater er viktigst!

Atle Fretheim har i Tidsskriftet nr. 6/2013 helt rett i at gode, randomiserte kliniske studier ville vært ønskelig for å se om forløsningsmetode virkelig kan være årsak til den fantastiske nedgangen i obstetriske sfinkterskader i Norge (1). Vi mener at slike studier er umulig å gjennomføre i Norge i dag, fordi de mange kravene til slike studier ikke kan innfris i en akutt fødesituasjon, f.eks. kontroll av selve intervensjonen og fare for seleksjonsbias, både blant fødekvinne, jordmødre og fødselsleger.

Som akademikere er vi enige i at det kan være irriterende ikke å ha de gode studiene som kan gi sikre svar. Som klinikere er vi derimot strålende fornøyde med at vi har fått med skadeomfanget på en måte som nesten bare kan sammenliknes med effekten av å la nyfødte sove på ryggen for å unngå krybbedød. Den foreslåtte «intervensjonen» er helt uten fare for pasienten, men forutsetter god kommunikasjon med kvinnen, aktiv støtte av perineum og korrekt episiotomi på indikasjon for å redusere traumet på sfinkterapparatet.

Vi er enige med Atle Fretheim i at effektstørrelsen av den gjeninnførte finske teknikken er usikker i forhold til hvilke elementer i teknikken som har betydning. Det paradoksale er at ingen etterspurte effektstørrelsen av å fjerne perineumstøtte i Norge på 1980-tallet, der rutinemessig fødselsstøtte («hands-on») forsvant til fordel for «hands-off»-praksis. Denne støtteteknikken ble opprettholdt i Finland, som ikke opplevde samme økning i sfinkterskader som Norge. Det er ingen fagfolk som tror at de store forskjellene i skadefrekvens mellom land og innen Norge skulle skyldes registreringsforskjeller.

Fretheim nevner at randomiserte studier ikke bekrefter at perineumstøtte er viktig. Imidlertid er disse studiene få, og inkluderer oftest ikke den finske teknikken eller holder lav klinisk og vitenskapelig kvalitet.

De norske studiene på dette feltet har fått stor internasjonal oppmerksomhet og har bidratt til at retningslinjer for forløsnings-teknikk i England revideres.

Vi utfordrer de fødeinstitusjonene som ligger høyere enn landsgjennomsnittet til å redusere sin skadefrekvens. Vi er ikke så opptatt av hvilken klinisk rutine som velges, bare den ikke er skadelig for pasienten og gir ønsket helseeffekt. Dersom avdelinger dokumenterer like lav frekvens av sfinkterskader ved vaginale fødsler som de beste sykehusene, uten å benytte den finske teknikken, er vi mer enn villige til å revurdere vår kliniske konklusjon om at denne teknikken er viktig.

En stor andel av kvinner med sfinkterskader er plaget med anal inkontinens resten av livet. Vi har nå opplevd store reduksjoner i skadetall etter gjeninnføring av den finske teknikken. Dette er tilstrekkelig for oss. Da får vi og fødekvinne i Norge heller leve med at dokumentasjonen kunne ha vært akademisk mer tilfredsstillende.

Annetine Staff
annetine.staff@uus.no
Pål Øian