

målestokk, og nordmenn er heller ikke mer sårbare overfor influensa enn kontinentaleuropeere. Likevel tok Norge en relativt unik beslutning da våre helsemyndigheter anbefalte massevaksinasjon med en vaksine som ennå ingen visste om var effektiv eller ikke. Og siden vaksinen ikke var tilstrekkelig utprøvd, var dens risikoportefølje heller ikke avklart. Vel finnes det situasjoner der man kan være villig til å gamble med slike vaksiner, deriblant ved ebolautbrudd, men svineinfluensaen var definitivt ikke en slik hendelse. Og derfor valgte andre europeiske land – med unntak av Sverige og Finland – kun å vaksinere risikogrupper, ikke hele befolkningen.

Det er på et slikt bakteppe min påstand om illegitim bruk av frykt må ses. Jeg var selv tett på diagnostisering av pandemien og fulgte derfor nøye med på utviklingen slik den kom til å arte seg i andre verdensdeler og etter hvert også i Norge. Den tilgjengelige empirien gjorde meg relativt overbevist om at myndighetene ikke ville komme til å anbefale allmenn vaksinasjon – til det var faren ved viruset for lav, og risikoen forbundet med den uavklarte vaksinen for høy. Da beslutningen om allmenn vaksinasjon likevel kom, var det åpenbart at den var feil. I ettertid er jeg ikke blitt mindre overbevist om dette synspunktet.

Jeg har lenge spekulert på hva som ledet helsemyndighetene til å fatte en såpass kontraintuitiv beslutning, og har etter hvert dannet meg en oppfatning av at det skyldtes dårlig ledelse, lav grad av tillit og et anstrengt samarbeidsklima som neppe dannet atmosfære for gode beslutninger. Det er åpenbart at andre forhold enn faglige lå til grunn for beslutningen, og disse forholdene burde komme for en dag – det er tross alt «den største vaksinekatastrofen i moderne tid» vi snakker om. Rapporten fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, som Aavitsland tar som sannhetsvitne, gir ingen uholdede svar.

Aavitsland og jeg kan gjerne gå i tvekamp med sitater som støtter våre respektive syn, men uten tilstrekkelig empiri vil våre innspill ikke kunne bidra til annet enn å sende forståelsen tilbake til den postmoderne jungelen av utsagn og beskyldninger hvorfra ingen ennå har vendt klokere tilbake. Det er i så måte svært beklagelig at helsemyndighetene unnlot å bruke anledningen de hadde, til å gjennomføre en gransking og en vitenskapelig undersøkelse av de tragiske hendelsene som Aavitsland og jeg nå elter farse av.

Elling Ulvestad

elling.ulvestad@helse-bergen.no

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Helse Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter

Re: Jakten på det utenomjordiske

Det står enhver fritt å danne seg forestillinger om vår nære historie. Virkelig interessant blir det først når disse forestillingene prøves mot virkeligheten, mot empirien. Om helsemyndighetenes håndtering av influensapandemien i 2009 er empirien heldigvis tilgjengelig. Den består av møtereferater, brev, rapporter (1), overvåkingsresultater, nettsaker og medieoppslag; til sammen flere tusen dokumenter. Det meste er lett tilgjengelig for hvemsomhelst, og alt var tilgjengelig for den eksterne (2) og den interne (3) evalueringen.

Ulvestads forestilling om at helsemyndighetene ønsket å skremme folk til å vaksinere seg, krasjer mot empiren. Som jeg har vist i denne debatten, var det en avansert forståelse av viruset, sykdommen og pandemien, og en nøktern risikovurdering (svært lik Ulvestads egen) som ble delt med publikum da man 23. oktober 2009 anbefalte hele befolkningen å vaksinere seg.

Ulvestad har en forestilling om at denne anbefalingen var «relativt unik» i europeisk sammenheng, bare delt av Sverige og Finland. Igjen: forestillinger som dannes ved kontorpulten, bør prøves mot virkeligheten. Sannheten er at minst 17 EU/EØS-land (3), deriblant de nordiske (minus Danmark), Frankrike og Tyskland, samt USA og Canada, anbefalte hele befolkningen å vaksinere seg mot svineinfluensa.

Siden Ulvestad trodde Norge var et særtilfelle, følte han nok støtte for sin overbevisning om at vaksinasjonsanbefalingen var «feil» og «kontraintuitiv» og ikke faglig begrunnet. Det synes rett og slett som om Ulvestad ikke evner å ta inn over seg at kompetente fagfolk ved Folkehelseinstituttet og dets europeiske og amerikanske søsterinstitutter vurderte indikasjonene for vaksinasjon annerledes enn ham. De ønsket å gi folk mulighet til å beskytte seg mot en sykdom som, med Ulvestads ord, «ikke bare var en mild og ufarlig sykdom, den kunne også være farlig og en sjelden gang drepende».

Dette er den enkle og sanne forklaringen, og den overflødiggjør helt Ulvestads lett konspiratoriske frihåndstegning om «dårlig ledelse, lav grad av tillit og et anstrengt samarbeidsklima» hos helsemyndighetene i Norge (og andre land?).

Ulvestad har nå i snart fem år holdt på enkelte forestillinger som ikke lar seg forene med virkeligheten, og denne debatten tyder på at han ikke kommer til å revidere dem. Jeg håper likevel lesere som deler disse forestillingene, ønsker å prøve dem mot empirien, som er lett tilgjengelig (1–3).

Preben Aavitsland

preben@epidemi.no

Preben Aavitsland (f. 1963) er lege ved Epidemi, Kristiansand.

Interessekonflikter: Aavitsland har hatt sentrale roller i Folkehelseinstituttets håndtering av svineinfluensapandemien og i instituttets egen-evaluering av håndteringen.

Litteratur

1. Folkehelseinstituttet. Svineinfluensapandemien A(H1N1) i 2009–2010. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6324&MainContent_6261=6446:0:25,6571&List_6212=6643:0:25,6858:1:0:0:0 [22.8.2014]
2. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Tønsberg: DSB, 2010. www.dsb.no/Globala/Publikasjoner/2010/Rapporter/PandemiRapport.pdf [22.8.2014]
3. Aavitsland P, Blystad H, Hauge SH et al. Folkehelseinstituttet under influensapandemien 2009. Delrapport: Rådgivning. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2013. www.fhi.no/dokumenter/634b07192f.pdf [22.8.14]

Re: Jakten på det utenomjordiske

Aavitsland har en lei tendens til å fjerndiagnostisere dem han er uenig med, og så også i denne debatten der han finner behov for å psykologisere mine argumenter. Han har likeledes en lei tendens til å se på seg selv som formidler av «den enkle og sanne forklaringen», nå ved henvisning til tre «evalueringsrapporter» han selv har bidratt til utformingen av. Som jeg har prøvd å påpeke, bør en utøvende instans ikke settes til å evaluere seg selv. Selvevalueringens mare er nettopp at den så lett ender opp med å rettferdiggjøre handlingsforløpet. Derfor lot vi for eksempel ikke myndighetene evaluere seg selv etter 22. juli tragedien, og av samme grunn stoler vi mindre på selvbiografier enn på historiefaglige utredninger.

For å unngå å elte mer farse, kan det være hensiktsmessig å gå tilbake til debattens kjerne: Var det rett eller galt å anbefale massevaksinasjon? Dette spørsmålet kan igjen deles i to. Det første dreier seg om hvorvidt sykdommen var av en slik art at den krevde massevaksinasjon, og det andre om hvorvidt det fantes en trygg vaksine tilgjengelig.

Helsemyndighetene unnlot å definere svineinfluensaen som en allmennfarlig smittsom sykdom, og det betyr at det ikke var selvsagt at hele folket burde vaksineres. Men la oss, for å følge Aavitsland et stykke på vei, si at det var rett å anbefale massevaksinasjon. Var det da uproblematisk å anbefale vaksinasjon med Pandemrix?

Aavitsland bruker nå omskrivingen «å gi folk mulighet til å beskytte seg» om vaksinasjonsanbefalingen. Et sentralt spørsmål blir da – hva visste Aavitsland og helsemyndighetene om vaksinens «mulighet til å beskytte»? Og svaret er: Faktisk ingenting. De visste

>>>

trolig at vaksinen induerte en immunrespons, men om dette var en beskyttende respons, var uavklart. Og hva visste de om vaksinens bivirkningspotensial? Også her er svaret: Så godt som ingenting. Det var altså en slik vaksine Aavitsland mener skulle «beskytte» det norske folk. Det kan neppe betegnes som «nøktern informasjon» når det norske folk, til tross for denne mangelfulle kunnskapen, fikk beskjed om at vaksinen ville beskytte mellom 70 og 100 % av de vaksinerte, og dessuten at eventuelle bivirkninger ville være av bagatellmessig karakter.

Aavitsland har hevdet at «det er veldig bra at de som ble syke får pasientskadeerstatning» (1). Gitt kunnskapen vi satt inne med på vaksinasjonstidspunktet, skulle disse skadelidte aldri ha fått «tilbud» om vaksine. Å hevde at det er bra at de syke får pasientskadeerstatning, er derfor – slik jeg ser det, en utilbørlig ansvarsfraskrivelse for en ulykksalig beslutning. Det er for å unngå at slike hendelser gjentar seg at jeg har tatt til orde for en granskning. Det skylder vi dem som trodde på helsemyndighetene og Aavitslands garantier om en trygg og effektiv vaksine.

Elling Ulvestad

elling.ulvestad@helse-bergen.no

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Kristensen E. Krig og ærlighet. Fædrelandsvennen, 29.06.2013.

Re: Selvmord og psykiske lidelser

Takk for en meget god artikkel. Det var på tide at dette kom frem. Jeg har i 17 år jobbet med mennesker som har tenkt på, eller forsøkt å begå, selvmord. Det er min klare erfaring etter å ha intervjuet og behandlet tusenvis av pasienter som faller innenfor disse kategoriene, at artikkelforfatterne her har fått frem det som er åpenbart riktig. Psykiske lidelser er for de fleste «summen av livet». Lidelsen kommer som et resultat av de spenningene/stresset som oppstår pga. traumer og opplevelser i livet. Dagens psykiatri jobber dessverre etter det vi kan kalle «livbøyeprinsippet». Det betyr at dersom man fant ut at i en spesiell elv var det mange som falt uti, settes alle ressurser inn på å skaffe nok livbøyer å kaste ut. Man redder dem ikke slik at problemet blir borte, man hjelper dem til å overleve. Det triste er at det svært sjelden er noen som tetter hullene i gjerdet som gjør at disse menneskene faller uti, eller at man løser problemet ved å dra dem opp på land. Som artikkelforfatterne så riktig sier, det kontekstuelle og relasjonelle må løses for å løse årsakene til selvmordstanker.

Vi behandler aldri suicidalitet, men de vonde følelsene man har til de verste livsopplevelsene. Som en naturlig konsekvens av at følelsene rundt disse traumene blir løst, blir tankegangen automatisk ikke-suicidal. Følelser styrer i de fleste tilfeller tanker, ikke omvendt. Dette er påvist av forskningen til Antonio Damasio som viser at det underbevisste først og fremst styres av følelser og at tanker er et resultat av dette. Når vi jobber med toppidrettsutøvere ser vi dette klart. De har sjelden vært i kontakt med psykiatrien, men når de opplever at det de lever for stoppes av livskriser eller skader er det flere som utvikler selvmordstanker som en konsekvens av de vonde følelsene. Ingen starter dagen og sier: «I dag skal jeg starte med litt negative tanker slik at jeg kanskje kommer i dårlig humør». Slike tanker er alltid et resultat av at følelsen er der først. Vi må altså få et system som forstår at man må løse de ofte irrasjonelt sterke følelsene som er forbundet med minner. I dag finnes det metoder, som neurotapping, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), tankefeltterapi (TFT), Emotional Freedom Techniques (EFT) og liknende som alle har gode resultater på slike følelser.

Mats Uldal

mats.uldal@gmail.com

Mats Uldal (f. 1955) er daglig leder i Strong again Foundation og forfatter. Oppgitte interessekonflikter: Han underviser i neurotapping og tankefeltterapi og har jobbet med frivillig traumearbeid i Uganda, Kosovo, New Orleans og Moldova.

Re: Ensidig om nakkesleng fra Høyesterett

Her følger et punktvis svar på Sjaastad & Hesselbergs siste tilsvar:

Skjev kjønnsfordeling er bare et problem dersom det fenomen man studerer, i dette tilfelle langtidsprognoen, er forskjellig hos de to kjønn. I Quebec-studien var det ingen forskjell på andelen menn og kvinner som var kommet tilbake i arbeid etter ett år (1). Videre er det heller ingen entydig kvinneovervekt i de klinikkbaserte whiplash-materialene, som diskutert av Schrader og medarbeidere (2). I en norsk studie var det f.eks. 44 % kvinner og 56 % menn (3). Uansett, i den aktuelle høyesterettssaken som er utgangspunkt for hele denne debatten, er det udiskutabelt at studiene er relevante siden saken gjaldt en mann.

Både den retrospektive og den prospektive Litauen-studien hører med til det grunnlaget som ble forelagt høyesterett, og Sjaastad & Hesselberg bruker selv uttrykket «Litauen-undersøkelsen» (i flertall) i sin kronikk. Derfor er det uforståelig at de mener den prospektive Litauen-studien (4), som også undersøker plager i akutfasen, ikke skal omtales her.

Når det gjelder punktet om muligheten for økonomisk kompensasjon ved nakkeslengskade, er poenget at mangelen på økonomisk kompensasjon langt fra var den eneste grunnen til å gjøre studien i Litauen. Hvis det er forstått, avsluttes gjerne denne delen av diskusjonen.

Når jeg skriver at Sjaastad & Hesselberg synes å mene at man i slike studier skal velge ut de som enten selv har definert seg som pasient, eller av lege er definert som pasient, baserer det seg på: 1) at de uten kritiske reservasjoner skriver at «I de fleste nakkeslengsmaterialer har den skadete selv oppsøkt helsevesenet og er dermed blitt definert som pasient.», og 2) at de mener de skadede må gjennom en seleksjon («terskeltest») som jeg antar må gjøres av en lege. Med en slik måte å selekere deltakere i studier på, kan man ikke måle statistisk assosiasjon mellom påkjørsel bakfra og senere plager. Det blir snarere en opinionsundersøkelse av hva slags plager pasient og/eller lege mener er en følge av ulykken. Som jeg tidligere skrev, er Sjaastads & Hesselbergs kronikk på mange punkter så lite eksplisitt at det er vanskelig å vite hva de egentlig mener.

Lars Jacob Stovner

lars.stovner@ntnu.no

Lars Jacob Stovner (f. 1953) er professor ved Institutt for nevromedisin, Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har i 2013 mottatt honorar for foredrag om nakkesleng i Personskadeforbundet.

Litteratur

1. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR et al. Section 2. The Quebec Whiplash-Associated Disorders Cohort Study. *Spine* 1995; 20: 12S-20S.
2. 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.
3. Drottning M, Staff PH, Levin L. Acute emotional response to common whiplash predicts subsequent pain complaints. A prospective study of 107 subjects sustaining whiplash injury. *Nord J Psychiatry* 1995; 49: 293-9.
4. Obelieniene D, Schrader H, Bovim G et al. Pain after whiplash: a prospective controlled inception cohort study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66: 279-83.

O. Sjaastad & J.P. Hesselberg svarer:

Vi har også brukt flertallsformen om Litauen-studiene fordi det eksisterer mer enn én undersøkelse. Vi har imidlertid i hovedsak beskjefteget oss med den første, skjellsettende artikkelen og vil fortsatt gjerne holde oss til den, av ovennevnte grunner. Stovners