

trolig at vaksinen induserte 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

debattform forbauser oss. Han presiserer i sitt siste innlegg at han punktvis vil ta opp de punkter vi tok opp i forrige innlegg, men han hopper rett og slett over punktet hvor vi tilbakeviste hans påstander om at vi har vært lettferdige i omgang med tall. Her synes vi han kunne ha innrømmet sin feil.

Det faktum at det i Litauen ikke var mulighet for økonomisk kompensasjon etter nakkeslengskade, var et premiss. Hensikten med selve undersøkelsen har jo selvsagt vært noe helt annet, for eksempel å studere langtidsprognosen. Skal man undersøke prognosen ved et sykdomsbilde, er bud nummer én at man må være sikker på at deltakerne virkelig har denne spesielle sykdommen. I den første, skjellsettende Litauen-undersøkelsen kan man ikke vite hvor mange som hadde plager ved starten og eventuelt i hvilken grad. Utgangspunktet for undersøkelsene var galt, og resultatene deretter.

Stovner påsto tidlig i diskusjonen at det var en fordel med manns-overvekt i Litauen-studien. Vi tilretteviste ham. Nå hevder han igjen, og med stor styrke, at det ikke er noe negativt med en slik skjevfordeling med hensyn til kjønn, siden den skadelidte i høyesterettsdommen var en mann. Og hvis det hadde vært en kvinne? Vi har nok ikke vært klar over at Litauen-undersøkelsen har vært intendert som en mannsstudie. Den midlere kvinneovervekt i nakkeslengsmaterialer, generelt, er betydelig. I Litauen-studien var mannsovervekten markant. Dette er en skavank som bidrar til å gjøre Litauen-studien ubrukbar som generell informasjonskilde ved nakkeslengskade.

Vi skal ha vært uklare og lite stringente («lite eksplisitt») i våre utsagn. Er dette en forbløffet måte å komme seg unna ubehagelige fakta på? Stovner argumenterer jo faktisk mot våre utsagn. Betyr dette at han sier seg uenig i utsagn som han kan ha misforstått? Skal Stovners påstand om upresise utsagn stå til troende, er det minste han kan gjøre å komme med eksempler på tvetydige uttalelser fra vår side. Ellers henger dette i luften.

**Ottar Sjaastad**  
*ellhed@online.no*  
**Johan Petter Hesselberg**

Ottar Sjaastad (f. 1928) er dr.med., spesialist i nevrologi, pensjonert overlege og professor.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johan Petter Hesselberg (f. 1932) er spesialist i nevrologi og pensjonert overlege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

## Re: Ikke spør legen

Lederskribenten skriver at «Den viktigste risikofaktoren for å bli utsatt for overdiagnostisering og overbehandling er å oppsøke helsevesenet». Jeg skjønner hva han vil frem til, men dette er en måte å omtale statistikk på som jeg ikke tror er heldig for å få frem poenget. Det er forskjell på kausalitet og korrelasjon. Jeg kan med liknende bruk av statistikk si at «Den viktigste risikofaktoren for å bli drept i bilulykke er å ta førerkort». Eller: «Den viktigste risikofaktoren for å dø i husbrann er å eie eget hus.» Det betyr ikke at dette har noen relevans med henblikk på å advare folk mot å ta førerkort eller å kjøpe seg eiendom. Tilsvarende bruk av statistikk er etter mitt skjønn heller ikke relevant i denne sammenhengen. Jeg får ikke spesielt lyst til å lese artikkelen videre når jeg ser en slik tullele innledning. Når jeg likevel velger å gjøre det, viser det seg å være en nokså bra artikkel. PS: Den viktigste risikofaktoren for å få kronisk musearm er forresten å bruke PC. Just saying.

**Rune Tveiterås**  
*rune.tveiteras@gmail.com*

Rune Tveiterås (f. 1983) jobber som adjunkt i grunnskolen og er utdannet personlig trener ved Norges idrettshøgskole.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

---