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 tilsvarsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Reservasjonsretten bør utvides

«Hvor går grensen for reservasjonsretten?» spør Trond Markestad & Karsten Hytten i Tidsskriftet nr. 18/2010 (1). Det er bra at de prinsipielle sidene ved legers samvittighetskvaler og forståelse av legeetikken gjennomgås av Rådet for legeetikk på denne måten.

Ett av temaene gjelder henvisning til abort. «Både Helsetilsynet og Rådet for legeetikk aksepterer at leger kan avstå fra henvisning av overbevisningsgrunner,» heter det. Dette gjelder dersom de oppfyller visse krav, hvorav ett av disse er at legen skal informere og sørge for at pasienten får nødvendig hjelp av annen lege.

Uansett hva Helsetilsynet og rådet mener om henvisning til abort, er lovteksten klar: Leger kan bare reservere seg mot å delta ved selve inngrepet. Loven fungerer som et ris bak speilet, man er prisgitt den til enhver tid gjeldende holdning hos disse instansene. En lege har altså ingen lovbestemt rett til å reservere seg mot å *henvise* til abort (1). Det forutsettes altså at man finner det uproblematisk å spørre en kollega om å administrere noe man selv finner uetisk. Dette er særlig tankevekkende når det som står på spill, er fosterindividets autonomi og eksistens, og der staten bruker legen i en samfunnsoppgave rettet mot en svak gruppe som er fratatt sine rettigheter og ellers er ute av stand til å fremme sine synspunkter

Dersom loven innrømmmer leger retten til å mene at abort er drap, er det helt nødvendig at det samme lovverket sikrer dem muligheten til å avstå fra enhver medvirkning. Loven bør derfor snarest endres slik at de som ut fra legeeden føler en sterk reservasjonsplikt i dette alvorlige spørsmålet, får et lovfestet vern for sin samvittighet. Mens vi venter på nye forskrifter bør Rådet for legeetikk og Helsetilsynet etter min mening tolke og praktisere reservasjonsretten mer liberalt enn de gjør per i dag.

Ragnvald B. Petersen
Sandnes

Litteratur

1. Markestad T, Hytten K. Hvor går grensen for reservasjonsretten? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1844–5.

Mikkelsens vidunderlige nye sykehus

Redaktørens leder om Oslo-prosessen i Tidsskriftet nr. 17/2010 har utløst en debatt som demonstrerer en avgrunn mellom ansatte og ledelse i Oslo universitetssykehus (1). Klinikksjef Skraastad kaller lederen uansvarlig, og styremedlem i Oslo universitetssykehus Ingebrigtsen ber redaktøren beklage sitt utspill (2, 3). Tillitsvalgte overleger Egge og Solberg støtter redaktøren – «dette var etterlengtet og på sin plass» og «tar prosessene i sykehuset på kornet» (4, 5).

Bente Mikkelsens kommentar i Tidsskriftet nr. 21/2010 bidrar ikke til å bygge bro over motsetningene (6). Jeg oppfatter innlegget som så altomfattende intetsigende at det heller ikke kan danne utgangspunkt for en konstruktiv debatt. For det er nærmest umulig å imøtegå alle Mikkelsens ubegrunnede påstander og samling av honnørord som «beste pasientbehandling», «tydelig lokalsykehustilbud» eller «samarbeid som likeverdige parter».

I ingressen fremsetter Mikkelsen påstander om pasienttilbudet i Oslo før omorganiseringen. En «opprydning» var påkrevd fordi «Tilbudet har heller ikke vært tilpasset Oslos utfordringer – en stor andel rusmisbrukere, en flerkulturell befolkning og store sosiale forskjeller». Omorganiseringen er «til det beste for hele landet». Mikkelsen gjør ikke noe forsøk på å forklare hvorfor denne omleggingen kommer disse gruppene og hele landet spesielt til gode, og argumentasjonen fremstår da som fullstendig uklar, men altomfattende.

Mikkelsens beskrivelse av status i omorganiseringsprosjektet er så virkelighetsfjern at den ikke kan betegnes som annet enn foruroligende. Vi er langt unna «de største og mest robuste medisinske fagmiljøene i Norden». Derimot står vi midt i en krisesituasjon – med svekket ledelse, svekket pasientbehandling og uoverstigelige økonomiske utfordringer.

Mikkelsen benytter anledningen til å fremheve at Oslo har en større andel sykehusleger enn befolkningsgrunnlaget skulle tilsi. Hun må jo være kjent med at sykehusene har lands-, regions- og universitetsfunksjoner. Hvorvidt skjevfordelingen av leger tilsvarer skjevfordelingen av oppgaver, fremkommer ikke av utlegningen. Mikkelsen etterlater derfor et inntrykk av at hovedstaden er i overkant godt beskodd med leger og diskrediterer da disse legene. I neste ledd skal disse imidlertid «sikre nasjonale spissfunksjoner og forskning og innovasjon i verdensklasse».

At befolkningen i Groruddalen ble fratatt Aker sykehus og har fått et «tydelig lokalsykehustilbud», beskriver Mikkelsen videre slik: «Ingen har noensinne ment at innbyggere i sykehusets (Akerhus universitetssykehus) nærområde ikke skal få tilgang til dette gode tilbudet fordi de bor på den andre siden av en usynlig bygrense». Denne type argumentasjon har nettopp «orwellske dimensjoner», og redaktøren bør ikke beklage noe som helst.

Christian Grimsgaard
Oslo universitetssykehus

Litteratur

1. Haug C. Makten i uklare formuleringer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1701.
2. Skraastad Ø. Uansvarlig om fusjonsprosessen på lederplass. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2013.
3. Ingebrigtsen T. Makten i uklare siteringer. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1909.
4. Egge A. Apokalyptisk prosess i Oslo universitetssykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2110.
5. Solberg S. Manglende troverdighet i Oslo universitetssykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2109–10.
6. Mikkelsen B. Sykehusendringer i Oslo – til beste for hele landet. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2111.

Mer om nakkesleng

I sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 20/2010 (1) gjør Harald Schrader & Lars Jacob Stovner et poeng av at min siterte kritikk av «Litauen-undersøkelsen» ikke gjaldt undersøkelsen fra 1999. Men også denne er blitt kritisert. Et sentralt medlem av The Quebec Task Force, professor Nygren ved Karolinska Institutet, har sammen med to professorkolleger påpekt at

konklusjonene i 1999-studien bygger «på resultat som är otillreckliga för at göra en statistisk säkerställd bedömning» (2). Mine motdebattanter underbygger heller ikke påstanden om at påkjenning på nakken ved lavhastighetskollisjoner kan sammenliknes med dagliglivets aktiviteter. Blant andre Freeman og medarbeidere har påvist at påstanden er uholdbar (3).

At forsøkspersoner etter liksomkollisjoner utvikler kortvarige og åpenbart psykisk betingede symptomer, er uinteressant i diskusjonen om hvilke kroniske plager som kan oppstå etter virkelige kollisjoner hvor fysiske krefter er involvert. De omtalte MR-undersøkelsene dreier seg om leddbånd i cranio-cervikal-overgangen. Når det er påvist at signalforandringer i disse båndene også finnes hos asymptomatiske pasienter, sier dette ingenting om muligheten for andre skader i nakken. Noen nakkeskader lar seg påvise ved objektive metoder, eksempelvis fasettleddskader, som diagnostiseres ved nerveblokader. Blant annet i Australia er det gjennomført dobbeltblindstudier som dokumenterer dette (4). Andre skader vil først kunne dokumenteres ved eventuelle operasjoner eller ved post mortem-undersøkelser (5).

Schrader & Stovner hevder jeg siterer kun utdatert litteratur, men har ikke forsøkt å dokumentere dette. Jeg er ganske riktig «skadelidtadvokat», men forsøker å belegge mine anførsler. Fra to professorer, som forutsettes å være objektive, hadde jeg forventet det samme.

Sven Knagenhjelm
Oslo

Litteratur

1. Schrader H, Stovner LJ. Meningsløst om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2013.
2. Nygren Å, Magnusson S, Grant G, red. Nackskador efter bilolyckor. Lund: Studentlitteratur, 2000.
3. Freeman M, Croft A, Rossignol A et al. A review and methodologic critique of the literature refuting whiplash syndrome. Spine 1999; 24: 86–96.
4. Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ et al. Chronic cervical zygapophyseal joint pain after whiplash. A placebo-controlled prevalence study. Spine 1996; 21: 1737–45.
5. Levander B, Gerdle B. Whiplashskador och den degenerativa nacken. Södertälje: Astra läkemedel AB, 1995.