Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven.
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.
Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Refleksiv og subjekt

Det er moro at Erlend Hem (1), Kjell Gisholt (2) og andre lesere av Tidsskriftet interesserer seg for syntaktiske petitesser, og det tema Gisholt lufter, er sannelig ikke barnemat – om vi forsøker å dykke ned i materien. «Eva fant legen liggende i sin seng» er strukturelt tvetydig, det innser alle. Enten er det Eva, eller også er det legen som ligger i sengen. Tvetydigheten oppløses hvis vi bytter ut det refleksive pronomen og setter «hennes». Da vil Eva få seg en overraskelse: «Eva fant legen liggende i hennes seng.» Legen hadde altså krabbet opp i sengen hennes.

Så spør Gisholt: Sett at legen var en kvinne! (2). Erlend Hem er enig i at det da blir tvetydig (3). Men det gjør intet fra eller til, for «Eva fant (den kvinnelige) legen liggende i hennes seng» betyr at det er tale om Evas seng.

Mens ytringen «Eva fant (den kvinnelige) legen liggende i sin seng» fremdeles blir tvetydig. Grammatikere har lenge gnidd sin panne mot dette problemet, og normativt anbefaler jeg den regel som sier at refleksivet bør referere til det nærmeste subjekt. Det nærmeste subjekt er i vårt tilfelle «(den kvinnelige) legen», og et refleksivt pronomen bør referere til dette nærmeste subjekt. Vi lar altså «Eva fant (den kvinnelige) legen liggende i sin seng» innebære at legen ligger i sin egen seng.

**Finn-Erik Vinje**
*f.e.vinje@iln.uio.no*

Finn-Erik Vinje (f. 1936) er professor emeritus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**
1. Hem E. Språkrøret. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1740.
2. Gisholt K. Vanskelige refleksive pronomener. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2121.
3. Hem E. E. Hem svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2122.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 31.10.2013.*
*http://tidsskriftet.no/article/3080893/*

## Pensjonister i arbeid

I Tidsskriftet nr. 20/2013 peker Leif Wille på en kjent effekt av vedtatte og effektuerte endringer i alderspensjonen. Wille opplevde å få lavere tjenestepensjon etter å ha arbeidet i et fem måneders engasjement som pensjonist.

Kommunal Landspensjonskasse (KLP) administrerer pensjonsordningen for sykehusleger med flere. Partene i arbeidslivet og Stortinget setter premissene for den enkelte pensjonists pensjon.

KLP bekrefter at Willes resultat er i samsvar med gjeldende regelverk. Vi er ikke i tvil om at de beløp Wille opplyser som tapt pensjon for ham, stemmer. Artikkelen gir imidlertid inntrykk av at KLP har ansvaret for dette resultatet. Slik er det ikke. Partene i arbeidslivet har gjort tilpasninger i vedtektene for pensjonsordningen for sykehusleger og andre tjenestepensjonsordninger til de endringer som er gjort i lov om folketrygd og lov om Statens pensjonskasse.

Resultatet er en direkte følge av såkalt levealdersjustering av alderspensjon som gjelder fra 1.1.2011. Dette er et av de vesentligste nye elementene i tjenestepensjonsordningen for kullene som fyller 67 år etter 1.1.2011. Levealdersjustering er innført i folketrygden for alderspensjon for 1943-kullet og yngre. For offentlig tjenestepensjon er det også innført for de samme kullene, men med virkning for 67-åringer og eldre.

Nettopp fødselsåret og alderen til pensjonisten er avgjørende for resultatet som beskrives i artikkelen, hvis man er født i 1944 og skal ha levealdersjustering av pensjonen som 69-åring ved uttak av alderspensjon i 2013. Noe forenklet sagt er det slik etter fylte 68 år at jo eldre man er ved uttak av pensjon, desto lavere blir utbetalt pensjon fra offentlig tjenestepensjonsordning.

Informasjon om konsekvenser av de valgene man tar, kan alltid bli bedre, og KLP arbeider kontinuerlig for å gi bedre service også på dette punktet. Da pensjonsreformen ble innført, åpnet den opp for nye valgmuligheter og nye konsekvenser for våre pensjonister. Særlig gjelder dette for situasjoner som ble beskrevet i artikkelen til Wille.

Wille har derfor rett i det meste han sier i artikkelen om konsekvensen av de nye pensjonsreglene. Det er imidlertid tre punkter vi ønsker å korrigere: Det er ikke nok å tilhøre 1943-kullet for å unngå lavere pensjon. Man må også ha tatt ut sin alderspensjon fra folketrygden med virkning fra senest 1. januar 2011 for å gå klar av effekten av de nye reglene. Det andre punktet er at KLP informerer om effekten av reglene for levealdersjustering. Se eksempelvis *KLP.no* og papirbrosjyren vår, *Alderspensjon og AFP*. Her ser man eksempel på at man kan tape pensjon på å stå i stilling i høy alder eller gjeninntre i arbeid som gir rett og plikt til medlemskap i tjenestepensjonsordning i høy alder. Det tredje og siste punktet er at effekten øker jo eldre man er ved uttak av alderspensjon, også etter fylte 70 år.

Pensjon er et stort og viktig tema som det er grunn til å diskutere nærmere. Nye regler har ikke gjort det enklere å beholde oversikten over slike konsekvenser som Wille peker på i sin artikkel. Det er videre viktig at effektene av nye regler kommer frem i lyset, og KLP ønsker åpenhet rundt dette.

**Lars Boge**
*lars.boge@klp.no*

Lars Boge (f. 1968) er juridisk konsulent i Kommunal Landspensjonskasse.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**
1. Wille LE. Arbeid etter fylte 67 år og pensjon. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2131.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 15.11.2013.*
*http://tidsskriftet.no/article/3081186/*

### L.E. Wille svarer:

Lars Boge peker på at det er partene i arbeidslivet og Stortinget som setter premissene for den enkeltes pensjon. De samme instanser ønsker at seniorene skal arbeide lengst mulig og ikke ta ut «tidligpensjon». Det er derfor merkelig at man kan leve med en slik ordning hvor arbeid utover forventet tid straffes med reduksjon og avkorting av pensjonen.Etter min mening vil selskaper som KLP

>>>

og Statens pensjonskasse spare betydelige beløp på ordningen, mens taperen er pensjonisten. Ved mitt engasjement i fem måneder slipper KLP å betale min tjenestepensjon, de får 2 % av min lønnsinntekt, 13 % av min lønn fra Sykehuset Østfold – til sammen utgjør dette mer enn de 300 000 kronene jeg antydet i mitt innlegg. Som om ikke dette var nok, har jeg fått vite av en kollega at forventet levetid er flere år høyere enn antydet, da jeg er ikke-røyker og hører til sosialklasse 1.

Vi må nå legge et politisk press på vår nye regjering slik at disse urimelighetene opphører. Dette må også være en fanesak for Eldre lægers forening – opphør av autorisasjon ved 75 år er en viktig sak, men ikke glem økonomien!

**Leif E. Wille**
*leif.wille@so-hf.no*

Leif E. Wille (f. 1944) er pensjonert overlege, Sykehuset Østfold.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 19.11. 2013.*
*http://tidsskriftet.no/article/3081186/*

## Virker solkrem mot sin hensikt?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 20/2103 påpeker Geisler og medarbeidere at malignt melanom er åttedoblet siden Kreftregisteret ble opprettet i 1952 (1). De gjengir Kreftforeningens solvettregler, som anbefaler solkrem med minst faktor 15. Men i løpet av de samme 50 årene er stadig mer effektive solkremer tatt i bruk, og allikevel er altså forekomsten økende. Rådene om måtehold og solforbrenning er ganske godt kjent i befolkningen, men resultatene fra Kreftregisteret kan indikere at rådene ikke er korrekte. Det synes ikke å være sikker sammenheng mellom dose og respons når det gjelder soling. Bruk av høy solfaktor innebærer at man kan oppholde seg i sterk sol mange flere timer enn man kunne i 1950-årene, og antall soltimer er derfor kanskje viktigere enn overdose av UV-bestråling. For alle som bor eller har bodd i Nord-Norge, er det neppe noen nyhet at solskade er vanskelig å pådra seg på disse breddegradene.

**Oddmund Suhrke**
*oddmund.suhrke@arendal.kommune.no*

Oddmund Suhrke (f. 1953) er kommunelege i Arendal kommune.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Geisler J, Bachmann IM, Nyakas M et al. Malignt melanom – diagnostikk, behandling og oppfølging i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2154–8.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 30.10.2013.*
*http://tidsskriftet.no/article/3082712/*

### Norsk Melanom Gruppe (NMG) svarer:

Medlemmene i Norsk Melanom Gruppe takker kommuneoverlege Oddmund Suhrke for en relevant kommentar. Vi er enige med Suhrke i at bruk av solkrem i enkelte tilfeller muligens kan virke mot sin hensikt dersom resultatet i praksis blir en betydelig forlenget eksponering for UV-stråling. På den andre siden foreligger det en prospektiv studie som kan tyde på at regelmessig bruk av solkrem (solfaktor 16) kan forebygge utvikling av maligne melanomer (1).

Dessverre er det ikke lenger slik at høye rater av maligne melanomer er forbeholdt Sørøst-Norge. De siste årene har f.eks. Trøndelagsfylkene hatt en svært høy økning av maligne melanomer som ikke kan forklares med sterk trøndersol alene, men må ses i sammenheng med endrede reisevaner etc.

Vi mener at det ikke er grunn til å tvile på at Kreftforeningens solvettregler er korrekte, men dessverre er det slik at ikke alle følger reglene til enhver tid. Her kommer solvettreglene én gang til: Ta pauser fra solen, f.eks. mellom kl. 12 og 15 – unngå å bli solbrent. Bruk klær, hatt og solbriller. Bruk solkrem med minst faktor 15, og unngå solarium (solarium frarådes for alle under 18 år).

**Jürgen Geisler**
*juergen.geisler@medisin.uio.no*

Jürgen Geisler (f. 1963) er kontaktperson for NMG, spesialist i onkologi og stråleterapi ved Akershus universitetssykehus og professor i onkologi ved Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Green AC, Williams GM, Logan V et al. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. J Clin Oncol 2011; 29: 257–63.

*Dette er en redigert versjon av debatten, publisert på nett 5.11.2013.*
*http://tidsskriftet.no/article/3082712/*

## Melanomdiagnostikk

I Tidsskriftet nr. 20/2013 står det en interessant oversiktsartikkel basert på oppdatert kunnskap om diagnostikk, behandling og oppfølging av malignt melanom (1). Hovedbudskapet er at det per i dag ikke eksisterer annen kurativ behandling enn kirurgi – både når det gjelder primærtumor og ved metastatisk sykdom, men at både lokal og generell cytostatikabehandling og strålebehandling kan stabilisere sykdommen i kortere perioder. I artikkelen henviser forfatterne til det nasjonale handlingsprogrammet for maligne melanomer, utgitt av Helsedirektoratet i 2011, men verken der eller i oversiktsartikkelen nevnes ultralyd som et nyttig verktøy i primærdiagnostikken av maligne melanomer.

Man vet at ca. 15 % av pasientene med kutane melanomer debuterer med metastatisk sykdom. Dette kan være satellitter (tumorreder eller knuter < 2 cm fra primærtumor), in transit-metastaser (tumorreder eller knuter i hud eller underhud >2 cm fra primærtumor, men innenfor området for regionale lymfeknuter), regionale lymfeknutemetastaser, fjernmetastaser, en kombinasjon av disse, eller kun metastaser uten synlig primærtumor. Ved overfladisk tumor uten ulcerasjon er det liten fare for at det allerede ved debut foreligger spredning, mens spredningsfaren absolutt er til stede ved ulcerasjon, uansett tumortykkelse. Det samme gjelder nodulære melanomer som man vet metastaserer tidlig.

I dag er det etter vår erfaring mulig å påvise helt ned til under 1 mm store subkutane satellitter og in transit-metastaser ved bruk av høyfrekvent (15–18 MHz) ultralyd, men i artikkelen nevner ikke forfatterne ultralyd som et nyttig verktøy med henblikk på diagnostikk av slik spredning i lokalområdet.

De presiserer i artikkelen at korrekt kirurgisk prosedyre er ekstremt viktig for kurativ behandling. Det er vi veldig enig i. Vi er også enig i at primæreksisjon av overfladiske melanomer uten ulcerasjon godt kan foretas i primærhelsetjenesten uten supplerende undersøkelser, siden det er svært liten fare for at det allerede foreligger spredning. Hvis det imidlertid ved inspeksjon foreligger et melanom med ulcerasjon eller en nodulær tumor, eller histopatologisk vurdering av fjernet tumor viser at det er nødvendig med utvidet eksisjon, mener vi at det før eksisjon bør gjøres ultralydundersøkelse av lokalområdet for eventuelt å påvise satellitter eller in transit-metastaser. Gir ultralyd mistanke om dette, bør pasienten henvises direkte til kirurgisk avdeling som opererer pasienter med malignt melanom.

>>>