

årevis behandles med amfetaminderivater, må advarselen fra et så seriøst FN-organ tas meget alvorlig.

Om bortsett fra at det handler om et narkotisk middel med «dependence liability» er jo et sentralt spørsmål dette: Kan vi som leger ta ansvaret for å «oppdra» en stor barnegruppe samt deres foreldre til en holdning, der indre spenninger og konflikter best fjernes med tabletter, – oven i kjøpet med stor risiko for vanedanning?

Wettenberg, Danmark

Terje Neraal

bvppf-neraal@t-online.de

Litteratur

1. Åsheim H, Nilsen KB, Stordahl H, Johansen K. Forskrivning av sentralstimulerende midler. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 908–10.
2. International Narcotics Control Board. Report 2000; 1–10. New York: FN, 2000.

H. Åsheim & K. Bjørgvin Nilsen svarer:

Vår målsetting med undersøkelsen var epidemiologisk å finne ut antall forskrivninger av sentralstimulerende medikamenter i Nordland fylke relatert til barnepopulasjonen som helhet, og vi hadde ikke en spesiell interesse av å konkludere med hvilken prosentandel av barn som bør bruke Ritalin. Etter vår mening synes forskrivningsgraden av Ritalin i fylket lav i forhold til forventet forekomst av AD/HD. Det som vi ønsket å få frem i diskusjonen var betydningen av god diagnostikk ved vurdering av indikasjon for behandling med sentralstimulerende medikasjon. Dette handler ikke om å medisiner barna løsrevet fra en helhetlig livssituasjon, men et ønske om behandlere som har god nok kompetanse på dette området, slik at diagnostisering av AD/HD blir gjort på en faglig forsvarlig måte – og ikke minst at det blir tilgang på slik kompetanse rundt i vårt vidstrakte land.

Grundig diagnostisering skaper større muligheter for at ikke «urolig og uoppmerksom atferd» alene blir regnet som ensbetydende med AD/HD. I mange tilfeller er nettopp dette symptomene på at barnet har problemer som ikke skyldes AD/HD, og da skal tiltakene rettes mot disse. En behandler «motstand» mot å akseptere AD/HD som en nevropsykiatrisk tilstand må ikke føre til tilbakeholdelse av et medikament som kan tilføre positive endringer i den sosiale og kognitive utvikling hos et barn som uten medisiner står i stor fare for å falle utenfor i vesentlige forhold som skole, venner og familie.

Vedrørende Terje Neraals kommentar om «en aggressiv informasjonspolitikk fra den farmasøytiske industri», så er ikke dette på noen måte vår erfaring i Nordland når det gjelder sentralstimulerende midler. Vi kjenner ikke til langtidsstudier som har påvist tilvenningsproblemer ved medisinsk bruk av Ritalin på AD/HD, hvis det er dette Neraal

antyder. Det er vel heller ikke legens ansvar å «oppdra» noen som helst, men vår erfaring er at svært mange mennesker klarer å ta dette ansvaret selv når de får en faglig hjelp som innbefatter adekvat diagnose og behandling av barn med nevrobiologiske og genetisk betingede utviklingstilstander som kan gi betydelige psykososiale funksjonsproblemer. Vi takker for kommentarer til en etter vår mening viktig debatt.

Bodø

Harald Åsheim
barnepsykiater

Kjell Bjørgvin Nilsen
psykolog

Hva er galt med astmaklinikker?

Vi er glad over å kunne konstatere at president Hans Petter Aarseth i sin artikkel i Fra foreningen i Tidsskriftet nr. 10/2001 (1) legger frem et mer balansert syn enn han gav uttrykk for i sine mange tidligere intervjuer i pressen. Vedrørende den delen av prosjektet som er en evaluering av den kliniske nytten, og som er godkjent av regional etisk komité, skriver han: «Det fremgår imidlertid ikke at den enkelte pasient er informert om dette og har gitt sitt samtykke, slik Helsinkideklarasjonen ville forutsette. Det går heller ikke frem at legemiddelfirmaet er tungt inne økonomisk i prosjektet.» Dette er feil. Pasienten gir skriftlig, informert samtykke, og blir også informert om at prosjektet støttes av et legemiddelfirma som navngis. Selvfølgelig.

For øvrig er vi interessert i rammer som gjør det mulig for pasienten å høste det beste som finnes av helsetilbud, og disse rammene må gi rom for at det er flere mulige aktører. Selv om Aarseth har sine tvil her og der, er det imidlertid ingen tvil om følgende: Astmaklinikkene er som prinsipp godt faglig forankret, og det er godt for pasientene. For mange av oss er dette avgjørende i vurderingen av tilbørigheten i prosjektet.

Oslo

Olav Flaten
medisinsk direktør
GlaxoSmithKline

Litteratur

1. Aarseth HP. Hva er galt med astmaklinikker? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1306.

Presidenten svarer:

Det er gledelig at den del av prosjektet som er en evaluering av den kliniske nytten er underlagt vanlige etiske retningslinjer. I den beskrivelse vi har hatt tilgjengelig, har det imidlertid ikke vært mulig å se hvor forskningen slutter og behandlingen begynner.

Legeforeningen er også enig i at det faglige tilbudet er godt. For oss kan ikke dette alene være avgjørende, vi må også være

trygg på at den enkelte leges økonomiske og faglige integritet ikke kan trekkes i tvil. Den trygghet gav ikke opplegget omkring astmaklinikkene.

Oslo

Hans Petter Aarseth
Den norske lægeforening

Kjevesleng – nakkesleng, Helsetilsynet på villspor

I april 2001 mottok jeg blant saksdokumenter et skriv fra Statens helsetilsyn, datert 2.1.2001, med tittelen: «Kjevesleng – whiplash.» Her fastslår Helsetilsynet at «det anses som dokumentert at det er sammenheng mellom smerter i kjeveleddsregionen og whiplash-skade». Det anføres at det «foreligger få undersøkelser av tilfredsstillende vitenskapelig kvalitet om temaet nakkesleng og kjeveleddsproblemer». Det refereres til et møte som Helsetilsynet arrangerte i 1999 mellom pasienter med smerter i kjeve-regionen og fagpersoner fra Ullevål og Det odontologiske fakultet i Oslo. «Møtet avslørte en mistroisk og uforsonlig holdning mellom partene» (sitat). Helsetilsynet har videre innhentet opplysninger fra flere fagmiljøer i inn- og utland uten at det har munnet ut i noen konsensus.

Det har i mange år versert en del teorier omkring subluktasjon og strekk på kjeveleddet under nakkeslengskader. Ingen av disse teoriene har kunnet bevises og teoriene strider mot sunn fornuft. Kjeveleddet er et av de mest solide ledd i kroppen, beregnet på meget kraftige påkjenninger under fysiologiske betingelser. Ved en påkjørsel bakfra eller forfra vil nakken ta opp bevegelsene i flere ledd før man når atlanto-okspitalleddet og deretter kjeveleddet. I en omfattende oversiktsartikkel i *Journal of the American Dental Association* skriver Ferrari & Leonard (1): «Det finnes ingen fornuftig teori for sammenheng mellom whiplash og temporomandibulære smerter og det foreligger ingen eksperimentelle bevis for at mekaniske krefter skal kunne utvikle denne type smerter.» I en stor studie fra Litauen der norske forskere har deltatt, fant man ikke høyere forekomst av smerter i kjeve-regionen hos nakkeslengpasienter enn blant kontrollgruppen (2). Ved sine uttalelser om kjevesleng og nakkesleng har Helsetilsynet beveget seg langt utover sitt faglige kompetansenivå. Man har ikke hatt evne til å gå inn i eksisterende vitenskapelige dokumentasjon og har ikke lyttet til kompetente fagfolk. Noen fagpersoner i et diskusjonsmøte er brukt til å gi konklusjonen fra møtet et vitenskapelig tilsnitt. Dette er misbruk av fagfolks tillit. Helsetilsynet har heller ikke forstått at utsagn av denne karakter vil måtte få juridiske konsekvenser. Fagfolk som skal uttale seg i slike saker, vil måtte komme på kollisjonskurs med landets øverste medisinske tilsynsverk. Dommere

vil sannsynligvis legge stor vekt på en uttalelse fra Helsetilsynet, og enhver advokat vil jo forstå å bruke dette for hva det er verd. Da vil en saklig fremstilling av den vitenskapelige dokumentasjon falle på stengrunn. Jeg ber derfor herved om at Helsetilsynet korrigerer sitt utsagn slik at det kommer på nivå med internasjonal konsensus på dette området.

Trondheim

Jan O. Aasly

Litteratur

1. Ferrari R, Leonard MS. Whiplash and the temporomandibular disorders: a critical review. J Am Dental Assoc 1998; 129: 1739–45.
2. Schrader H, Obelieniene D, Ferrari R. Temporomandibular and whiplash injury in Lithuania. J Musculoskeletal Pain 2000; 8: 133–42.

Statens helsetilsyn svarer:

Statens helsetilsyn har hatt en langvarig prosess med pasientorganisasjon og det norske fagmiljøet. Denne har vesentlig vært knyttet til spørsmål om utrednings-/behandlingstilbud for individer som har symptomer fra kjeveleddene og som relaterer disse til ytre traumer. Som oftest anføres traumene å ha sammenheng med trafikkskade.

Som Helsetilsynets brev av 2.1. 2001 til Sosial- og helsedepartementet og andre offentlige instanser samt til enkeltstående personer, gir uttrykk for, har ikke Helsetilsynet basert seg på «noen fagpersoner i et diskusjonsmøte», men har innhentet synspunkter fra fagekspertise ved Universitetet i Bergen samt fra Sverige og Danmark.

Den studien Jan O. Aasly refererer til fra Litauen, er tilkommet etter Helsetilsynets gjennomgang av saken, som har karakter av en foreløpig oppsummering. Helsetilsynet vil her tilkjennegi at vi har notert oss funnene. For øvrig påpekes det i det ovennevnte brev:

«Dokumentasjonen om effektiv behandling av disse spesielle smertetilfellene er sparsom og årsakssammenhengene er kompliserte. Her trengs mer kunnskap.»

Helsetilsynet har i henvendelse til Sosial- og helsedepartementet nylig anført at vi finner det naturlig at man i kunnskapsoppbyggende sammenheng prøver å finne frem til en velfundert plattform for diagnostikk og behandling innenfor feltet nakkesleng, og at det i den sammenheng rettes oppmerksomhet mot pasientgruppen som har kjeveleddssymptomer knyttet til trafikkuhell. Det anføres som viktig å «styrke det konsensus- og tillitsskapende arbeid» innenfor feltet kjevesleng/nakkesleng, og det påpekes at de symptomer som «kjeveleddspasientene» opplever, ikke er et spesifikt odontologisk felt, men må vurderes i et samarbeid mellom ulike medisinske kompetanseområder. Helsetilsynet ber departementet vurdere behovet for en nærmere vurdering/utredning av

de faglige sidene knyttet til problemkomplekset.

Helsetilsynet har tillit til at norsk rettsvesen vil legge aktuell vitenskapelig dokumentasjon og oppdaterte sakkyndige rapporter til grunn ved eventuelle rettstvister.

Oslo

Ingrid Hauge Lundby e.f.
avdelingsdirektør

Paul A. Christoffersen
rådgiver

Verdikommisjonens sluttmelding: Ikke uventet

Så er altså Verdikommisjonens dager talte, og det blir neppe grått mange tårer ved begravelsen. Men som seg hør og bør for en stor og kostbar kommisjon må den jo etterlate seg noe som kan kalles en innstilling, der den toner flagg og gir uttrykk for synspunkter og verdivalg.

For meg var det ingen overraskelse at kommisjonen valgte *frihet* som den viktigste verdi. Dersom den ønsket å avgå ved en stillferdig, men verdig død, var det bare å velge en nøkkelverdi som storparten av det norske folk finner det naturlig å slutte opp om. Og på alle mulige lister for verdirangering er det nok vanlig å ende opp med friheten øverst. Så sant du er borger av den rike vestlige verden.

I 1973 ble det i Oslo arrangert en verdenskongress for psykoterapi. Det var flere tusen deltakere, de fleste fra det rike Vesten. Det hele sluttet med en paneldebatt, der vestlige eksperter kom med kloke bidrag om hvordan vi kunne bli enda friere og dermed enda mer vellykket og kreative. Til slutt fikk en inder ordet. Han innledet med å takke for en interessant uke. Han hadde lært meget, «men jeg kan ikke ta med meg noe av dette hjem, i India er intet av dette brukbart». I India var det en helt annen verdirangering, og den vestlige premieverdi, frihet, hadde liten plass i den alminnelige inders liv og hverdag. Der var verdiorientert nummer én *avhengighet*, med en rekke tilknyttede avledninger. Hvis man i India skulle snakke om verdifulle menneskelige egenskaper, ville den høyest rangerte være det han på engelsk kalte «dependability», evnen til å stå i et avhengighetsforhold. Og dette måtte forstås gjensidig, både som evnen til å være avhengig og som evnen til å la andre være avhengig av seg.

Etter hans mening var en sosial orden bygd på et slikt verdisystem, der den gjensidige og forpliktende avhengighet var viktigere enn retten til frihet, på mange måter bedre enn de vestlige med dets overdrevne dyrking av det individuelle frihetsaspekt. Han mente at det indiske verdisystemet kunne være like kreativt, men kanskje med en annen vekt på hvordan kreativiteten skulle komme til uttrykk. Han avsluttet med å vise

all ærbødighet for den vestlige frihetsdyrkelse, men kom også med en høflig oppfordring til å vurdere om andre verdirangeringer kunne ha noe å by på.

Personlig er jeg glad for den politiske og ideologiske frihet som jeg nyter i Norge. Men jeg vet at jeg i enda større grad er takknemlig for de avhengighetsforholdene jeg lever i og som jeg vet at jeg må ta vare på, selv om det skulle komme til å koste meg noe av min frihet. Det er ingen grunn til å sette alle former for frihet på toppen av en rangeringsliste. Det kan være nok å minne om at «friheten» også kan ytre seg slik du møter den i sangen *Me and Bobby McGee*: «Freedom is another word for nothing left to loose.» Den «friheten» møter du kanskje oftere i den vestlige verden enn i India.

Horten

Ole Herman Robak

Akupunktur ved akutt lumbago

Det pågår mye forskning om både kirurgiske og ikke-kirurgiske behandlingsmetoder ved akutte rygglidelser. En dominerende majoritet av disse behandles i primærhelsetjenesten, og plagene er oftest selvtilhelende. Det er stort behov for å få eksakt kunnskap om hva vi skal gjøre, og hva vi ikke skal gjøre med pasientene. Det foreligger etablerte retningslinjer om dette fra en rekke land, og en gruppe i regi av Nasjonalt Ryggnettverk er i ferd med å utarbeide slike også for Norge.

I dette perspektivet er det nyttig og prisverdig med ryggforskning i primærhelsetjenesten. Geir Kittang og medarbeidere presenterte i Tidsskriftet nr. 10/2001 (1) en randomisert studie som synes å gi akupunkturbehandling et fortrinn fremfor antiflogistikum i behandling av akutte ryggsmarter. Internasjonal forskning har tidligere ikke klart å dokumentere sikker effekt av akupunktur på akutte rygglidelser (2, 3). Den foreliggende studie fra Florø har imidlertid enkelte metodologiske svakheter som gjør det vanskelig å tolke resultatene.

For det første har «naproksengruppen» mer enn dobbelt så mange sykefraværsdager før inklusjon som «akupunkturgruppen». Denne forskjellen er så betydelig at det er vanskelig å se at disse to gruppene i utgangspunktet er helt like. Det naturlige forløp for disse to gruppene ville altså i fortsettelsen innebære like stor forskjell i sykелighet.

For det andre er det overraskende at forfatterne ikke har med sykefravær som effektmål. I internasjonal litteratur benyttes oftest reduksjon i sykefravær som en objektiv standard, idet egenrapportering og kliniske funn ikke gir tilstrekkelig objektivitet (4).

Det er viktig å poengtere at akupunkturbehandling her er målt mot en medikamentbehandling av anbefalt dosering av antiflogistikum alene. Det er altså ikke slik at aku-