

4. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000; 47 (suppl 2): i11–19.
5. Wells NE, Hahn BA, Whorwell PJ. Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 1019–30.

### S. Westin svarer:

Per G. Farup påpeker det påfallende i at jeg og Helge Waldum på lederplass skulle være uenige i synet på irritable tarm-syndrom. Jeg skal ikke undersøke at jeg har vært uenig med Helge Waldum i et og annet opp gjennom årene. Men denne gangen tror jeg Farup skytter spurver med kanoner. Temaet for min leder i sommernummeret var ikke primært irritable tarm, men min og mange andres bekymring for at legemiddelindustrien ikke bare tilbyr sine legemidler, men også lager langsiktige programmer for å påvirke befolkningens og legenes tenkning om sykdom (1). Dette med henvisning til en artikkel i *BMJ* som allerede har vakt mye debatt internasjonalt (2). Propagandering for irritable tarm-syndrom ble i denne artikkelen omtalt som ledd i én av fem strategier industrien har brukt for å «selge sykdom». Min kommentar til mange slike eksempler var at «...når alle grader av dette blir gjort til sykdom, skal man ikke undre seg over at leger blir ulykkelige og helsetjenesten kostbar» (1).

Jeg har lest Waldums artikler i Tidsskriftet om irritable tarm-syndrom, også hans gjennomgang tidligere i år av legemiddelbehandling ved disse plagene (3). Den preges av en slik nøkternhet hva gjelder legemiddelbehandling at selv en allmennpraktiker kunne ønsket en anelse mer medikamentell optimisme. Det er lite i disse artiklene som skulle tyde på at Waldum og jeg er uenige i synet på irritable tarm som klinisk problem.

Trondheim

Steinar Westin

Tempe legesenter og  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

### Litteratur

- Westin S. Sykdomskremmere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1638.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 8861–91.
- Waldum HL. Legemiddelbehandling av irritable tarm-syndrom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 401–2.

### H. Waldum svarer:

Per G. Farup angriper to lederartikler av henholdsvis Steinar Westin og meg og hevder at det er klare motsetninger mellom våre kommentarer. Dette er helt feil. Tvert imot er det godt samsvar mellom våre innlegg, hvor begge går imot medikamentell behandling av denne pasientgruppen.

Farup antyder også at alle ledere i Tidsskriftet bør være basert på kunnskapsbasert medisin (evidence based medicine). Dette er en forbausende kommentar, da det vel er få områder innen medisinen der man har så lite «evidence based» kunnskap som akkurat irritable tarm-syndrom. Det må også bemerkes at «evidence based» medisin alltid er på etterskudd. Av en eller annen grunn forsøker Farup å begrunne at irritable tarm-syndrom er en reell tilstand og at Westin og jeg benekter tilstandens eksistens. En tilstand definert ut fra et symptomkompleks er det etter min mening vanskelig å benekte finnes. Imidlertid bør man ha klart for seg at et slikt symptomkompleks kan ha mange årsaker.

I en tid da man på alvor diskuterer å starte screeningundersøkelse med henblikk på coloncancer, synes jeg det er merkelig at man går imot å undersøke pasienter med colonsymptomer, det vil si avføringsforstyrrelser og knipsmerter i nedre del av abdomen. De terapeutiske effekter av colonundersøkelser (koloskopi, røntgen colon og rektoskopi) kan heller ikke undervurderes.

Omkostningene til undersøkelse av rectum/colon må vurderes opp mot prisen på langvarig medikamentell behandling.

Det er grunn til å tro at kunnskapsnivået i befolkningen i dag er såpass høyt at de fleste pasienter vil forstå at en lege som uttaler seg om deres tarm uten å ha undersøkt den, gjør en gjetting, riktignok basert på statistikk, men ikke desto mindre en gjetting.

Trondheim

Helge Waldum

Gastroenterologisk seksjon  
St. Olavs Hospital

## Manglende dokumentasjon fra Valentina Clinic Estonia

Statens helsetilsyn har mottatt melding om at norske pasienter med tinnitus blir sendt til behandling ved Valentina Clinic Estonia. Det er uttrykt bekymring over at man ikke kjenner til hvilket behandlingsregime pasientene blir utsatt for, og fordi det er registrert alvorlige bivirkninger. Behandlingen i Estland blir markedsført gjennom avisannonser i svært optimistiske ordelag.

Statens helsetilsyn har henvendt seg til den norske agenten for klinikken i Estland, men har ikke mottatt noen redgjørelse for hvilke behandlingsmetoder som benyttes og hvilke resultater man kan vise til. Den norske ambassaden i Tallinn melder at Valentina Clinic Estonia ikke er registrert hos estiske helsemyndigheter. Det synes derfor å være all grunn til forsiktighet dersom norske pasienter spør om råd når det gjelder behandling for tinnitus ved nevnte institusjon.

Oslo

Jørgen Holmboe  
avdelingsdirektør  
Statens helsetilsyn

## Våk opp!

Angår organisasjonsutredningen i Legeforeningen deg? Vet du hva kontingenten din brukes til, eller tilhører du dem som betaler jevnlig, kanskje med et sukk over at den øker? Den politiske strukturen i Legeforeningen betyr at fagforeningsdelen har så å si all makt. Foreningens faglige profil tas i stor grad i vare ved frivillig og gratis overtidsarbeid i spesialforeningene. Flere ønsker å dele foreningen i to – én del som tar seg av fagforeningssakene og en annen som tar seg av det faglige. Ønsker vi det? Nå må vi alle på banen, slik at organisasjonstilpasningene speiler det medlemmene vil at Legeforeningen skal være (hva nå det måtte være).

Legeforeningens funksjon som fagforening først og fremst ser vi i arbeidsformen, i sentralstyreferatene og i budsjettene. Til Legeforeningens medisinsk-faglige del, spesialforeningene, er det som vanlig ikke øremerket én krone i 2003. I sekretariatet mangler faglige arenaer. Hvordan skal foreningen da kunne utvikle en sterk proaktiv medisinsk-faglig profil? Hvordan skal den finne tid og rom til selv å ta medisinske initiativer i Helse-Norge?

Lønn og arbeidsforhold er meget viktig. Viser vi oss som dyktige fagfolk som stadig tar samlet initiativ til å bedre forholdene for pasientene, vil det være en vinn-vinn-situasjon: Pasientene får bedre behandling og service, vi øker arbeidsgleden og styrker imagen, noe som i sin tur gir oss et bedre utgangspunkt for fagforeningsarbeidet.

Skal Legeforeningen bevares som én forening, må sekretariatet styrkes betydelig innen den medisinsk-faglige delen. Spesialforeningene må trekkes inn i varmen. Men det er ikke sikkert at den beste løsningen er 4–5 hovedspesialforeninger, slik organisasjonsutvalget har antydnet. Tvangstrøye i noen store gruppeforeninger kan kvele kreativiteten og motivasjonen og er en lite fleksibel ordning når det er så mange ulike felter som skal tas opp (f.eks. kvalitetsarbeid, faglige anbefalinger, premissleveranser, osv.). For å sikre at faget får så stor plass i foreningen som det hevdes i festtalene, må det også vises i politisk makt der dagsordenen settes og budsjettene vedtas, det vil si i sentralstyret og i landsstyret.

Min påstand er at de fleste leger har identiteten mer i eget fag enn til om de er overordnede, praktiserende, privatansatte eller kommuneansatte eller til fylket/regionen der de arbeider. Enten det er slik eller ikke, må dere våkne og være med i organisasjonsdebatten! Bare slik fungerer demokratiet etter hensikten, og bare slik kan Legeforeningen bli som medlemmene ønsker.

Bærum

Jannicke Mellin-Olsen