



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Er transkutan elektrisk nervestimulering alternativ behandling?

I Tidsskriftet nr. 5/2003 var det flere artikler om bruk av alternativ behandling i norske sykehus. Ingen av forfatterne hadde noen klar definisjon på hva de mener med alternativ behandling, men i artikkelen *Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus* (1) var transkutan nervestimulering nevnt. Vi regner med at forfatterne mener transkutan *elektrisk* nervestimulering (TENS).

Teorien bak virkningsmekanismene ved transkutan elektrisk nervestimulering er bygd på nevrofysiologiske forklaringsmodeller med bakgrunn i vestlig medisin. Metoden har vært brukt i smertebehandling siden Melzack & Wall publiserte «the gate control theory» i 1965. Dette gav et teorigrunnlag som bidrog til å forklare hvordan transkutan elektrisk nervestimulering fungerer som smertelindring. I Norge har behandlingen vært brukt i ca. 20 år. Det er de siste årene gjort en mengde studier som dokumenterer effekt av behandlingen, og at kostnadene til analgetika reduseres betydelig ved bruk av transkutan elektrisk nervestimulering (2). I *Textbook of Pain* av Wall & Melzack (3) har metoden fått en betydelig plass. Her beskrives virkningsmekanismer, apparatets funksjon og bruken ved forskjellige smertetilstander, både akutte og kroniske.

I boken *Nociceptiv och neurogen smärta* (4) av Per Hansson, som er dosent i fysiologi og universitetslektor i klinisk smerteforskning ved Karolinska Sjukhuset i Stockholm, står det under kapitlet *Behandlingsstrategier vid kronisk neurogen smärta*: «Perifer sensorisk retning med hjelp av elektrisk (TENS) eller mekanisk (vibration) stimulering, för att aktivera endogena smärtlindrande mekanismer, får anses vara förstahandsbehandling vid perifer neurogen smärttillstånd...» Han sier videre at transkutan elektrisk nervestimulering bør prøves hos alle pasienter med nevrogene smerter, både sentrale og perifere.

Studier har vist at transkutan elektrisk nervestimulering har god effekt mot smerter, forebygger atrofi ved immobilisering, bedrer perifer sirkulasjon og demper kløe og spasmer (5).

Mange har beskrevet manglende effekt. Det kan skyldes begrenset kunnskap hos

helsepersonell og dermed manglende informasjon og opplæring av pasienten. Transkutan elektrisk nervestimulering brukes i smerteklinikker, i sykehus og på fysiske institutter landet rundt. Riktig brukt har behandlingen som oftest effekt og er så å si uten bivirkninger.

Anne Grethe Paulsberg

Smerteklinikken, Haukeland Universitetssykehus

Sara Maria Allen

Smerteklinikken, Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Salomonsen LJ, Grimsgaard S, Fønnebo V. Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 631–3.
2. Chabal C, Fishbain DA. Long-term transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) use: impact on medication utilization and physical therapy costs. *Clin J Pain* 1998; 14: 66–73.
3. Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 4. utg. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999: 309, 331, 353–4, 1341, 1525.
4. Hansson P. *Nociceptiv och neurogen smärta*. Stockholm: Pharmacia & Upjohn, 1998: 89–90.
5. Bjordal JM. Elektroterapi. Kan elektroterapi redusere smerte ved muskel- og skjelettlidelser? *Fysioterapeuten* 1999; 66: 8–19.

L. Salomonsen og medarbeidere svarer:

I vår artikkel *Bruk av alternativmedisinsk behandling ved norske sykehus* er WHO's definisjon av alternativ medisin gjengitt i faktarubrikken: En vid gruppe av behandlingsmetoder som ikke er en del av landets egne tradisjoner og som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystem.

I artikkelen er beskrivelsen av utbredelsen av bruk av alternativmedisinsk behandling basert på den lokale sjefleges definisjon av slik behandling, uten at han/hun på noen måte er instruert i forhold til en eller flere definisjoner av hva alternativmedisinsk behandling er. Som vi angir i artikkelen var ikke alle utøverne enige med sin sjeflege i at de tilbød alternativmedisinsk behandling. Dette var tilfellet for transkutan nervestimulering (eller transkutan elektrisk nervestimulering, TENS), hvor sjeflegen, men ikke utøveren, definerte det som alternativmedisinsk behandling. I artikkelen valgte vi å la være å diskutere hvilke oppgitte terapiformer som faller under alternativ medisin eller ikke. Anne Grethe Paulsberg & Sara Marie Allen viser til flere studier som viser effekt av transkutan elektrisk nervestimulering, og metoden har vært brukt i helsevesenet

i mange år. Vi er enig med Paulsberg & Allen om at metoden vil bli karakterisert som skolemedisin av de aller fleste.

Laila Salomonsen
Vinjar Fønnebo
Sameline Grimsgaard
Universitetet i Tromsø

Rekrutteringskrisen i medisinsk forskning – Legeforeningens ansvar?

Andelen av medisinerer i stipendiatstillinger ved de medisinske fakultetene er blitt sterkt redusert i løpet av 1990-årene, samtidig som andelen av leger i vitenskapelige stillinger ved disse fakulteter har vist nedgang. Dette ble dokumentert av Mari Nes & John-Arne Røttingen i Tidsskriftet nr. 3/2003 (1). En spørreundersøkelse utført av Norsk institutt for studier av forskning og utdanning (NIFU) blant norske spesialistenheter i medisin gav som svar at bedre forsknings- og arbeidsvilkår og høyere lønn vil kunne bedre rekrutteringen (1). At norsk medisinsk forskning gis dårligere arbeidsvilkår enn det som ytes internasjonalt med henblikk på utstyr og assistanse, er det ikke gitt noen dokumentasjon for. De siste par år har tiltak både fra Norges forskningsråd og fra fakultetene ført til bedring av forskningsengasjementet blant medisinstudenter, med økt antall stipendiater og ved etablering av forskerlinjer i grunnutdanningen ved fakultetene.

I Tidsskriftet nr. 8/2003 blir problemene omkring forskningsrekruttering og lønn til universitetsansatte leger drøftet av Anna Midelfart (2), på vegne av LVS, og av Lise B. Johannessen (3), som refererer et møte i denne foreningen. Begge innspill konkluderer at det er den dårlige avlønningen av leger i vitenskapelige stillinger som er hovedårsaken til at rene kliniske stillinger ofte blir foretrukket. Det foreslås/kreves høyere lønn for leger i akademiske stillinger i medisin, slik at de kommer på et bedre nivå i forhold til de gasjer som sykehusleger i kliniske og parakliniske stillinger har oppnådd ved Legeforeningens lønnsforhandlinger.

Det problem som likevel vil bestå, er knyttet til parakliniske og basale medisinske forskningsavdelinger og -institutter. Der arbeider og forsker fagfolk med medisinsk og realfaglig eller teknologisk bakgrunn side om side. Fremdrift og

kvalitet er nettopp avhengig av et slikt samarbeid mellom fagfolk med forskjellig grunnutdanning. Dette har vært av avgjørende verdi for nivået innenfor norsk medisinsk forskning og også av betydning for mange kliniske fag. Mener LVS at stipendiater, postdokstipendiater og professorer med medisinsk grunnutdanning skal gasjeres høyere enn de som ikke har medisinsk grunnutdanning, uavhengig av kompetanse og kyndighet? I så fall vil dette virke destruktivt på forskningsmiljøene. Man kunne i motsatt fall kreve lønnsøkning for alle, men dette måtte eventuelt argumenteres ut fra andre momenter enn legenes lønnsnivå, siden det ville ha konsekvenser for annen vitenskapelig aktivitet i Norge.

Jon Lamvik

Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Nes M, Røttingen J-A. Leger og forskning – når er bunnen nådd? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 344–5.
2. Midelfart A. Rekrutteringskrisen i medisinsk forskning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1116.
3. Johannessen LB. Universitetsansatte leger lavest på lønnsstigen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1128.

H.B. Pettersen svarer:

Situasjonen i Norge er den at antall medisinerere som engasjerer seg i medisinsk forskning er fallende og altfor lavt. Det er ikke bare dårlig avlønning som ligger til grunn for dette, selv om det nok er en viktig årsak. I tillegg kommer at forskning i dagens system gir merittmessig dårlig uttelling både innenfor spesialistutdanningen og innenfor ansettelse i kliniske stillinger. Jon Lamvik stiller et konkret spørsmål om LVS ønsker «at stipendiater, postdokstipendiater og professorer med medisinsk grunnutdanning skal gasjeres høyere enn de som ikke har medisinsk grunnutdanning, uavhengig av kompetanse og kyndighet?». Ja, faktisk mener LVS det. Så lenge det er rekrutteringskrise av medisinerere til medisinsk forskning og særlig medisinsk grunnforsk-

ning, så vil lønn helt klart være et viktig rekrutteringstiltak for å få leger inn i forskning. Hvorvidt dette vil være ødeleggende eller virke destruktivt på forskningsmiljøene, vil være grunnlag for diskusjon. Forskjellen i lønnstrinn mellom professorer innenfor fagområdet medisin varierer i dag fra lønnstrinn 62 til lønnstrinn 81, noe som utgjør en forskjell i grunnlønn på ca. 230 000 kroner. Selv om dette i stor grad kan skyldes forskjell i dyktighet og vitenskapelig aktivitet, vil også en problemstilling som manglende rekruttering kunne forsvares.

LVS er i dag forhandlende forening for leger i forskerstillinger, mens Forskerforbundet er forhandlende forening for ikke-medisinere. Disse to foreningene kjemper lokalt for å oppnå best mulig lønnstillegg for sine medlemmer.

LVS har lenge arbeidet for å få til en særavtale for leger i vitenskapelige stillinger, uten å lykkes. Det er helt vesentlig for norsk medisinsk forskning at leger fortsetter å velge forskning som karrierevei. Selv om lønn ikke er den eneste faktor som her betyr noe, så vil lønnen være av stor betydning. Etter at lokal lønnsdannning betyr mer og mer for den enkelte, er det også blitt slik at lik lønn for likt arbeid er en saga blott.

LVS tror ikke at ulik lønn vil virke destruktivt på forskningsmiljøene. Det vil være betydelig mer destruktivt for norsk medisin om leger velger ikke å forske. Lokal lønnsdannning har gjort det mulig å bruke lønn som et viktig lokalt rekrutteringstiltak for å få medisinerere til medisinsk forskning. Skulle Legeforeningen velge å legge ned LVS som selvstendig yrkesforening, vil denne muligheten svekkes betydelig.

Helge Bjørnstad Pettersen

Leder LVS

Så leit, da!

En anonym legemiddelrepresentant span-derte nesten to spalters harme i Tidsskriftet nr. 9/2003 over respektløse legers (og det er visst oss alle) krav om smørbrød som betin-

gelse for å ta imot nyttig faglig informasjon (1). Generaliserende kritikk av legers gjøren og laden får vi aldri nok av.

Ja, jeg har undret meg over dette med smørbrødene. Hvordan kom de inn i verden?

Før i tiden var det firmaene selv som bestilte time. Så kom representantene og presenterte sine budskap: Noen nye – de fleste velkjente. Vi utvekslet høflige ord, av og til minner fra felles møter som vi i vår naivitet trodde begge parter hadde satt oppriktig pris på. Vi fikk kulepenn. Men vi utvekslet ikke smørbrød.

I fjor dukket plutselig smørbrødene opp sammen med «bookingfirmaer». Det bare «ble slik» – og det var faktisk ikke vår skyld.

«Hei, det er Tone, er det Jon? Hei, Jon, jeg ville bare avtale time for Marte, jeg, fra firma X. Ja, og hun tar med smørbrød.»

Ikke har jeg hatt kordiale forbindelser med Tone før – og ikke har jeg bedt om mat. Snarere tvert imot, jeg prøver å følge Fedon Lindbergs smale vei!

Så kommer representanten, som regel ny for meg. «Hei, jeg er Morten, jeg kommer i stedet for Karin som skulle vært her i stedet for Marte! Har du noen pasienter med høyt blodtrykk?»

Det kan vi bekrefte; vi utveksler informasjon, og så – så kommer posen med bagetter. «Dere har kanskje spist lunsj?» Ja vi har som regel det, men vi tar høflig imot gaven slik mor har lært oss, og sier at «dette er da for galt» – hvilket det altså viste seg å være. Kvelden blir som regel lang, og før eller siden faller vi nok for fristelsen og spiser opp både vårt rundstykke og det som vat tiltenkt en kontordame som for lengst har gått hjem.

Men vi lover: Heretter skal vi tenke oss grundig om før vi slipper til Tone og Morten og Karin og Marte – og bagettene.

Jon Schumann-Andersen

Fredrikstad

Litteratur

1. NN. Så hyggelig, da! Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1239–40.