



Brev til redaktøren

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

Seksuelt misbruk av barn

Jan Sunder Halvorsen polemiserer i Tidsskriftet nr. 8/2003 (1) mot synspunkter som undertegnede tidligere har gitt uttrykk for i Aftenposten (2) og i Tidsskriftet (3). Vi hevdet der at fagfolk, inkludert oss selv, har hatt en tendens til å overdrive skadevirkningene av seksuelle misbruk. Vi trakk blant annet frem en metaanalyse av undersøkelser blant amerikansk collegeungdom som tydet på at skadevirkningene var mindre enn vanligvis antatt i klinisk litteratur (4).

Halvorsen insinuerer at resultatene fra denne studien er falske, fordi forfatterne skulle ha pedofile sympatier. Slike synspunkter er lite interessante så lenge man ikke kan påvise feil og forvrengninger i utvalg, metoder og fortolkninger av data, noe Halvorsen ikke gjør. Ingen har, så vidt vi vet, klart å så alvorlig tvil om den vitenskapelige analysen av dataene. Studien ble vurdert av langt flere eksterne fagvurderere enn vanlig før publisering, og i etterkant ble den også gjennomgått av *National Academy of Sciences*, uten at man fant grunn til kritikk.

Det vesentlige i Halvorsens artikkel (1) dreier seg om nyere tvillingstudier, som vi faktisk etterlyste, men som ikke var publisert da vi skrev våre artikler (2, 3). Han siterer en australsk studie der om lag 2 000 likekjønnede tvillinger ble telefonintervjuet (5). I par hvor bare den ene tvillingen var utsatt for misbruk, var denne tvillingen senere mest plaget med atferdsforstyrrelse, depresjon, selvmordsforsøk, angst og nikotinavhengighet. Det er selvsagt mulighet for feilkilder i en slik undersøkelse. Vi vet bl.a. ikke om den seksuelt misbrukte tvillingen var mer nervøs enn den ikke-misbrukte før misbruket fant sted. Det hadde også vært ønskelig å ha hatt resultatene for eneggede par atskilt fra toeggede, slik at genetisk sårbarhet, ikke-seksuelle familiebelastninger og seksuelle overgrep i noen grad kunne atskilles. Det viktigste resultatet er likevel at selvrapportert seksuelt misbruk, kontrollert for familiebakgrunn, er assosiert med økt risiko for psykiske lidelser.

Halvorsen hevder på grunnlag av Teicher og medarbeideres undersøkelser (6) at seksuelle overgrep fører til skader i hippocampus og amygdala. Halvorsen mener at skaden i det limbiske system er spesifikk, hva han nå mener med det.

Bedre kunnskap er selvsagt nyttig for

dem som skal hjelpe barn og deres familier etter katastrofer og traumatiske opplevelser. Uten at alvorlig rammede barn studeres prospektivt og longitudinelt helt opp i voksen alder, vil den informasjon man får, selv ved avanserte atferdsmessige eller biologiske forskningsmetoder, ha begrenset verdi.

**Einar Kringlen
Per Høglend**

Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Halvorsen JS. Hvor skadelig er seksuelt misbruk for et barn? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1086–9.
2. Kringlen E, Høglend P. Seksualovergrep mot barn og psykiske skadevirkninger? Aftenposten (morgenutgave) 16.2.2000.
3. Kringlen E. Seksuelle overgrep, gjenvunnet hukommelse og multipel personlighetsforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 202–8.
4. Rind B, Tromowitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child abuse using college students. Psychol Bull 1998; 124: 22–53.
5. Nelson EC, Heath AC, Madden PA, Cooper ML, Dinwiddie SH, Bucholz KK et al. Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 139–45.
6. Teicher MH, Ito Y, Glod CO, Andersen SL, Dumont N, Ackerman E. Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. Ann N Y Acad Sci 1997; 821: 160–75.

J. S. Halvorsen svarer:

I min kronikk i Tidsskriftet redegjør jeg systematisk for den metodologiske kritikken som kan rettes mot Rind-studien, basert på en rekke publikasjoner som peker på alvorlige feil og mangler i den. Einar Kringlen & Per Høglend imøtegår metodekritikken med kun løse påstander. De henviser bl.a. til en publikasjon fra National Academy of Science uten kildereferanse. Siden dette er den eneste referansen som kunne gitt substans til deres påstander, forventet jeg å få oppgitt kilden. Den publikasjonen de henviser til, er meg ukjent. Kolleger i USA som forsker på området er heller ikke kjent med den. Den finnes ikke på websiden til National Academy of Science. Jeg regner selvsagt med at den finnes, og ser frem til at Kringlen & Høglend får den på trykk i Tidsskriftet. Da vil det komme noe på bordet og man kunne føre en diskusjon om Rind-studiens validitet.

Å hevde, som Kringlen & Høglend gjør, at pedofile sympatier hos forskerne er uinteressant når de ut fra sine funn anbefaler seksuell omgang mellom voksne og barn når barnet tillater det, er mildt sagt oppsiktsvekkende. En side av saken er den moralske, men fra en vitenskapelig vinkel vet vi at forskeres subjektive oppfatning påvirker deres resultater (1). Klarere forbindelse mellom subjektive holdninger og forskningsresultater er det ikke mulig å få enn den Rind-studien viser. Når metodikken tilpasses funnene, må konsekvensen bli den sterke kritikken mot studien fra forskningshold.

Det er publisert to artikler i *Psychological Bulletin* (2, 3) som begge leverer en massiv kritikk mot Rind-studien. De fundamentale feil og mangler ved metodikk og konklusjoner i studien som påpekes i disse artiklene, er ikke besvart. Rind-studien fokuserte på en collegepopulasjon som var for frisk, og på toppen av dette fordreide og bagatelliserte forskerne sine funn. Å redusere denne samlede kritikken til at «Halvorsen insinuerer» er en perseptuell innsnevring av et helt forskningsfelt, og neppe en god modell for vitenskapelig argumentasjon. Inntil Kringlen & Høglend publiserer sin referanse fra National Academy of Science, foreligger ikke annet enn løse påstander fra dem.

Jan Sunder Halvorsen

Institutt for Holistisk Medisin og Meditasjon
Oslo

Litteratur:

1. Luborsky L. The researcher's own therapy allegiances: a «wild card» in comparisons of treatment efficacy. Clinical psychology. Science and Practice 1999; 6: 95–106.
2. Ondersma S. Sex with children is abuse: comment on Rind, Tromowitch, and Bauserman (1998). Psychol Bull 2001; 127: 707–14.
3. Dallam SJ. The effects of child sexual abuse: comments on Rind, Tromowitch, and Bauserman (1998). Psychol Bull 2001; 127: 715–33.

Bivirkninger – suppe på spiker

Rannveig Sakshaug Eldholm og medarbeidere ved Avdeling for legemidler, St. Olavs Hospital, fremsetter i Tidsskriftet nr. 17/2003 synspunkter om legemiddelbivirkninger basert på gjennomgang av Felleskatalogen (1). De observerer at det er flere bivirkninger i Felleskatalogen 10–12 år etter markedsføring av sju nye legemidler

enn det var da legemidlene ble lansert på det norske markedet. De tar til orde for at det ville være bedre om legemidler utprøves andre steder i lengre tid før de slippes løs i Norge, slik at vi kan slippe bivirkningene (1).

I undersøkelsen har man helt unnlatt eller glemt å nevne at de sju legemidlene i løpet av observasjonstiden på 8–20 år har fått en rekke nye bruksområder, noe som eksponerer pasienter med nye sykdommer og behandlingsopplegg for legemidlet. Dette vil føre til ny effekt- og bivirkningssituasjon, som så føres opp i preparatomtaler.

For omeprazol, som hadde seks bivirkninger angitt i Felleskatalogen i 1989, har nye bruksområder økt fra fire til ni. Terapien har gått fra fire ukers tilheling av ulcus til livslang behandling av alvorlig øsofagitt. Antall bivirkninger oppført i Felleskatalogen er økt til 47. Denne type endringer er ikke omtalt i diskusjonen. Registreringsgrunnlaget for omeprazol var i sin tid basert på mer enn 2 000 pasienter; i 1999 var pasienteksponeringen 300 millioner behandlingsår, bl.a. som følge av endret bruk.

Tilsvarende finnes for fem av de sju legemidlene; alle har fått nye bruksområder i tillegg til dem som ble dokumentert ved første godkjenning. Hvis vi korrigerer for nye bruksområder og overgang fra eksempelvis korttidsbruk til livstidsbruk, faller alle konklusjonene i artikkelen sammen, tallene blir feil og spekulasjonene enda verre.

Det verste forsøket på sjonglering med det syltynne datamaterialet er forsøket på å vise sammenheng mellom antall pasienter i en registreringssøknad, eksempelvis for Losec (n = 2 183) og Imovane (n = 24 000) og senere forekomst av nye bivirkninger. Imovane er et godt produkt, men hadde samme bruksområde ti år før det ble registrert i Norge i 1994 (søvnløshet), har samme bruksområde i dag og nøyaktig samme bivirkningsprofil. Forfatterne mener at det er anbefalelsesverdig at 24 000 franskmenn tester ut sovemidlet før noen trønder skal få det (1). Har ikke forfatterne hørt om felles godkjenningprosedyrer i Europa som Norge deltar i?

Henrik Lund
AstraZeneca

Litteratur

1. Eldholm RS, Bergheim TS, Slørdal L, Spigset O. Hvilken informasjon gis om bivirkninger av nye legemidler? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2414–7.

R.S. Eldholm og medarbeidere svarer:

Vi har med forbløffelse lest Henrik Lunds utfall mot vår artikkel om omfanget av kjennskap til legemidlers bivirkninger på registreringstidspunktet. Vi tillegges her en rekke meninger som vi aldri har hatt og

heller aldri har forfektet, samtidig som Lund ikke på noen måte presenterer data som røkter ved artikkelens innhold og konklusjoner.

Vi vil derfor påpeke følgende: Vi har aldri, som Lund påstår, hevdet at det ville være bedre at legemidler ble prøvd ut på utlendinger før de tas i bruk i Norge. For vår del er det irrelevant hvor studiene blir gjort, bare de blir gjort, og vi ser gjerne at flere kliniske utprøvinger av legemidler blir lagt til Norge – eller til Trøndelag for den saks skyld.

Artikkelens hovedbudskap er at langt fra alle bivirkninger er kjent når et legemiddel er nytt. Dessuten påpeker vi at jo flere pasienter som inkluderes i systematiske legemiddelutprøvinger før et legemiddel markedsføres, jo mer vil være kjent om bivirkningsprofilen når midlet tas i alminnelig bruk. Denne oppfatningen, som vi vanskelig kan se er kontroversiell, deles, som referert i artikkelen (1), med andre.

Lund hevder at hvis vi hadde korrigeret for nye bruksområder og for overgang fra korttidsbruk til langtidsbruk, «faller alle konklusjonene i artikkelen sammen». For oss er det innlysende at det finnes en rekke forhold som kan bidra til økt forekomst av bivirkninger etter godkjenning, hvorav overgang til langtidsbehandling, bruk av høyere doser, bruk i pasientpopulasjoner som er mer utsatt for bivirkninger, bruk på nye indikasjoner og bruk utenfor godkjente indikasjoner er noen.

I motsetning til våre resultater, som er i overensstemmelse med bivirkningslitteraturen ellers og som bygger på en systematisk studie av et utvalg legemidler i henhold til en på forhånd definert protokoll og med en kontrollgruppe, fremstår Lunds resonnemerer som spekulative og presenteres uten noen form for systematisk bakgrunnsdokumentasjon.

Vi oppfordrer alle med interesse for disse viktige problemene å lese vår artikkel (1) og Lunds innlegg en gang til – nøye. Vi håper og tror at Lunds utfall ikke er representativt for holdningen til legemiddelsikkerhet blant de tunge industriaktørene. Disse spørsmålene trenger å bli diskutert. Vi deltar gjerne, men forventer et minstemål av saklighet på debattnivået.

Olav Spigset
Lars Slørdal
Terese Stavenjord Bergheim
Rannveig Sakshaug Eldholm

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Trondheim

Litteratur

1. Eldholm RS, Bergheim TS, Slørdal L, Spigset O. Hvilken informasjon gis om bivirkninger av nye legemidler? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2414–7.

Blir de mest ressurssterke mest sykmeldt?

Håkon Lie presenterte i Tidsskriftet nr. 15/2003 en interessant kvaisieksperimentell studie av tiltak for å redusere sykefravær grunnet muskel- og skjelettplager (1). Han konkluderer, i samsvar med vurderinger av mange andre godt gjennomtenkte og i beste fall velmente intervensjonsforsøk med samme målsetting: Sykefraværet påvirkes lite av helsevesenets tiltak.

Konklusjonen kan likevel diskuteres. Med selvseleksjon til intervensjonsgruppen kan han ha fått med de legene som i utgangspunktet var dårligst i sin undersøkelse, diagnostikk og oppfølging av pasienter med muskel- og skjelettplager, og/eller leger som hadde mange hardt plagede pasienter i denne kategorien. Når fraværet på grunn av muskel- og skjelettsykdom blant pasientene hos legene som var gjenstand for kompetansehevede tiltak, ikke var mindre enn hos kontrollgruppelegene, kan vi ikke utelukke at intervensjonen hadde den effekt at en tidligere forskjell mellom gruppene var blitt utjevnet som resultat av intervensjonen. Denne alternative forklaringen burde vært lansert i artikkelen.

Lie anfører at han noe uventet finner «lengre sykmeldingsvarighet blant de selvstendig næringsdrivende enn for andre ansatte» og lanserer forsiktig en mulig forklaring på dette fenomenet at «den nye pasientrettighetsloven fører til at ressurssterke i større grad oppnår sykmelding» (1). Her har forfatteren trukket en feilslutning der han prøver å forklare atferden til en bestemt gruppe ut fra et ikke-tilfeldig utvalg av denne gruppen. Lie har ikke undersøkt hvem som sykmeldes mest, men han har funnet at hvis selvstendig næringsdrivende har vært sykmeldt over 16 dager med en muskel- og skjelettdiagnose, er de lengre sykmeldt enn ansatte. Dette sier ikke noe om hvor ofte de blir sykmeldt i forhold til andre arbeidstakere. At de er lenge borte når de først blir sykmeldt, kan bety at de har høyere terskel for sykmelding og således er sykere enn de sykmeldte som har et ansettelsesforhold.

Lies undersøkelse kan ikke gi svar på hvilken av forklaringene som er riktig. Men den siste – at selvstendig næringsdrivende er sjeldnere sykmeldt enn andre og at sykmeldingsterskelen er høyere – stemmer best med så vel klinisk erfaring som tidligere studier. At ressurssterke sykmeldes mest, ville stride mot det meste av det vi i dag mener å vite om sykdom og sykdomskonsekvenser i ulike samfunnsgrupper.

Dag Bruusgaard

Seksjon for arbeids- og trygdemedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Lie H. Reduseres sykefraværet ved kompetansehevede tiltak overfor primærlegen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2068–71.