



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Legegruppe i motvind?

Olav Flaten skriver i Tidsskriftet nr. 20/2004 at de fleste medisinske fremskritt de siste tiårene har kommet ved at forskningsresultater er blitt kommersialisert, og at gruppen «Leger mot økt kommersialisering og korrupsjon» nok vil måtte seile i sterk motvind med sine bekymringer (1).

Den tidligere ABC-helsejournalisten Nicholas Regush skriver i artikkelen *I Beg to Differ* (2) bl.a. at «åpne din munn mot den rådende medisinske visdom og forvent å bli skutt i kneet eller enda verre. Glem med sikkerhet å bli honorert med gratis reiser til «utdanningsbegivenheter» på Hawaii. Dersom du ønsker en alle tiders mulighet til suksess innen medisin, så innordne deg og beskytt profesjonen mot alle de vantro. Det er den enkle oppskrift som betaler for ditt drømmehus. Demokratiet innen medisin er raskt døende» (oversatt av undertegnede).

Formidlet legemiddelinformasjon har ikke forventet kvalitet, noe som kommer til uttrykk bl.a. i en opinionsundersøkelse utført for Legeföreningen. 83 % av de spurte mente at bindinger mellom leger og legemiddelindustrien påvirker legenes valg av legemidler (3).

Når legen, som er legemiddelfirmaets eneste forretningspartner, velger å akseptere en ytelse fra et firma, bør han/hun være oppmerksom på at dette ikke kun er en verdiutveksling mellom lege og firma, men at den også omfatter en tredjepart (pasienten) som legen har en lovpålagt lojalitetsplikt overfor. En lege bør i likhet med en dommer ikke akseptere ytelser fra en involvert part: Ikke engang en penn (med eller uten logo) eller en såkalt gratis lunsj. Skal man bli kvitt all «spin» og hvitvask som i dag rir helse- og rettsvesenet nærmest som en mare, bør det innføres nulltoleranse hva legenes mulige interessekonflikter angår: Leger kan ikke tjene to herrer samtidig. Det er ikke mulig, slik enkelte leger gir uttrykk for, å være habil selv om man er litt bestukket (korrupt); enten er man det eller så er man det ikke. Dersom pasientene (forbrukerne) skal kunne ivareta sin helse og økonomi, er de avhengig av å kunne motta en uhildet (skriftlig) informasjon, men dette er kun mulig dersom legemiddelfirmaene forbyr å sponse legers sosiale posisjon og økonomi.

Av de 348 nye legemidler som ble introdusert av de 25 største amerikanske produ-

senter i perioden 1981–88, vurderte legemiddelmyndighetene (Food and Drug Administration) at 3 % hadde et potensielt viktig bidrag til eksisterende terapier, 13 % et potensielt beskjedent bidrag og 84 % et lite eller intet potensielt bidrag (4).

Svein Reseland
Hosle

Litteratur

1. Flaten O. Legegruppe i motvind. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2654.
2. Regush N. ABC News. I beg to differ. http://abc-news.go.com/sections/living/SecondOpinion/secondopinion_40.html (13.5.1999).
3. Reppen HK. Tiltro til leger og helsetjenester. http://www.legeföreningen.no/asset/23504/1/23504_1.pdf (14.5.2004).
4. Randall T. Kennedy hearings say no more free lunch – or much else – from drug firms. JAMA 1991; 265: 440–2.

Reaktivering av dype nakkemusklene

Jeg avsluttet min allmennpraksis i 2001 og er nå alderspensjonist. I et fjernsynsprogram 26.9. 2004 fortalte man historien til en ti år gammel jente som etter en hodeskade hadde blitt avhengig av rullestol og sterkt plaget av nakkesmerter. Hun var nå blitt tilnærmet frisk etter kort tids fysisk behandling av den dype, stabiliserende halsmuskulaturen, antakelig såkalt slyngeterapi (sling exercise therapy).

Jeg behandlet selv en liknende pasient i 1998–99: en 35 år gammel asiatisk innvanderer som jobbet som sjåfør i Postverket. Han fikk sleng i nakken ved en påkjørsel i et veikryss 8.6. 1998 og store plager med nakkesmerter og -stivhet. Han ble sykmeldt i mer enn et halvår, fikk behandling med xylocaininjeksjoner i nakkemusklene, fysioterapi, kiropraktorbehandling, paracetamol, alt uten særlig bedring inntil januar 1999, da han ble henvist til kommunefysioterapeuten. Hun var utdannet i Utrecht, Nederland. Hun fant instabil nakkevirvelsøyle og dårlig styrke og koordinasjon av de dype nakkemusklene samt for høy aktivitet og tonus av de ytre halsmuskler. Hun behandlet pasienten i alt sju ganger, først med varme og massasje (siste fem ganger etter forutgående injeksjoner), deretter kun øvelser med henblikk på styrking og koordinasjon av de dype nakkemusklene. Det kom rask bedring, og pasienten ble arbeidsfør og fullstendig

smertefri uten medisiner. Han føler seg helt frisk fortsatt. Mange pasienter med kroniske nakkeplager lider antakelig av muskulær ubalanse og vil kunne ha god nytte av slik stabiliserende behandling.

Jeg har i min legepraksis behandlet mange nakkepasienter med xylocaininjeksjoner, ev. kombinert med fysisk behandling. I artikler om nakkelengskader finner jeg meget sparsom omtale av muskulaturen. Enkelte fysioterapeuter driver slyngeterapi av både nakkepasienter og andre for å bedre koordinasjon. Jeg håper at kolleger vil overveie å henvise sine nakkelengpasienter til en interessert fysioterapeut for de ev. henviser pasienten til uføretrygd eller drastisk kirurgi.

Jeg foreslår å innføre begrepet «reaktivering av dype nakkemusklene» i fysioterapien. Det er tydeligvis ulike metoder for å oppnå dette. Jeg antar at de dype nakkemusklene er tilgjengelig både for diagnostikk og terapi i fysisk medisin, og at mange nakkeskader vil kunne unngå tragiske utfall hvis man tar konsekvensene av dette.

Einar Wiig
Trøgstad

■ RETTELSE

Transfett, mettet fett og risiko for hjerte- og karsykdommer

Anna Haug
Hanne Müller

Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3094

I ovennevnte artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2004, midtspalten, annet avsnitt skal stå: En kost beriket med mettede fettsyrer gir også et signifikant lavere nivå av $Lp(a)$ sammenliknet med cis-enumettede og trans-enumettede fettsyrer (5). Transfett har motsatt virkning av mettet fett på $Lp(a)$, da det øker nivået av $Lp(a)$ i blodet (5).