

høringssvar innkommet fra foreningens forskjellige avdelinger og en sluttbehandling i sentralstyret.

Et viktig budskap er at Legeforeningen støtter en omfordeling av basisbevilgningen i tråd med Magnussen-utvalgets utredning. Noen temaer må likevel utredes mer – slik det også uttrykkes i utvalgets rapport. Dette betyr ikke at Legeforeningen mener man skal vente på en ny offentlig utredning. De kunnskapshullene som utvalget selv påpeker, må det jobbes videre med frem til iverksetting av modellen. Dette gjelder innarbeiding av viktige områder som forskning, utdanning og nasjonale kompetansesentre. Disse må ses i forhold til inntektsfordelingssystemet og finansierungsordningene for sykehus. Legeforeningen vil sterkt oppfordre til at det arbeidet settes i gang straks.

Omfordelingen av midler bør fortrinnsvis skje gjennom fordeling av fremtidige økte inntekter. Det vil si at inntektene til Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest må økes, men uten nødvendigvis umiddelbart å kutte tilsvarende til Helse Sør-Øst – og vi må se på behovet for omfordeling. Omfordeling og omstilling bør skje over noe tid.

**Torunn Janbu**  
Legeforeningen

## Menneskeskapt oppvarming – vær beredt

Gunnar Saunes har i to innlegg (1, 2) gitt uttrykk for sterk skepsis til FN's klimarapport (IPCC). Han mener blant annet at IPCC gir en uriktig fremstilling av klodens CO<sub>2</sub>-omsetning og at CO<sub>2</sub>-utslipp fra bruk av kull, olje og gass spiller liten rolle for klimaet. I henhold til Saunes kom global temperaturøkning først, deretter økning i CO<sub>2</sub> (2).

Dette har han nok noe rett i: Økt solaktivitet fører til oppvarming av havvann, og derved frigjøres CO<sub>2</sub>. Redusert solaktivitet og global avkjøling fører til det motsatte. Dette understøttes av målinger som gjenspeiler forholdene omkring «den lille istid» for omkring 400 år siden (3). Men Peter Cox, kjent klimaforsker og sentral person i de nevnte analyser (3), påpeker i et intervju i *New Scientist* (4) at dette ikke er snakk om enveiseffekter: Oppvarming av hav fører til frigjøring av CO<sub>2</sub> til luft, som igjen fører til økt oppvarming. Det er altså snakk om forsterkningseffekter som gjelder både oppvarming og avkjøling. Cox mener derfor det er sannsynlig at IPCCs klimamodeller ikke går langt nok i sine prognoser om global oppvarming. CO<sub>2</sub> i havvann har økt de senere år, ikke gått ned, slik man skulle vente hvis økt solaktivitet var hovedårsak til de klimaforandringene vi ser i dag.

Klimamodeller er usikre, fordi en lang rekke faktorer spiller inn med feedback-

mekanismer etc. Det er derfor god grunn til å se på FN's klimarapport med kritiske øyne. Men da må man også være åpen for at IPCC kan ta feil begge veier. Selv om en del forskere sier IPCC overdriver, har andre sterke argumenter for at rapporten er for svak.

Etter mitt syn må man erkjenne at en global oppvarming er i gang og at menneskelig aktivitet bidrar i vesentlig grad. De negative konsekvensene kan bli store. Derfor er det om å gjøre å bremse utviklingen så godt som råd er, og det er viktig at vi er forberedt på eventuelle fremtidsscenarioer. Dette gjelder også legene. Både *BMJ* og *The Lancet* har publisert artikler om klimaspørsmål de siste par år. *BMJ* startet i 2006 et «Climate and Health Council» for å engasjere leger fra hele verden i å skape en opinion overfor FN's klimamøte i København i 2009 (5). I Sverige har Läkärförbundet sluttet seg til dette initiativet (5). Kanskje noe for Legeforeningen?

**Helge Dyre Meen**  
Hakadal

### Litteratur

1. Saunes G. Menneskeskapt oppvarming? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 474.
2. Saunes G. Menneskeskapt oppvarming? Sannsynligvis! Tilsvar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 947.
3. Sheffer M, Brovkin V, Cox PM. Positive feedback between global warming and atmospheric CO<sub>2</sub> concentration inferred from past climate change. *Geophysical Research Letters* 2006; 33: L10702.
4. Rising temperatures bring their own CO<sub>2</sub>. *New Scientist* 22.3. 2008: 11.
5. Ohlin E. Klimathotet: Aktörer i klimatfrogan; Läkärförbundet går med i klimatråd. *Läkartidningen* 2008; 105: 1076–81.

### G. Saunes svarer:

Høgare innhold av CO<sub>2</sub> påverkar ikkje absorpsjonen av varmestrålinga nemneverdig. Med normalt CO<sub>2</sub>-innhold er det nok med eit luftlag på 10 m for å filtrere så godt som all varmestråling frå jorda i frekvensfeltet til CO<sub>2</sub>. Effekten av CO<sub>2</sub> minskar logaritmisk med aukande konsentrasjon. Naturen står for 96 % av CO<sub>2</sub>-omsetninga, brenning av kol, olje og gass for 4 % – og dermed for om lag ein promille av drivhuseffekten (1). Er det ut frå dette sannsynleg at meir CO<sub>2</sub> i lufta gir global oppvarming?

I desse dagar har vitenskapsmenn frå IPCC oppdaga det som andre vitenskapsmenn har påpeika ei stund no: Det er slutt på den globale oppvarminga. Målingar syner ingen auke av overflatetemperaturen sidan 1998; siste året er det faktisk ein liten nedgang. Denne utflatinga av temperaturen har skjedd trass i ein CO<sub>2</sub>-auke i atmosfæren på 4 % (2). IPCC snakkar difor mindre om global oppvarming, no heiter det klimaendring. Istadenfor å vedgå at dei har teke feil, at CO<sub>2</sub> frå menneskeleg aktivitet ikkje er årsak til global oppvarming, er dei no i gong med å køyre nye program på datamaskinane for å bortforklare flausa. Før-

bels har dei konkludert med at den globale oppvarminga berre er utsett – til 2015 – eller seinare. Frå då vert det varmare att. Ja, kanskje vert det det. Vi får leve i vona, for historisk sett har kuldeperiodar på kloden medført mykje liing og død, medan livsformer og kultur har blomstra i dei varme periodane. Ingen må likevel tru at kampen hermed er slutt. Med 5 milliardar dollar per år i ekstraløyvingar til klimaforskning på verdsbasis dei siste ti åra, har CO<sub>2</sub>-tilhengjarane all den motivasjon dei treng (3).

**Gunnar Saunes**  
Ulsteinvik

### Litteratur

1. Engene P, Tullberg G. Klimaet. Vitskap og politikk. Oslo: Datakon forlag, 2007.
2. Carter B. High price for load of hot air. [www.news.com.au/couriermail/story/0,23739,21920043-27197,00.html](http://www.news.com.au/couriermail/story/0,23739,21920043-27197,00.html) [24.5.2008].
3. The Middlebury Community Network [www.middlebury.net/op-ed/global-warming-01.html](http://www.middlebury.net/op-ed/global-warming-01.html) [24.5.2008].

## Delte meninger om legemidler ved ryggsmarter

I *Tidsskriftet* nr. 7/2008 refererer Erlend Hem (1), med bakgrunn i retningslinjer fra et ekspertpanel oppnevnt av American Pain Society og American College of Physicians (2), at «en rekke legemidler har god effekt ved korsryggssmerter». Mer spesifikt hevdet det at «det var god dokumentasjon for ikke-steroide antiinflammatoriske midler, paracetamol og muskelrelaksantia ved akutte korsryggssmerter, mens det samme var tilfellet for trisykliske antidepressiver ved kroniske korsryggssmerter» (1).

For paracetamol medfører dette ikke riktighet. På bakgrunn av vår nettkommentar til de amerikanske retningslinjene i *Annals of Internal Medicine* (3) er evidensgraden for paracetamol nå blitt redusert fra «good» til «fair» i et påfølgende erratum fra de amerikanske forfatterne (4).

Ellers er det etter vårt syn høyst usikkert hvorvidt NSAID-preparater, muskelrelaksantia og trisykliske antidepressiver har «god effekt» ved uspesifikke korsryggssmerter. Studier viser at disse medikamentene i beste fall har beskjedne effekter, av tvilsom klinisk relevans, men de har bivirkninger som kan overskygge eventuelle positive effekter. Etter vår mening er medikamentanbefalingene i amerikanske (2) og norske (5) retningslinjer ikke understøttet av tilfredsstillende vitenskapelig dokumentasjon.

**Jan M. Bjordal**  
Høgskolen i Bergen

**Atle Klovning**  
Universitetet i Oslo

**Lars Slørdal**  
Norge teknisk-naturvitenskapelige universitet

#### Litteratur

1. Hem E. Flere medikamenter har effekt ved ryggsmarter. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 804.
2. Chou R, Qaseem R, Snow V et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007; 147: 478–91. Rettelse: Ann Intern Med 2008; 148: 247–8.
3. Bjordal JM, Klovnig A, Lopes-Martins RA et al. Overviews and systematic reviews on low back pain. Ann Intern Med 2008; 148: 789–90; author reply 791–2.
4. Chou R, Shekelle P, Gaseem A et al. Correction: diagnosis and treatment of low back pain. Ann Intern Med 2008; 148: 247–8.
5. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Korsryggsmarter – med og uten nerverotaffeksjon. Nasjonale kliniske retningslinjer. Oslo: FORMI, Formidlingsenheden for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no/index.php/Helsepersonell/id/kliniske\_retningslinjer (15.4.2008).

#### E. Lærum & K. Storheim svarer:

Vi deler det syn at medikamentanbefalingene er for sterke i enkelte retningslinjer. Blant annet gjelder dette de europeiske, som vi i betydelig grad har basert de norske anbefalingene på og som undertegnede har vært henholdsvis redaktør og medredaktør for. Dette ble påpekt av Jan M. Bjordal ved flere anledninger i forbindelse med utarbeidingen av de norske retningslinjene, som Bjordal var eksternt faglig rådgiver for. Etter vår oppfatning nedtonet vi der i betydelig grad medikamentanbefalingene sammenliknet med de anbefalinger som ble gitt i de europeiske retningslinjene. Det er presisert at effektene av disse medikamentene ofte er små og at dokumentasjonen i en del tilfeller er indirekte, og anbefalingene graderes ikke som mer enn moderate (1). Vi deler derfor ikke den oppfatning at vi har for sterke anbefalinger i våre retningslinjer i forhold til dokumentasjonsgrunnlaget.

#### Even Lærum

#### Kjersti Storheim

Formidlingsenheden for muskel- og skjelettlidelser (FORMI)

#### Litteratur

1. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Korsryggsmarter – med og uten nerverotaffeksjon. Nasjonale kliniske retningslinjer. Oslo: FORMI, Formidlingsenheden for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007. www.formi.no/index.php/Helsepersonell/id/kliniske\_retningslinjer (26.5.2008).

## Feil fra redaktøren om HPV-vaksine

På lederplass i Tidsskriftet nr. 8/2008 kommenterer redaktør Charlotte Haug prioriteringsrådets anbefaling om å inkludere HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet (1). Samtidig kommer hun med en rekke påstander om selve vaksinen. Disse går på tvers av publiserte vitenskapelige funn. Påstandene er heller ikke i tråd

med oppfatningen i det faglige miljøet, verken i Norge eller internasjonalt.

Haug hevder at HPV-vaksinen er omstridt og at det er stor faglig uenighet. I Norge har imidlertid en bredt sammensatt faglig ekspertgruppe, under ledelse av Folkehelseinstituttet, enstemmig anbefalt at HPV-vaksinen bør innføres i barnevaksinasjonsprogrammet. På oppdrag fra rådet har en prosjektgruppe i Helsedirektoratet kommet frem til samme konklusjon. Kunnskapssenteret har også vurdert vaksinen og funnet den kostnadseffektiv. Dette er bakgrunnen for at prioriteringsrådet med overveldende flertall anbefaler at alle 12 år gamle jenter får tilbud om HPV-vaksine. Helsemyndighetene i de fleste europeiske land har nådd tilsvarende konklusjon. Det samme har EUs smittevernkontor og den europeiske legeforeningen for gynekologiske infeksjoner.

Videre påstår Haug at det finnes for lite dokumentasjon av effekt og bivirkninger. Hun underslår at HPV-vaksinen nå er solgt i mer enn 15 millioner doser på verdensbasis uten at det er knyttet alvorlige bivirkninger til den. I de samlede randomiserte studier har nær 80 000 kvinner deltatt. Haug synes å misforstå forskjellen mellom bivirkninger som ikke er påvist og dokumentasjon av bivirkninger. Det er også galt når hun påstår at studiene baserer seg på surrogatendepunkter som immunrespons og lette celleforandringer. Begge produsentene har gjort en rekke randomiserte studier på vaksinen og har gått den vitenskapelige aksepterte veien om fase 1- og fase 2-studier før store fase 3-studier på effekt ble iverksatt. Studiene som danner grunnlag for godkjenning av vaksinen, blant annet i EU, er alene knyttet opp mot nettopp alvorlige celleforandringer (CIN2/3). Effekten på CIN2/3 er nær 100 %, og den er vitenskapelig signifikant.

Haug tar feil når hun hevder at over 100 andre HPV-typer vil kunne overta sykdomspanoramaet etter innføring av HPV-vaksinen. Kun 15 av HPV-typene er onkogene. Det finnes ingen dokumentasjon på «replacement» innen virus og vaksiner. Å bringe inn bakterier og resistensutvikling ved antibiotikabehandling er faglig irrelevant.

Tidsskriftets lesere bør være oppmerksom på at begge HPV-vaksinene som er tilgjengelige i Norge i dag har gjennomgått omfattende godkjennelsesprosesser, både her hjemme og i EU. Dette ville aldri skjedd dersom HPV-vaksinene ikke hadde effekt eller hadde en uforsvarlig bivirkningsprofil. Det må selvsagt være tillatt, også for en redaktør, å ha avvikende meninger i en prioriteringssak, men det bør utvises forsiktighet i bruk av fordreide faglige argumenter.

#### Olav Flaten

Steinar Thoresen  
GlaxoSmithKline

#### Litteratur

1. Haug C. Prioritering på papiret – og i praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 8: 917.

## HPV-vaksinen er tilstrekkelig dokumentert

Charlotte Haug fremfører i en leder i Tidsskriftet nr. 8/2008 mangelfulle og udokumenterte påstander om HPV-vaksinasjon (1). Hun hevder det ennå foreligger for lite dokumentasjon, mens vaksinen faktisk er den best dokumenterte noensinne (2–4). Man har nå over fem års klinisk erfaring, mer enn 26 millioner distribuerte doser over hele verden og dokumentasjon fra store placebokontrollerte studier som omfatter mer enn 25 000 kvinner i 33 land. Det pågår også store og langvarige oppfølgingsstudier i flere land, deriblant Norge.

I motsetning til det Haug hevder, er det ikke immunrespons og lette celleforandringer på livmorhalsen som er endepunkt i fase 3-studiene, men CIN II/III (milde til alvorlige celleforandringer på cervix) og adenokarsinom in situ (AIS). HPV-vaksinen Gardasil har dokumentert 99 % beskyttelse mot CIN II/III og adenokarsinom in situ. Redaktøren hevder at utviklet kreft er et godtakbart endepunkt i placebokontrollerte studier av livmorhalskreft. Ingen etisk komité vil imidlertid godkjenne dette endepunktet, og WHO/FDA anbefaler at man bruker CINII/III og adenokarsinom in situ.

Haug hevder det er usikkert hvordan de gjenværende HPV-variantene vil oppføre seg når HPV-16 og HPV-18 blir borte, og hun konstaterer uten videre at andre varianter vil overta. Men av identifiserte HPV-varianter anses bare 20 for å ha onkogen potensial, og HPV-forskerne mener at det er relativt usannsynlig at andre varianter skal ta over. Nettopp av denne grunn er de store oppfølgingsstudiene designet slik at dette spørsmålet vil bli besvart i framtiden.

HPV-vaksinen er ikke omstridt. I Norge er den nå anbefalt av Folkehelseinstituttet, Rådet for kvalitet og prioritering og Norsk gynekologisk forening. Kreftforeningen, Gynkrefitforeningen og Sanitetskvinnene vil ha HPV-vaksinen inn i vaksinasjonsprogrammet. I USA, Australia, Tyskland, Frankrike, Belgia, Luxembourg, Sveits, Spania, Portugal og Italia er den allerede inne i vaksinasjonsprogrammene, fra i år også i Danmark og England. Avslutningsvis vil vi vise til at det, i motsetning til det redaktøren hevder, foreligger publisert (5) og tilstrekkelig dokumentasjon på den gode kostnad-nytte-effekten av vaksinen (Dasbach EJ et al. The cost-effectiveness of a quadrivalent human papillomavirus vaccine in Norway – results from a dynamic