

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

Menneskeskapt oppvarming?

Charlotte Haug skreiv i Tidsskriftet nr. 23/2007 om IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change), Al Gore og faren for menneskeskapt global oppvarming pga. CO₂ (1). Alle som har ni år skulegong bak seg, burde kjenne denne likninga for fotosyntesen:

CO₂ + H₂O + sollys → karbohydrat + oksygen

CO₂-gassen er m.a.o. ein livsnaudsynleg gass som vi og plantene ikkje kan leve for utan. Kva tid går så CO₂ frå å vere livgivande til å bli eit trugsmål mot eksistensen vår? Kanskje er det den sokalla drivhuseffekten Haug har i tankane. Vassdamp og skyer utgjør ca. 98 % av drivhuseffekten. CO₂ står for mindre enn 2 %. Naturen sjølv står for meir enn 96 % av CO₂-omsetninga; kol, olje og gass for mindre enn 4 %. Dermed står brenning av kol, olje og gass for ca. 1 promille av drivhuseffekten. Er det logisk, sannsynleg eller truverdig at menneskeleg aktivitet soleis kan påverke klimaet? Kva for forskning viser dette? Eg godtek ikkje henvising til IPCC eller Al Gore som har fått filmen sin *An inconvenient truth* dømt i britisk rett fordi han inneheld så mange vitenskaplege feil at det først må opplysast om desse før filmen kan visast i britiske skular.

Gunnar Saunes
Ulsteinvik

Litteratur

1. Haug C. CO₂ + H₂O = sant. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3053.

Medier som skader og dreper

Medier som skader og dreper var tittelen på en artikkel av Marit Christensen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 24/2007 (1). Den bør brukes i undervisningen av studenter i mange faggrupper. Som lege med over 50 års fartstid i psykiatrien tillater jeg meg et par kommentarer.

I artikkelen beskrives et medieoffer som ble innlagt i sykehus med mistanke om hjerteinfarkt. For mange år siden arbeidet jeg sammen med Einar Kringlen ut fra Oslo legevakt (2), og dette arbeidet styrket min interesse for psykosomatiske lidelser.

Jeg hadde tre pasienter med sterke smerter over hjerteregionen. To menn hadde vært innlagt flere ganger, men EKG hadde alltid vært normalt. Overlege Anton Jervell hadde skrevet om hjertenevrose i Tidsskriftet (3). Jeg fant ømme interkostalmuskler over hjertet hos alle mine tre pasienter. En mann var på randen av konkurs og de to andre hadde nære pårørende med livstruende lidelser. Det eksistensielle moment var også her helt åpenbart.

Medienes personfokusering er en spesiell påkjennning. Karakteranalysen (4) ble i sin tid kritisert for sine sterke konfrontasjoner overfor pasientene. Enkelte pasienter trengte akuttinnleggelse i psykiatrisk avdeling. Selv gikk jeg i karakteranalytisk vegetoterapi hos Ola Raknes (1887–1975) i knapt tre år. Han hadde en god balanse mellom pågang og støtte.

Mitt hovedpoeng er at et medieoffer er utsatt for dobbelt pågang. De rammes både eksistensielt og personlig. Det er ikke underlig at de brytes ned. De må, som artikkelen i julenummeret understreker, ikke overlates til seg selv. Pårørende og venner må tre støttende til. Noen ganger vil psykologisk/psykiatrisk bistand være påkrevd.

Carl S. Albretsen
Asker

Litteratur

1. Christensen M, Waldahl R, Weisæth L. Medier som skader og dreper. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3224–7.
2. Albretsen CS, Kringlen E. En analyse av 466 sykebesøk i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1965; 85: 8–17.
3. Jervell A. Neurosis cordis. Tidsskr Nor Lægeforen 1961; 81: 58–9.
4. Reich W. Character analysis. New York: Orgone institute, 1949.

Studie med lav intervensjonskvalitet

I Tidsskriftet nr. 24/2007 omtaler Jens Ivar Brox en ny australsk studie som han mener svekker anbefalingene i de norske ryggretninglinjene når det gjelder bruk av ikke-steroidale antiinflammatoriske legemidler og manipulasjonsbehandling (1, 2). Vi skal ikke gå god for alle vurderingene i disse retninglinjene, det får andre svare for, men vi vil gjerne påpeke et par forhold som Brox underslår.

Den australske studien undersøker ikke det som i Norge kalles spinal manipulasjon.

95 % av manipulasjonsbehandlingene i studien er såkalt «low thrust manipulation», det som på norsk kalles mobilisering. Dernest benytter behandlerne i studien ikke noen klassifisering av pasientene, som dermed ikke ble behandlet ut fra antatt årsak eller om de kunne ha nytte av behandlingen. Det finnes svært mye forskning som viser at ingen behandlingsteknikker er andre overlegne når pasientene kun inkluderes på basis av smertevarighet, slik som her. Studien kan i beste fall brukes til å dokumentere at visse behandlingsteknikker hjelper noen, men ikke alle, og at noen vonde rygger blir bra helt av seg selv etter 14 dager.

Brox gjør et poeng ut av at studien har høy metodologisk kvalitet. Dessverre er kvaliteten på intervensjonene som undersøkes så lav at den ikke kan brukes til å trekke særlig vidtrekkende konklusjoner.

Peter Chr. Lehne
Norsk Manuellterapeutforening

Litteratur

1. Brox JI. Ingen effekt av anbefalt behandling ved akutte ryggsmarter. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3239.
2. Hancock MJ, Maher CGT, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370: 1638–43.

J.I. Brox svarer:

Studien til Hancock og medarbeidere (1) kan ikke brukes til å dokumentere at visse behandlingsteknikker hjelper noen, men ikke alle, og at noen vonde rygger blir helt bra av seg selv etter 14 dager. Tvert imot finner man i studien ingen forskjell i effekt mellom mobilisering (low thrust manipulation), diklofenak og placebo. Min tolking av studien er i tråd med en kommentar-artikkel i *The Lancet* (2).

Lehne gjør et poeng av at kvaliteten på intervensjonene er lav fordi det ble gitt mobilisering (low thrust manipulation) og ikke manipulasjon (high thrust manipulation). Hans oppfatning deles ikke av Assendelft og medarbeidere, som i en systematisk vurdering ikke fant dokumentasjon for forskjell i behandlingseffekt mellom de to metodene (3). I tillegg hadde fysioterapeutene i den nye australske studien mulighet til å bruke manipulasjon, men dette ble bare gitt til 5 % av pasientene. Det kan selvsagt innvendes at noen vil foretrekke andre ikke-

steroide antiinflammatoriske legemidler enn diklofenak, men forskjeller i effekt som skulle ha betydning for valg av medikament, er ikke dokumentert (4).

Lehne poengterer at behandlerne i studien ikke klassifiserte pasientene ut fra antatt årsak eller om de kunne ha nytte av behandlingen. I en nylig publisert oversiktsartikkel konkluderte forfatterne med at behandlingsresultatet ikke ble bedre ved å la klinikerne velge mellom spesifikk behandling for den enkelte pasient (5). Kvaliteten på randomiserte studier vurderes etter bestemte kriterier, bl.a. inngår hvor mange som faktisk har gjennomført behandlingen og hvor mange som har fått tilleggsbehandling (6).

Det viktige budskapet i den nye austeralske studien er at råd og paracetamol er tilstrekkelig for de fleste pasienter med akutte ryggsmertor. Veiledning for undersøkelse er gitt i nasjonale kliniske retningslinjer (7).

Jens Ivar Brox
Rikshospitalet

Litteratur

1. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1638–43.
2. Koes BW. Evidence-based management of acute low back pain. *Lancet* 2007; 370: 1595–6.
3. Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI et al. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003; 138: 871–81.
4. van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2000; 25: 2501–13.
5. Kent P, Marks D, Pearson W et al. Does clinician treatment choice improve the outcomes of manual therapy for nonspecific low back pain? A meta-analysis. *J Manipulative Physiol Ther* 2005; 28: 312–22.
6. van Tulder MW, Furlan A, Bombardier C et al. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2003; 28: 1290–9.
7. Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale retningslinjer for korsryggsmertor – med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser/Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Tvilsom kritikk av rapport om antidepressive legemidler

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 24/2007 kritiserer Jørgen Bramness og medarbeidere vår rapport *Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne* (1, 2). Deres kritikk dreier seg i hovedsak om hvordan vi har valgt å diskutere resultatene i rapportens diskusjonsdel; de mener det burde vært gjort mer utdypende. Vi er åpne for at diskusjonskapitlet kunne vært bedre,

men vil påpeke at alle punktene som de hevder er mangelfullt drøftet, blir omtalt i rapportens diskusjonsdel. Omtalen kunne imidlertid ha vært mer utdypende.

Hovedbudskapet i en rapport som vår er hvilke forskningsresultater som ble identifisert og hva oppsummeringen av dem viste. Vi mener vi har gjort dette på en oversiktlig og systematisk måte. Resultatene og hovedkonklusjonene er i overensstemmelse med det andre har kommet til (3, 4), nemlig at det ikke er vesentlige forskjeller blant nyere antidepressive legemidler når det gjelder effektstørrelser.

Bramness og medarbeidere hevder at vår rapport bærer preg av manglende klinisk kompetanse (1). De ble invitert med som eksterne medarbeidere i prosjektgruppen nettopp for å bidra med klinisk kompetanse. Imidlertid valgte de å trekke seg mot slutten av prosjektet. Det beklager vi, og vi hadde ønsket å ha dem med til rapporten var ferdigstilt. Tidspress var trolig en av årsakene til at gruppen trakk seg, men når det hevdes at de «ikke ville få lese eller påvirke slutt-rapporten for publisering» (1), må vi protestere. Dette stemmer ikke med vår oppfatning av virkeligheten og ville ha vært et alvorlig brudd med våre arbeidsmetoder.

Ved Kunnskapssenteret prøver vi hele tiden å utvikle våre prosesser i arbeidet med kunnskapssoppsummeringer på en best mulig måte. Arbeidet med denne rapporten har gitt oss verdifull læring når det gjelder å utvikle vårt samarbeid med eksterne fagpersoner. Vi har erfart at det er behov for å styrke opplæringen av eksterne i våre metoder. Dette kan bidra til å avklare forventninger til og tydeliggjøre arbeidsoppgaver for de eksterne. I tillegg er det nødvendig å øke forståelsen blant eksterne gruppemedlemmer for at tidsfrister må overholdes, men vi ser også at vi må etablere realistiske fremdriftsplaner. Vi ønsker å bidra til et konstruktivt og fortsatt nyttig samarbeid mellom fagmiljøene og Kunnskapssenteret.

Marianne Klemp Gjertsen
Ingvil von Mehren Sæterdal
Hanne Thürmer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Bramness JG, Sandvik P, Schøyen H et al. Svakt om antidepressiver fra Kunnskapssenteret. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2007; 127: 3236–7.
2. Sæterdal I, Pike E, Ringerike T et al. Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2007. www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=878 [10.10.2007].
3. Gartlehner GHR, Kahwati L. Drug class review on second generation antidepressants. www.ohsu.edu/drugeffectiveness/reports/documents/SG%20Antidepressants%20Final%20Report%20u3.pdf [10.10.2007].
4. Bengtson FH, Henriksson F, Håkanson I et al. Behandling av depressionssjukdomer. Stockholm: SBU, 2004.

J. Bramness og medarbeidere svarer:

Marianne Klemp Gjertsen og medarbeidere innrømmer at diskusjonskapitlet i rapporten *Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne* (1) kunne vært bedre. Inntrykket er likevel at de ikke legger dette avgjørende betydning for rapportens kvalitet. Forstår ikke Kunnskapssenteret at det er tolkingen og drøftingen av resultatene som er avgjørende for den som skal lese og bruke rapporten? En innsiktsfull og skjerpet diskusjon kunne gjort dette til vitenskap. Når dette mangler, mister Kunnskapssenterets rapporter troverdighet. Dette har også andre påpekt (2).

Det er ikke riktig, slik det står i innlegget, at rapporten er i overensstemmelse med det andre har funnet. Kunnskapssenteret har i motsetning til flere andre konkludert med at det er signifikante forskjeller blant nyere antidepressive legemidler. At det ikke kommer tydelig frem at dette bare er statistisk signifikante funn med tvilsom klinisk betydning, er nettopp en av de svakhetene vi har påpekt. Deler av legemiddelindustrien har villig kastet seg over disse formuleringene i rapporten og brukt dem direkte til reklame.

En lang diskusjon av tidsfrister er lite interessant. Det er likevel viktig å påpeke at det var Kunnskapssenteret som i denne saken ikke overholdt sin egen tidsplan for prosjektet. Dette påpekte vi gjentatte ganger. Arbeidet med slutføringen av rapporten viser dette tydelig. Om ettermiddagen 31. mai, fire uker etter siste møte i prosjektgruppen, fikk vi et uferdig rapportutkast til gjennomsyn. Frist for innspill var mandag 4. juni kl 12. Deretter skulle Kunnskapssenteret selv skrive ferdig rapporten og levere til oppdragsgiver 7. juni, nærmere to uker etter opprinnelig tidsfrist. Det ble ikke gitt noen mulighet for oss til å gå igjennom et ferdig utkast til rapporten.

Vår kommentarartikkel (3) til rapporten (1) var en nødvendig tilbakemelding på klare faglige svakheter i det som burde vært et viktig helsepolitisk dokument. Slike innspill har vi som eksterne medarbeidere kommet med hele tiden mens vi satt i gruppen og, på oppfordring fra Kunnskapssenteret, også senere, uten at vi har opplevd at vi er blitt hørt. Vi tror at ved å lytte til tilbakemeldinger kunne Kunnskapssenteret bedre kvaliteten på sine produkter og øke sin troverdighet i de kliniske miljøene.

Jørgen G. Bramness
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Pål Sandvik
Helle Schøyen
Fredrik A. Walby