

nødvendig av hensyn til morens liv. Lovgivningen i Nicaragua går lenger, fremprovosert av falske legeerklæringer om at morens liv var i fare. Resultatet ble en lov som er uakseptabel på dette punktet.

Spredning av hiv/aids har med seksualmoral å gjøre. Kirken er så radikal at den går til ondets rot. Nå kan man smile av kirkenes naivitet: folk kommer til å ha promiskuøs sex uansett. Men kirken har alltid vært klar over menneskets svakhet, uten derved å akseptere umoral. Kirken har tro på menneskets mulighet for å strebe mot det perfekte. Ingen moral aksepterer noe kun fordi det er et faktum.

Den katolske kirke mener ikke at det er bedre å leve promiskuøst uten kondom enn med. Tvert imot er den enkelte i det minste forpliktet til å redusere smitterisiko for sykdom. Men kirken nekter å sette stempel «ansvarlig sex» på et promiskuøst seksualliv bare det skjer med kondom. Derfor vil kirken heller ikke delta i kondomkampanjer for å løse hiv/aids-problemet. Det medvirker til å opprettholde en kultur med aksept av et promiskuøst seksualliv, og epidemien ruller videre. Kondom reduserer bare smitterisikoen, den elimineres ikke. I Uganda har myndighetene støttet opp om den katolske kirkes arbeid for et ansvarlig seksualliv, men også oppfordret til kondombruk hvis man ikke ser seg i stand til å følge kirkens moralbud. Aidsepidemien er mindre utbredt i Uganda enn andre land i det sørlige Afrika, hvor kirken står svakere. Norge burde derfor samarbeide med den katolske kirke om kulturpåvirkning. Kirken forbyr ikke å drive kondomkampanjer i tillegg. Det går an å ha to tanker i hodet samtidig.

Magnus Røger

Patologisk anatomisk avdeling
Oslo universitetssykehus

Håkon Bleken

Oslo katolske bispedømme
Kommisjon for rettferdighet og fred

Magnus Røger (f. 1956) er avdelingsoverlege ved Patologisk anatomisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Håkon Bleken er advokat og leder for Oslo katolske bispedømmes kommisjon for rettferdighet og fred.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Austveg B, Sundby J. Reproduktiv helse – tusenårs målet lengst fra oppnåelse. Tidsskr Nor Legeforen 131; 1907–9.



Epilepsi og førerkort

Vi takker Torkel Steen & Arne-Birger Knapskog for deres diskusjon i Tidsskriftet nr. 21/2011 (1) av vår kommentar om endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi (2). Det er lagt ned et betydelig arbeid for å harmonisere de norske helsekravene med Europa-kommisjonens direktiv av 2009. Steen & Knapskog påpeker at begrepsbruken i attester, epikriser og journalnotater ofte er upresis. Det er nok riktig, men det blir ikke bedre av at veiledning (3) og retningslinjer (4) bidrar til å tåkelegge begrepene.

De skriver: «Ett klassisk GTK-anfall er ikke epileptisk i direktivets språkbruk. Det er jo likevel ingen synkope.» Dette er vanskelig å forstå. Den internasjonale definisjonen av GTK-anfall er epileptiske anfall med bilateral symmetrisk tonisk kontraksjon etterfulgt av bilaterale kloniske rykninger i somatisk muskulatur (5). Krampeanfall kan imidlertid ha andre årsaker enn epileptiske utladninger i nevroner. Et eksempel er konvulsive synkoper der det opptrer subkortikale frigjøringsfenomener under kortikal iskemi.

De forklarer videre: «Vi har brukt betegnelsen «epileptiform» for å skille fra synkoper og for at også enkeltstående, epilepsilignende anfall skal omfattes. Bedre forslag?»

Ja, vi har det. I vår språkbruk anvendes «epileptiform» om de spesifikke EEG-potensialene som ses ved epilepsi og bør ikke brukes til å karakterisere anfall. I veiledningen (4) er «epileptiforme» anfall definert som en primær forstyrrelse i hjernens elektriske aktivitet. Det uklare begrepet «epileptiforme» anfall bør erstattes av epileptiske anfall. Epileptiske anfall kan imidlertid forekomme uten å være ledd i epilepsi. Eksempler er akutte symptomatiske anfall i forbindelse med sykdomstilstander som rammer hjernen eller som enkeltstående anfall fremprovosert av spesielle situasjoner.

Ifølge retningslinjene skal pasienten ikke kjøre under nedtrappingen og i seks måneder etter seponering av antiepileptika, og dette skal meldes til Fylkelegen. Det er ikke spesifisert om førerkortet skal leveres til politiet (6). Steen & Knapskog underbygger behovet for meldeplikten med en tysk spørreundersøkelse blant pasienter utredet for synkope (7), men undersøkelsen har neppe relevans for epilepsipasienter.

Vi mener meldeplikt i slike situasjoner er unødvendig strengt og byråkratisk. Etter vårt skjønn holder det om pasientene får skriftlig informasjon om kjørekaresens, og at dette nedfelles i den medisinske journalen.

Vi mener veiledning og retningslinjer (3, 4) bør revideres slik at alle begreper og regler blir klare og forståelige både for nevrologer, andre leger og for folk flest.

Rasmus Lossius

Karl Otto Nakken

Avdeling for kompleks epilepsi – SSE
Oslo universitetssykehus

Eylert Brodtkorb

Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi
St.Olavs hospital

og
Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Rasmus Lossius (f. 1947) er spesialist i nevrologi og overlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Karl Otto Nakken (f. 1945) er spesialist i nevrologi og seksjonsoverlege ved Avdeling for kompleks epilepsi – SSE.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eylert Brodtkorb (f. 1948) er spesialist i nevrologi, overlege ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi og professor ved Institutt for nevromedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Steen T. Førerkort og anfall med bevissthetstap. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2010.
2. Lossius R, Nakken KO, Brodtkorb E. Endrede helsekrav for førerkort ved epilepsi. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1283–4.
3. Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. (IS-1347)
4. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker (IS-1348)
5. Blume WT et al. Glossary of descriptive terminology for ictal semiology: Report of the ILAE task force on classification and terminology. Epilepsia 2001; 42: 1212–8
6. FOR 1984–07–13 nr 1467: Forskrift om leges melding om at innehaveren av flysertifikat eller førerkort ikke fyller helsemessige krav. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-19840713-1467.html>
7. Maas R, Venturo R, Kretschmar C, Aydin A, Schuchert A. Syncope, driving regulations and clinical reality: a survey of patients. BMJ 2003; 326: 21

Ingen behandling?

Håkon Lie hevder i Tidsskriftet nr. 20/2011 at forfatterne av retningslinjene for korsryggssmerter ikke mener at 85 % av pasientene har uspesifikke ryggmerter (1). Han kritiserer undertegnede for å ha bidratt til å inkludere slike pasienter i randomiserte studier for vurdering av operasjonseffekt (2, 3).

Ulike klassifikasjoner er foreslått for

>>>

å forenkle ryggdiagnostikk. I de nasjonale retningslinjene er det anbefalt samme tredeling som i de europeiske retningslinjene (4, 5). Derfor står klassifiseringen på trygg grunn. Det er likevel mange med Lie som ønsker å dele inn uspesifikke ryggsmarter i undergrupper. Avanserte metoder brukes for mer nøyaktig inndeling, men verken fasettleddsinjeksjon, diskografi eller MR kan pålitelig diagnostisere smertens lokalisasjon.

Det forskes mye på gener og mellomvirvelskiven, men det har ikke gitt behandlingsmessige konsekvenser (6). Andre gener kan ha betydning for smertesensitivisering uavhengig av lokalisasjon (7).

I de europeiske retningslinjene er pasienter plaget med uspesifikke ryggsmarter i > 2 år anbefalt vurdering for avstivningsoperasjon (4). Lie har et godt argument når han kritiserer seleksjon av pasienter for kirurgi på et slikt grunnlag. Pga. lange ventelister for operasjon fikk vi i oppgave å gi alternativ behandling til pasienter med over ett års ventetid på operasjon (8). I fortsettelsen gjennomførte vi randomiserte studier (2, 3).

Kirurgi er ingen løsning for de fleste pasienter med vanlige ryggsmarter. Det er vanskelig å velge ut pasienter med spesifikk nytte av operasjon. Kunnskap om ryggsmarter gir ikke grunnlag for å overfokusere på degenerasjon av mellomvirvelskiven. I dag konkluderes det med at både kognitiv atferdsrettet behandling og trening har effekt. Det er dette Håkon Lie kaller ingen behandling, og det er derfor han er bekymret for 85 % av ryggpasientene. Det er ikke grunn til å dele hans bekymring, men forskningen vil søke etter bedre diagnostikk og behandling.

Jens Ivar Brox

Klinikk for kirurgi og nevrofag
Oslo universitetssykehus

Jens Ivar Brox (f. 1955) er seksjonsoverlege ved Ortopedisk avdeling.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Lie H. Uspesifikke smerter gir uspesifikk behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1987–8.
- Brox JI, Sorensen R, Friis A et al. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Spine 2003; 28: 1913–21.
- Hellum C, Johnsen LG, Storheim K et al. Surgery with disc prosthesis versus rehabilitation in patients with low back pain and degenerative disc: two year follow-up of randomised study. BMJ 2011; 342: d2786.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006; 15 (suppl 2): 192–300.
- Dagenais S, Haldeman S. Evidence-based management of low back pain. St. Louis, MO: Elsevier, 2011.

- Le Maitre CL, Pockert A, Buttle DJ et al. Matrix synthesis and degradation in human intervertebral disc degeneration. Biochemical Society Transactions 2007; 35: 652–5.
- Dai F, Belfer I, Schwartz CE et al. Association of catechol-O-methyltransferase genetic variants with outcome in patients undergoing surgical treatment for lumbar degenerative disc disease. Spine J 2010; 10: 949–57.
- Brox JI, Friis A, Holm I et al. Pasienter med kronisk degenerativ ryggglidelse – kan operasjonskøen reduseres med konservativ behandling? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1784–7.

Mer åpen dialog om global helse

I Tidsskriftet nr. 20/2011 skriver utenriksminister Jonas Gahr Støre om «Global helse og utenrikspolitikk» (1). Støre viser at global helse er en prioritet for regjeringen, og utfordrer helsepersonell til dialog og innspill i utviklingen av en langsiktig strategi for å sikre folkehelsen gjennom internasjonale avtaler.

Vi ønsker Støres invitasjon til dialog rundt utenrikspolitikk og helse velkommen, selv om vi i praksis har erfart at det ikke er like åpenbart hvordan vi skal gå i dialog med Utenriksdepartementet. I oktober 2010 startet departementet arbeidet med en stortingsmelding om global helse. Etter lovende dialogmøte og høringsrunde til førsteutkastet ble det stille frem til juni 2011, hvor meldingsforeløp inneholdt ble presentert. Imidlertid forelå det ikke skriftlig utkast med mulighet til innspill.

Ved å føre en mer åpen dialog, kunne stortingsmeldingen vært en unik mulighet til økt engasjement, debatt og samarbeid om global helse, ved å dra nytte av kompetansen i norske fagmiljøer og organisasjoner. Vår erfaring er dessverre at arbeidsplassen er blitt mer og mer lukket. Særlig problematisk er det at Utenriksdepartementet ikke er tydelige på hva som legges til grunn i «det faglige og vitenskapelige grunnlaget for de saker vi fremmer». Vi savner bl.a. redegjørelse for norske politiske prioriteringer innenfor global helse. Hvordan begrunnes vaksinasjonsatsingen versus andre helseutfordringer?

Norsk medisinstudentforening påpekte under første dialogmøte nødvendigheten av koherens i utenrikspolitikken. Utenriksministeren var enig: «studentforeningen peker på noe essensielt: Alt slutter med helse men hvor begynner det? Helse må inn som aspekt i alt vi gjør – nordområdene, handel, væpnet vold, klima, nedrustning – stikkordet er koherens. Politikken skal henge sammen» (2).

Støre ønsker å inkludere helse i debatter hvor den ikke er på agendaen i dag. Sikring av helse gjennom internasjonale avtaler er viktig, men langsiktig verdi av disse avtalene forringes om f.eks. rettigheter i handelsavtaler prioriteres over helsemessige vurderinger. Eksempel på hvordan folkehelsen kan utfordres av uforenlige handels-

avtaler er Philip Morris' søksmål mot Norge (3). En annen utfordring for global helse er finanskriser. Banebrytende tiltak som en global skatt på finanstransaksjoner vil være nødvendig for å beskytte helse og utvikling i vanskelige økonomiske tider. Men da må den politiske viljen for dette være til stede. Som Støre sier, kan Norge i slike saker gå foran og vise at helse kan være et mål for utvikling – i innenriks- så vel som utenrikspolitikk.

Vi ønsker å ta imot Støres utfordring, og håper at Utenriksdepartementet ønsker å gå inn i åpnere dialog med oss og andre aktører.

Unni Gopinathan

Johanne Helene Iversen

Kristine Husøy Onarheim

Norsk medisinstudentforening (Nmf)

Unni Gopinathan (f. 1986) er medisinstudent ved Universitetet i Oslo og er medlem av Norsk medisinstudentforening.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johanne Helene Iversen (f. 1987) er medisinstudent ved Universitetet i Bergen og internasjonalt ansvarlig i Norsk medisinstudentforening.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristine Husøy Onarheim (f. 1987) er medisinstudent ved Universitetet i Bergen og har hatt verv i Norsk medisinstudentforening.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Støre JG. Global helse og utenrikspolitikk. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2092.
- Referat fra oppstartsmøte med sivilt samfunn om stortingsmelding om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Utenriksdepartementet, 18.10.2010. www.legeforeningen.no/asset/49921/1/49921_1.pdf [1.11.2011].
- EFTA-domstolen: Forbudet mot syntetisk tobakk, 12.9.2011. www.lovdato.no/nyhet/2011/20110912-2169.html [1.11.2011].

For mange tidsskrifter?

Erlend Hem peker i sin lederartikkel på det økende antallet tilgjengelige tidsskrifter som tilbyr «open access»-publisering mot forfatternes betaling (1). Han trekker parallellen til kvaliteten på forskningen, og konkluderer med at den er dårlig, i beste fall middelmådig, spesielt i åpent tilgjengelige tidsskrifter, som «ubegrenset tar alt» og hvor utgivere eller redaktører knapt bryr seg om lengde og innhold. Kanskje Hem har rett i noe, men bildet synes å være ganske forenklet. Om forskningskvaliteten ikke er blitt bedre, er det da antallet tilgjengelige tidsskrifter som er problemet?

Samme kvalitetsmål gjelder for alle tidsskrifter – å være registrert i tellesyste-