

én av 200 pregabalinbrukere er misbruker, slik Westin og medarbeidere påstår (0,6%). Vi kan ikke fastslå at alle som bruker minst fem ganger definert døgndose er misbrukere, men faren for misbruk anses som større ved et stort forbruk. Vi kan ikke med sikkerhet angi antall misbrukere basert på Reseptregisteret, men 25 pasienter (0,01 %) og 118 pasienter (0,6 %) brukte hhv. minst ti og fem ganger definert døgndose i 2009 (2). Reseptregisterets begrensninger inkluderer at kun pasienter som har fått pregabalin forskrevet, er inkludert (3). Illegal omsetning er derfor ikke med. Denne typen statistikk kan ikke erstatte individuell oppfølging av pasienter.

Pregabalin, som alle antiepileptika, har uttalt farmakokinetisk variasjon i dose-serumkonsentrasjons-forhold. En variasjon på minst fem ganger kan være innenfor terapeutisk bruk, basert på erfaring fra monitorering av serumkonsentrasjoner hos pasienter med epilepsi. Pregabalin blir i dag i liten grad brukt mot epilepsi (< 0,05 % av pasientene) (3), men individuell oppfølging er viktig ved andre indikasjoner, f.eks. nevropatisk smerte eller generalisert angst. Basert på pregabalins selektive hemming av spenningsstyrte kalsiumkanaler i sentralnervesystemet vil effekten gi forsterket sentralnervøs demping i kombinasjon med andre legemidler/rusmidler, og dette kan forklare misbrukspotensialet (4).

Våre resultater bør ses i sammenheng med en ny studie fra WHO's bivirknings-database om misbruk av pregabalin. 12 land har bidratt med 96 rapporteringer angående misbruk/avhengighet/toleranse (5). Bruk av Reseptregisteret bidrar også til legemiddel-overvåking ved at man kan studere endring i forskrivning over tid av legemidler som bør overvåkes, som pregabalin. Det er viktig å følge utviklingen og være aktsom ved forskrivning av pregabalin, som også Westin skriver (1).

Cecilie Johannessen Landmark

Høgskolen i Oslo

Pål G. Larsson

Elisif Rytter

Svein I. Johannessen

Oslo universitetssykehus

Litteratur

- Westin AA, Helland A, Strøm EJ. Til å misforstå om pregabalinmisbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 663.
- Landmark CJ, Fossmark H, Larsson PG et al. Reseptregisteret og misbruk av pregabalin. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 223.
- Landmark CJ, Fossmark H, Larsson PG et al. Antiepileptic drug use in epilepsy – a population-based study. Epilepsy Res 2011; akseptert for publisering.
- Landmark CJ. Targets for antiepileptic drugs in the synapse. Med Sci Monit 2007; 13: RA1–7.
- Caster O, Edwards IR, Norén GN et al. Earlier discovery of pregabalin's dependence potential might have been possible. Eur J Clin Pharmacol 2011; 67: 319–20.

Nakkesleng – professoral arroganse

Schrader & Stovner har i Tidsskriftet nr. 2/2011 (1) sluppet opp for saklige argumenter og gjør i stedet forsøk på å des-avuere de kilder jeg oppga i mitt forrige innlegg (2). Jeg påpekte at Litauen-undersøkelsene er kritisert av tre svenske profesorer, men kritikken gjør åpenbart ikke inntrykk – siden den fremkommer i en bok utgitt på forlaget Studentlitteratur. Mener Schrader & Stovner at litteratur beregnet på medisinstudenter er mindreverdige? I en anmeldelse i Tidsskriftet anbefalte Monica Drottning boken og uttalte (3): «Det gis en imponerende og grundig oversikt over litteratur på området.» Og videre: «Den utgjør den bakgrunnskunnskap enhver lege som uttaler seg om dette temaet, bør inneha.»

Det mangler ikke på kritikk av Litauen-studiene, eksempler er en doktoravhandling av den svenske epidemiologen Anita Berglund (4) samt en rapport fra Senter for medisinsk metodevurdering (5). Den nedsatte ekspertgruppen gjennomførte en systematisk innhenting og gjennomgang av tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon og konkluderte med at Litauen-studiene var basert på for små pasientmaterialer. Det er oppsiktsvekkende at Schrader & Stovner mener at fravær av kritiske artikler i internasjonale tidsskrifter er det samme som at undersøkelsene er holdbare.

Jeg omtalte post mortem-undersøkelser og viste til en bok av Levander & Gerdle. Levander er professor i nevroortopedi ved Linköpings Universitet og Gerdle er professor i rehabiliteringsmedisin samme sted. Begge er kjent for å ha god innsikt i problematikken rundt nakkeskader.

Påstandene om at kroniske plager etter nakkeslengulykker ikke har noen organisk forklaring samt tesen om at slike plager kan forklares med den såkalte noceboeffekten, er og forblir omdiskutert. At nakkeslengmekanisme kan gi varige fysiske skader, er lagt til grunn av bl.a. Quebec Task Force, Sosial- og helsedirektoratet, den svenske Whiplashkommisjonen og The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force. Sistnevnte er en ekspertgruppe nedsatt av WHO som publiserte flere artikler om nakke- og ryggproblematikk i *Spine* i 2008. Den svenske Whiplashkommisjonen (nedsatt av fire svenske forsikringsselskaper) uttaler for sin del: «Vi avviser dock tanken på at de whiplashrelaterede skadorna inte finns» (6).

Sven Knagenhjelm

Oslo

Litteratur

- Schrader H, Stovner LJ. Mer meningsløst om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 111.
- Knagenhjelm S. Mer om nakkesleng. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2449–50.
- Drottning M. Oversiktlig om nakkeslengskader. Anmeldelse av: Nygren Å, Magnusson S, Grant G, red. Nacksador efter bilolyckor. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2815.

- Berglund A. On associations between different factors and whiplash injury. Doktoravhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 2002. <http://diss.kib.ki.se/2002/91-7349-121-7/> [21.3.2011].
- Nakkeslengskade. Diagnostikk og evaluering. SMM-rapport nr. 5/2000. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2000.
- Whiplashkommisjonens sluttrapport. www.whiplashkommisjonen.se/pdf/Wk_sluttrapport2005.pdf [21.3.2011].

Flere omkostninger ved humanitært arbeid

Det er prisverdig at Karianne Flaatten i Tidsskriftet nr. 4/2011 tar opp problemet med uttelling for humanitært arbeid (1).

Undertegnede har tjenestegjort i til sammen ti år i Afrika og to år i Østen som allmennlege og generell kirurg for forskjellige humanitære organisasjoner, FN, norsk misjon og NORAD. Jeg har erfaring for at det ikke bare er vanskelig å få godkjent slik tjeneste som tellende for spesialiteten, jeg har også hatt betydelige vansker med å få permisjon og med å kunne fortsette i pensjonsordninger som jeg har hjemme.

Dersom man har fast stilling ved et offentlig sykehus, er det meget uklare regler omkring permisjon uten lønn, selv om man skal reise ut i oppdrag for større organisasjoner som Norges Røde Kors, Flyktningehjelpen eller FN. Dette virker unektelig forunderlig, særlig når det kan være den norske regjering ved UD eller NORAD som står som egentlig oppdragsgiver. Her har sykehuseierne og ledelsen ved det enkelte sykehus som regel aldri sett det som sin oppgave å fristille personell.

Gang på gang har jeg kommet i klemme og miskreditt fordi jeg har vært villig til å påta meg tjeneste ute, og jeg har møtt lite velvillighet hos sykehusledelsen. Dette til tross for at det uttrykkelig står i pkt 10.8.7.1 i Statens personalhåndbok at tjenestemenn i staten bør gis anledning til å arbeide i «internasjonale institusjoner og organisasjoner» (2). Etter å ha opplevd motstand en rekke ganger sa jeg i 1998 opp en fast overlegestilling ved et lokalsykehus for å reise til Rwanda for Norges Røde Kors.

Det hører også med til historien at det ikke var mulig å stå som medlem av KLP det året jeg var ute, selv om Røde Kors var villig til å betale medlemskontingenten. Dette gjelder nok tjeneste ute i de fleste humanitære organisasjoner – man taper rett og slett pensjonsrettigheter.

Også med likningsmyndighetene er det ofte problemer. Norge er det eneste land jeg

