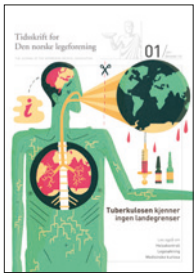


## Litteratur

1. Solbakk JH, Pedersen R, Alnæs AH. Rituell omskjæring er ikke helsehjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 134–5.
2. Giuliano AR, van der Loeff MF, Nyitray AG. Circumcised HIV-infected men and HPV transmission. Lancet Infect Dis 2011; 11: 581–2.
3. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. N Engl J Med 2009; 360: 1298–309.
4. Status of CDC Male Circumcision Recommendations. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2009. www.cdc.gov/hiv/topics/research/male-circumcision.htm (13.2.2012).



## Svangerskapets varighet

I en leder i Tidsskriftet nr. 1/2012 påpeker Torvid Kiserud at svangerskapets varighet er underlagt variasjon på linje med all annen biologisk variasjon. Svangerskapets lengde vil måtte bli et evig tema så lenge man tar utgangspunktet i siste menstruasjons første dag.

Ultralydundersøkelser, som er kalibrert ut fra dette, vil måtte avsløre avvik. Egg-løsningstidspunktet eller enda bedre, konsepsjonstidspunktet ville gi et bedre begrep om svangerskapets lengde. Et forhold er i hvert fall sikkert: Man er ikke gravid når man har menstruasjon; ovulasjonen finner sted to uker før menstruasjonen inntreffer.

Gestasjonsuker/svangerskapsuker har vært brukt i enkelte artikler, men før det finnes en gestasjonssekk/svangerskapssekk er det vanskelig å snakke om antall uker. I enkelte kulturer og religioner tar man utgangspunkt i konsepsjonstidspunktet og mener at barnet/fosteret blir besjelet i konsepsjonsuke 16, noe som tilsvarer uke 18 i den gjeldende benevnelse av svangerskapets lengde. Med den avanserte ultralydteknologien som stadig er i utvikling, må det være mulig å kalibrere seg frem til konsepsjonstidspunktet og slik få en bedre forståelse av hvor langt et svangerskap er og hvor lenge det har vart.

**Martin Solberg**  
Molde

Martin Solberg (f. 1938) er pensjonert avdelingsoverlege i fødselshjelp og kvinnesykdommer, med fem år som sjeflege ved Molde sykehus.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

## Litteratur

1. Kiserud T. Hvor lenge varer et svangerskap? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 8–9.

## Helsebibliotekets bøker

Vi takker for at Pernille Nylehn har tatt seg bryet med å anmelde allmennlegesiden på Helsebiblioteket.no i Tidsskriftet nr. 2/2012 (1). Konstruktive innspill stimulerer til forandring, og enkelte av forslagene er allerede tatt til følge. Listen med skåringsverktøy er revidert, og vi har en løpende diskusjon i redaksjonen om vi bør lenke opp til Pasienthåndboka.no. Pasienthåndboka.no er reklamefinansiert, og dessverre vil pasienten få en utskrift med reklame på dersom legen tar utskrift. Dette har vi til nå ansett som uheldig, og har derfor valgt å unngå lenke til Pasienthåndboka.no.

Målet med emneinngangen allmennmedisin er å skape et rom i biblioteket hvor allmennleger føler seg hjemme. Blant bibliotekets mange lenker har vi gjort et strengt utvalg for å forenkle og veilede førstegangsbrukeren. Som Pernille Nylehn nevner, har vi særlig ønsket å fremheve de frikjøpte oppslagsverkene Best Practice og UpToDate, McMasters pyramidesøk og nyhetssamlinger. Dersom man vil holde seg oppdatert på studier som forandrer praksis, kan vi sterkt anbefale UpToDates Practice Changing Updates. Ønsker man nyheter samlet fra en rekke gode kilder, vil vi fremheve samlingen «Effektiv medisinsk oppdatering».

Norsk elektronisk legehåndbok – NEL savnes i biblioteket. Etter at Helsebiblioteket betalte for tilgang til NEL i tre år, ble denne ordningen stoppet blant annet fordi prisen ble altfor høy.

Helsebiblioteket lenker ikke til NEL, ettersom vi ikke henviser til betalingstjenester. Mange allmennleger abonnerer på NEL hvor man finner svar på mange kliniske problemstillinger. Andre leger foretrekker store internasjonale oppslagsverk. Dersom man ikke finner svar i NEL, vil Helsebibliotekets oppslagsverk uansett være et godt supplement.

**Alexander Wahl**

Redaksjonen allmennmedisin  
Helsebiblioteket.no

Alexander Wahl (f. 1963) er spesialist i allmennmedisin og redaktør for primærhelsetjenesten ved Helsebiblioteket.no, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

**Ingen oppgitte interessekonflikter.**

## Litteratur

1. Nylehn P. Biblioteket mangler en bok. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 190.

## Medieoppmerksomhet

Stine Bjerkestrand setter i Tidsskriftet nr. 2/2012 søkelys på hvorfor noen studier får stor oppmerksomhet, andre ikke (1). Internett-baserte responser fra pasienter viser sterke reaksjoner på innlegget. Grunnen er vel enkel: Forskningsartiklene Bjerkestrand har valgt for å belyse poenget, synes uegnet fordi de er så forskjellige. Det ene eksemplet er Fluge & Mellas intervensjonsstudie om behandling av kronisk utmattelsesyndrom med rituximab og det andre er Larun & Malteruds metaanalyse om treningsbehandling. Intervensjonsstudien handler om et helt nytt funn der bruk av immunmodulator påvirker B-celler, noe som kan gi bedring eller muligens tilfriskning hos enkelte. Metaanalysen handler ikke om noe nytt, men er en oppsummering av gammel viten, særlig for pasienter som følger forskningen tett. Flere primærstudier preges av for vide inklusjonskriterier, til dels stort frafall og manglende diskusjon av frafallsårsaker. Dessuten drøftes ikke, eller i liten grad, ulike negative effekter av gradert (progressiv) opptrening. I metaanalysens diskusjonsdel er det ikke nevnt studier som dokumenterer fysiologiske forstyrrelser som kan forklare pasientenes subjektivt opplevde forverring av symptomer (2–5). Analysen gir dermed ikke en helhetlig fremstilling av nåværende kunnskapsbase om trening og fysiologiske forstyrrelser.

Fluge & Mellas arbeid skaper håp og optimisme hos pasientene og dermed mye sterkere medierespons. Metaanalysen virker motsatt fordi pasienter opplever å bli dårligere av opptreningregimer som Larun & Malterud er kjente talspersoner for. Pasienter over hele verden har gjentatte ganger sagt fra uten å bli tatt på alvor. Snaker de usant? Et stadig økende antall studier av treningseffekter avdekker fysiologiske funksjonsforstyrrelser som blant annet endringer i genespresjon (2), nedsatt evne til håndtering av pH-forstyrrelser i muskulatur (3, 4) samt vesentlig redusert trenings-toleranse og nedsatt cerebral oksygenering (5). Det er økende interesse blant forskere i andre land for å identifisere de unormale fysiologiske mekanismene som fremkaller anstrengelsesutløst økning av utmattelse og forverring av pasientenes øvrige symptomer. Dette lover godt for den hardt rammede og dårlig forståtte pasientgruppen.

**Eva Stormorken**

Våler i Østfold

Eva Stormorken (f. 1953) er sykepleier med hovedfag i sykepleievitenskap og med videreutdanning i praktisk pedagogikk, anestesi, helse- og sosial administrasjon. Hun er stipendiat ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og medlem av Helsedirektoratets fagråd for CFS/ME.

## Litteratur

1. Bjerkestrand S. Maktskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 125.
2. White AT, Light AR, Hughen RW et al. Differences in metabolite-detecting, adrenergic, and immune gene expression after moderate exercise in patients with chronic fatigue syndrome, patients with multiple sclerosis, and healthy controls. Psychosom Med 2012; 74: 46–54.
3. Jones DE, Hollingsworth KG, Taylor R et al. Abnormalities in pH handling by peripheral muscle and potential regulation by the autonomic nervous system in chronic fatigue syndrome. J Intern Med 2010; 267: 394–401.
4. Jones DE, Hollingsworth KG, Jakovljevic DG et al. Loss of capacity to recover from acidosis on repeat exercise in chronic fatigue syndrome: a case-control study. Eur J Clin Invest 2012; 42: 186–94.
5. Neary JP, Roberts AD, Leavins N et al. Prefrontal cortex oxygenation during incremental exercise in chronic fatigue syndrome. Clin Physiol Funct Imaging 2008; 28: 364–72.

## Maktskifte er nødvendig

Stine Bjerkestrand trekker i Tidsskriftet nr. 2/2012 frem treningsbehandling, dvs. gradert (progressiv) opptrening, og insinuerer at det ikke er holdepunkter for at denne tilnærmingen er skadelig for personer med kronisk utmattelsessyndrom (1). Pasienterfaringer og forskning tyder på det motsatte (2, 3). Hun peker også på organiserte pressgruppers makt til å påvirke dagsorden i pressen. Om det her siktes til pasientforeningene, er ikke presisert. Pasientforeninger har et samfunnsmandat til å kjempe for bedre helsetjenester og ytelser for sine medlemmer. Når tilbakemeldinger vitner om store kunnskapsmangler i helsevesenet, alvorlig feilbehandling samt manglende utredning, er det legitimt å forsøke å bedre situasjonen. Rapporten fra Sintef (4) bekrefter pasientenes utfordringer i å bli tatt på alvor i møte med helsevesen og NAV. Trykket mot pasientforeningen for å få hjelp er økende. Antall blogginnlegg om mangler og uegnede behandlingsanbefalinger har eskalert. Foreningen er kjent med innrapporterte saker til Pasientombudet, Fylkeslegen og Helsetilsynet. Utallige pasienter og pårørende varsler Helsedirektoratet, departementer og politikere direkte om sin dype fortvilelse over mangel på hjelp og forståelse.

Saken sporet av ved den første kunnskapsoppsommeringen om kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) publisert i 2006 (5). Den profesjonelle, anonyme brukerrepresentanten trakk seg allerede i startfasen da de prosjektansvarlige vedtok altfor vide inklusjonskriterier. Den anonyme ungdomsbrukerrepresentanten trakk seg noe senere. Norges ME-forening trakk seg i sluttfasen, mens M.E. Nettverket i Norge valgte å formidle sin uenighet i et vedlegg til rapporten. Når brukersiden ikke støttet rapportens innhold, var dette et klart signal om at den teoretiske fremstillingen ikke var i samsvar med pasientenes opplevde virkelighet. Dersom det ikke er samsvar mellom teori og virkelighet, er det ikke virkeligheten som er feil, men teorien. Dette er

grunn nok til å granske hva som er gått galt og hvorfor det har gått feil vei, og ikke har vært noen fremgang (4).

Tiden er overmoden for å flytte definisjonsmakten til fagmiljøer med en sykdomsforståelse som samsvarer med pasientenes opplevelse og som tilbyr hjelp og behandlingsformer som oppleves nyttige og ikke forverrer tilstanden. Fagmiljøer må ta pasientene på alvor og forstå sykdommens komplekse og omskiftelige natur. Bare slik kan de medisinsk-etiske prinsippene om å gjøre godt og ikke skade oppfylles.

## Anette Gilje


Norges Myalgisk Encefalopati Forening

Anette Gilje (f.1969) er generalsekretær i Norges ME-forening. Hun er diplomøkonom med fordypning i organisasjonspsykologi og ledelse, tidligere STILO-stipendiat i endringsledelse i Administrasjonsdepartementet/Statskonsult.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Bjerkestrand S. Maktskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 125.
2. Twisk FN, Maes M. A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME)/chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. Neuro Endocrinol Lett 2009; 30: 284–99.
3. VanNess JM, Stevens SR, Bateman L et al. Post-exertional malaise in women with chronic fatigue syndrome. J Womens Health (Larchmt) 2010; 19: 239–44.
4. Lippestad J-W, Kurtze N, Bjerkan AM. SINTEF A17571 Status for helse- og omsorgstilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Oslo: Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning, 2011.
5. Wylter VB, Bjørnekleit A, Brubakk et al. Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

 Publisert først på nett 6.2. 2012.

## Skummet melk mot utmattelsessyndrom

Jeg tillater meg å berømme Stine Bjerkestrands leder i Tidsskriftet nr. 2/2011 med omtale av den massive PR for at kronisk utmattelsessyndrom er en autoimmun lidelse (1).

Jeg har en annen forklaring og en annen behandling å foreslå. Dette er en lidelse som mest rammer aktive mennesker med mye trening. I Bergen ble det en epidemi etter at pasientene fikk en kraftig diaré på grunn av en parasitt i drikkevannet.

Slike diareer gir tap av fosfat, og hos idrettsfolk med lavt fosfatinnhold vil fosfatet bli så uttalt at det blir en tilstand som

minner om den tilstand som man så hos konsentrasjonsleirfangene i Tyskland etter den annen verdenskrig. Mange av disse pasientene døde etter inntak av sjokolade (2), noen som ble innlagt på amerikanske hospital i Tyskland døde av å få glukose intravenøst (3, 4).

Løsningen kom da en gammel indisk lege anbefalte at man skulle gi skummet melk til pasientene. For å stadfeste diagnosen fosfatmangel må man bestemme fosfor i blodprøver, men jeg vil anbefale at man følger den indiske legen og gir pasientene skummetmelk som eneste drikke i noen dager. Behandlingen er helt ufarlig, enkel og billig.

Jeg tviler ikke på at autoimmun behandling kan være effektiv mot kronisk utmattelsessyndrom (5). Sterke medikamenter kan gi henfall av celler med frigjøring av fosfat.

## Andreas Skulberg sr

Oslo

Andreas Skulberg (f. 1924) er pensjonert anestesilege fra Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Bjerkestrand S. Maktskiftet. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 125.
2. Skulberg A. Fosfatbehov ved sultkatastrofer. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1073.
3. Skulberg A. Glucose – a potential killer. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 684.
4. Skulberg A. Fosfatets glemte betydning. Tidsskr Nor Legeforen 2011, 131: 2344.
5. Fluge Ø, Bruland O, Risa K et al. Benefit from B-lymphocyte depletion using the anti-CD20 antibody rituximab in chronic fatigue syndrome. A double-blind and placebo-controlled study. PLoS One 2011; 6: e26358.

 Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)