

NK-celleaktiviteten (natural killer cells – naturlige drepeceller), og bidrar til en signifikant økning av kortisol og adrenokortikotrop hormon (ACTH) (2) og at ME-pasienter har forhøyet IFN- γ , redusert NK-celleaktivitet og lave kortisol/ACTH-verdier (3–7).

I artikkelen påpeker man svakhetene ved veilederen for ME/CFS (8). Den største svakheten mener jeg er at Helsedirektoratet blander sammen myalgisk encefalopati (ME) med en udefinert psykisk lidelse – kronisk utmattelsessyndrom (CFS – chronic fatigue syndrome) – og forklarer denne sammenblandingen med at årsaken til ME ikke er identifisert.

ME er ikke en diffus sykdom. Canadian Consensus Criteria (CCC), som er anbefalt av ME-spesialister over hele verden (9), utelukker psykiske lidelser og betinger at et sett klinisk observerbare symptomer må være til stede for at diagnosen skal kunne stilles. De pasientene som er hardest rammet kan også ha tåkesyn, bisarre kroppssopplevelser og lydhallusinasjoner (10, 11).

Helsedirektoratet har et «følge med»-ansvar. Det betyr blant annet å vurdere utviklingen av helsetjenestetilbud, og om dette står i forhold til pasientgruppens behov. I veilederen innleder man med at «Erfaringer fra og kontakt med pasienter, pårørende og fagpersoner viser at barn, unge og voksne med CFS/ME og deres pårørende møter store utfordringer, og i for liten grad ivaretas godt av et samlet tjenesteapparat.» Dette står i sterk kontrast til at Helsedirektoratet konsekvent har ignorert henvendelser og høringsinnspill fra flere tusen pasienter og pårørende med krav om at de to diagnosene skilles.

At kvaliteten og nytteverdien av utredningen og behandlingen ME-pasienter får bør etterprøves, gjelder også offentlige behandlingstilbud. Dette betinger at Helsedirektoratet rydder opp i diagnoserotet. Det er svært uheldig at ME-pasienter blir behandlet som psykisk syke.

Nina E. Jensen
nina_jensen65@hotmail.com

Nina E. Jensen (f. 1965) er pasient.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bjartveit K, Helskog EH, Kryvi PD et al. Kvinne i 30-årene med kronisk utmattelse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 423–5.
2. Fluitman SB, Heijnen CJ, Denys DA et al. Electroconvulsive therapy has acute immunological and neuroendocrine effects in patients with major depressive disorder. J Affect Disord 2011; 131: 388–92.
3. Brenu EW, van Driel M, Staines DR et al. The effects of influenza vaccination on immune function in patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. Int J Clin Med 2012; 3: 544–51.
4. Brenu EW, van Driel ML, Staines DR et al. Immunological abnormalities as potential biomarkers in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Transl Med 2011; 9: 81.
5. Brenu EW, van Driel ML, Staines DR et al. Longitudinal investigation of natural killer cells and cytokines in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Transl Med 2012; 10: 88.
6. Mihaylova I, DeRuyter M, Rummens JL et al. Decreased expression of CD69 in chronic fatigue syndrome in relation to inflammatory markers: evidence for a severe disorder in the early activation of T lymphocytes and natural killer cells. Neuro Endocrinol Lett 2007; 28: 477–83.
7. De Becker P, De Meirleir K, Joos E et al. Dehydroepiandrosterone (DHEA) response to i.v. ACTH in patients with chronic fatigue syndrome. Horm Metab Res 1999; 31: 18–21.
8. Helsedirektoratet. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2013.
9. An open letter to the honorable Kathleen Sebelius, U.S. Secretary of Health and Human Services. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/89158245/Case%20Definition%20Letter%20final%2010-25-13.pdf> [12.3.2014].
10. Richardson J. Enteroviral and toxin mediated myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and other organ pathologies. London: Haworth Medical Press, 2001.
11. Franklin A. The doctor's guide to ME in children and young people. <http://tymestrust.org/pdfs/drguide.pdf> [12.3.2014].

Re: Kiropraktorutdanning i Norge nå!

Jeg vil først og fremst si takk til Stein Arne Evensen for en betimelig, velskrevet og ydmyk kommentarartikkel (1). Det er sjelden å se liknende åpenhet og løsningsorientering i helsevesenet.

Videre må jeg stille meg 100 % bak kommentarinnelegget til kiropraktor Ole Christian Kvammen. Det er påfallende at en hel profesjon i flere kretser blir beskrevet som uvitenskapelig, grunnløs og til og med schizofren, når man ser hvor stort forskningsengasjementet er blant kiropraktorer. De trenger bare muligheten.

I Danmark har forskning innenfor kiropraktorenes virkeområder stått sterkt i mange år. Forskningen foregår i stor grad på bakgrunn av fondsmidler og statlig støtte. På tross av et relativt lite forskningsmiljø produserer kiropraktorene i Danmark viten som publiseres i anerkjente tidsskrifter. Et godt eksempel på dette er oktoberutgaven i 2013 av tidsskriftet *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* (2). Dette var en spesialutgave som omhandlet «Low back pain». Av totalt 12 artikler i denne utgaven, var fire skrevet av forfattere med bakgrunn fra de forskjellige forskningsavsnittene i Danmark. Videre har flere norske kiropraktorer doktorgrad, eller er under doktorgradsutdanning, og har publikasjoner i *JAMA*, *Spine* og *BMC Musculoskeletal Disorders* (3–5).

Å hevde at kiropraktikken som helhet er kvakksalveri, alternativt og useriøst, synes jeg er en håpløs generalisering uten rot i virkeligheten. Det er ganske enkelt feil.

Følgelig mener jeg Kvammens beskrivelse er korrekt. Det står sannsynligvis mer på økonomisk og politisk, og kanskje også medisinsk, vilje, enn det står på kunnskapen, engasjementet og ønsket om å forske blant kiropraktorer.

Jørgen Jevne
jorgen.jevne@gmail.com

Jørgen Jevne (f. 1984) er fysioterapeut/kiiropraktor.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Evensen SA. Kiropraktorutdanning i Norge nå! Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 597–8.
2. van der Windt DA, Dunn KM. The high prevalence of low-back pain has been highlighted for many years, but until recently, awareness of its impact in the population was limited. Preface. Best Pract Res Clin Rheumatol 2013; 27: 571–3.
3. Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O et al. Effect of glucosamine on pain-related disability in patients with chronic low back pain and degenerative lumbar osteoarthritis: a randomized controlled trial. JAMA 2010; 304: 45–52.
4. Wilkens P, Scheel IB, Grundnes O et al. Prognostic factors of prolonged disability in patients with chronic low back pain and lumbar degeneration in primary care: a cohort study. Spine 2013; 38: 65–74.
5. Aartun E, Degerfalk A, Kentsdotter L et al. Screening of the spine in adolescents: inter- and intra-rater reliability and measurement error of commonly used clinical tests. BMC Musculoskelet Disord 2014; 15: 37.

Re: Følges retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt?

Vi vil først og fremst benytte anledningen til å takke kollegene fra Sørlandet Sykehus Arendal for en interessant artikkel om behandling av NSTEMI (1). Det er bra og motiverende at data fra kvalitetsregistre analyseres med tanke på etterlevelse av retningslinjer.

Vi synes dog ikke at artikkelen svarer fullt på spørsmålet i overskriften, fordi den viktigste parameteren i artikkelen, behandling innen 24 timer, faktisk ikke spiller de aktuelle retningslinjene som det refereres til i referanse 12, 14 og 15. Vesentlige deler av disse retningslinjene er ikke tatt med og kommenteres ikke.

Ifølge retningslinjene fra European Society of Cardiology gjelder 24 timers frist for angiografi kun for en subgruppe, nemlig de med GRACE-skår >140: «In lower risk subsets with a GRACE risk score of < 140 but with at least one high risk criterion (Table 9),

the invasive evaluation can be delayed without increased risk but should be performed during the same hospital stay, preferably within 72 h of admission.» (2).

I den refererte artikkelen fra Hjerterforum 2/2012 kan vi lese denne anbefalingen: «Pasienter med lavere risikoskår, men med minst 1 høyrisiko-kriterium (f.eks. troponinstigning eller dynamiske EKG-forandringer) tilrådes utredning innen 72 timer.» (3). I «Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst» fra 2012 heter det: «Ved mer stabile tilstander anbefales angiografi innen 72 timer» (4). En betydelig andel av pasientene (majoriteten?) kan altså vente opptil 72 timer på angiografi, og behandlingen vil allikevel leve opp til retningslinjen.

GRACE-skår kommenteres ikke i artikkelen, men kunne være beregnet på bakgrunn av registerdata. Hadde man involvert andre sykehus i arbeidet med artikkelen, ville man hatt tilgang til alle data fra infarktregisteret. Dette ville ha muliggjort en mer nyansert tilnærming til en meget relevant problemstilling innen kardiologien.

Ut fra dette er vi av den oppfatning at forfatterne trekker noe forhastede slutninger når de hevder at alle pasientene burde vært angiografert innen 24 timer. Det er heller ikke helt i samsvar med den praksis vi selv opplever i vår kontakt med Sørlandet Sykehus Arendal om disse pasientene. Vi ringer rutinemessig sykehuset så snart vi har fått bekreftet for eksempel en troponinstigning, og vi opplever regelmessig at det tilrådes overflytting neste dag.

Vi i Sykehuset Telemark ser gruppen med kritisk sykdom som bør angiografes innen to timer som den største utfordringen. Her må vi se på mulighetene for bedre prehospital seleksjon slik at disse kommer rett til PCI-senter. Ekkokardiografi prehospitalt er neppe realistisk, men 15-avlednings-EKG i ambulansen vil kunne bidra til bedre seleksjon. Hos oss har vi nylig innført døgkontinuerlig hjertevakt som vil bedre seleksjonen av disse pasientene.

Jacob Thalamus

jacob.thalamus@sthf.no

Magnus Topper

Christian Østvold

Jan Hysing

Kristian Tobiasson

Thusego Motswakadikwa

Brit Velund

Jacob Thalamus (f. 1955) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Magnus Topper (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Christian Østvold (f. 1969) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jan Hysing (f. 1952) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristian Tobiasson (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thusego Motswakadikwa (f. 1974) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Brit Velund (f.1948) er overlege ved Sykehuset i Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Jortveit J, Grenne B, Uchto M et al. Følges retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 412–6.
- Hamm CW, Bassand JP, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32: 2999–3054.

- Kvalitetsutvalget NCS. ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Hjerterforum nr. 2/2012. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-cardiologisk-selskap/Hjerterforum1/2012/Hjerterforum-nr-2---2012/4.3.2014>.
- Benz B, Endresen K, Eritslund J. Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst, 2012.

J. Jortveit og medarbeidere svarer:

Vi takker for kommentar fra gode kolleger ved Sykehuset Telemark. Vi er helt enige i at god prehospital diagnostikk og direkte transport til sykehus med riktig kompetanse er viktigst hos dem med kritisk sykdom hvor invasiv utredning og behandling er anbefalt innen to timer.

Retningslinjene til European Society of Cardiology (ESC) (1) og Veilederen fra Helse Sør-Øst (2) omhandler både pasienter med akutt hjerteinfarkt uten ST-elevasjon og akutt koronarsyndrom uten hjerteinfarkt. I vår studie ble kun pasienter med hjerteinfarkt inkludert og diskutert.

Fra retningslinjene til ESC refererer vi: «High risk patients as identified by GRACE risk score >140 and/or the presence of at least one primary high risk criterion (Table 9) should undergo invasive evaluation within 24 h.» Primære høyrisikokriterier er i tabell 9 i samme retningslinjer definert som 1) «Relevant rise or fall in troponin» og 2) «Dynamic ST- or T-wave changes (symptomatic or silent)». Dette innebærer en klar anbefaling om invasiv utredning innen 24 timer av alle pasienter med hjerteinfarkt, altså pasienter med endring i troponinnivå, uavhengig av GRACE-skår.

Jarle Jortveit

jarle.jortveit@sshf.no

Bjørnar Grenne

Michael Uchto

Thomas Dahlslett

Liv Fosse

Pål Gunnes

Jarle Jortveit (f. 1974) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege ved Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal, og medlem av nasjonal rådgivningsgruppe i Norsk hjerteinfarktregister. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørnar Grenne (f. 1978) er konstituert overlege ved Klinikkk for hjertemedisin, St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Michael Uchto (f. 1954) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og seksjonsoverlege ved PCI-senteret, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Thomas Dahlslett (f. 1981) er lege i spesialisering og stipendiat ved Hjerteseksjonen, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Liv Fosse (f. 1950) er spesialsykepleier og ansvarlig for hjerteinfarktregisteret ved Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pål Gunnes (f. 1946) er spesialist i indremedisin og i hjertesykdommer og overlege ved PCI-senteret, Medisinsk avdeling, Sørlandet sykehus, Arendal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Hamm CW, Bassand JP, Agewall S et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J 2011; 32: 2999–3054.
- Benz B, Endresen K, Eritslund J. Revidert veileder for behandling av UAP/NSTEMI i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst, 2012.