

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 behandlingstjenester. 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),