

- › Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Smale legemidler

I en artikkel i språkspalten konkluderer Erlend Hem og Steinar Madsen med at betegnelsen *smale legemidler* er en velegnet oversettelse av begrepet *orphan drugs* (1). Jeg deler ikke denne oppfatningen. Det europeiske legemiddelbyrå bruker betegnelsen *legemidler til sjeldne sykdommer* («medicines for rare diseases») om *orphan drugs* (2). I Legemiddelmeldingen brukes betegnelsen *legemidler til sjeldne sykdommer* (3), og i legemiddelforskriftens § 15-7 er *orphan drugs* oversatt til *legemidler mot sjeldne sykdommer* (4). Det at et legemiddel gis status som *orphan drug* er direkte knyttet til at tilstanden det er aktuelt å behandle er definert som en sjelden sykdom (5), og det virker søkt å introdusere begrepet smalt i denne sammenheng. Betegnelsen *legemidler til sjeldne sykdommer* er innarbeidet og er mer dekkende enn betegnelsen smale legemidler.

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Jan Frich (f. 1970) er professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E, Madsen S. Smale legemidler. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 241.
2. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1839> [19.2. 2016].
3. Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse. Meld. St. 28 [2014–2015]. www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/ [4.3.2016].
4. Medicines for rare diseases. www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000034.jsp&mid=WC0b01ac058002d4eb [19.2. 2016].
5. Heiberg A, Frich J, Røttingen J-A. Sjeldenhet–eget kriterium ved prioritering? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 534–6.

Re: Smale legemidler

Viser til artikkel i språkspalten der Erlend Hem og Steinar Madsen foreslår å bruke begrepet smale legemidler som norsk betegnelse på *orphan drugs* (1), og Jan Frichs kommentar til artikkelen, om at det norske begrepet på *orphan drugs* bør være legemidler for sjeldne sykdommer/diagnoser.

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, NKSD, støtter det siste. For oss som jobber i sjeldenfeltet er det av stor betydning at *orphan drugs* kobles til behandling av sjeldne sykdommer. Både verdens største database på sjeldne diagnoser, Orphanet (2), og Orphan Europe (3) bruker *orphan drugs* om legemidler som er utviklet til behandling av personer med sjeldne sykdommer. Å ta i bruk begrepet smale legemidler vil slik vi ser det virke fremmedgjørende, og bidra til at fokuset tas bort fra de mange med en sjelden diagnose.

Betegnelsen legemidler til sjeldne sykdommer er godt innarbeidet både nasjonalt og internasjonalt, og bør derfor opprettholdes.

Lena Lande Wekre

lenalw@ous-hf.no

Stein Are Aksnes

Lena Lande Wekre (f. 1963) er lege, ph.d. og spesialrådgiver ved Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Stein Are Aksnes (f. 1972) er leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hem E, Madsen S. Smale legemidler. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 241.
2. Orphanet. www.orpha.net [3.3.2016].
3. Orphan Europe. www.orphan-europe.com [3.3.2016].

Re: Klimaavtalen bra for folkehelsen

Som leger har vi fått en ny forpliktelse skal vi tro Knut Erling Moksnes, som blir referert av Tidsskriftets Ellen Juul Andersen i nr. 3/2016 (1). Vi er altså forpliktet til å kjenne til sammenhengen mellom forbrenning av fossilt drivstoff, klimaendringene og sekundære negative helseeffekter. Siden utgangspunktet for artikkelen er klimamøtet i Paris, går jeg ut fra at det dreier seg om en menneskeskapt global temperaturokning på omtrent 2 C° eller mer som vi i første omgang må passe oss for. Siden vi nå er pålagt denne forpliktelsen av Moksnes, kunne det være greit om han konkret redegjorde for hvilke sykdommer vi som bor her i Nord-Europa vil pådra oss med et slikt varmere klima, og hvordan vi som leger skal planlegge tiltak mot disse.

Historisk har menneskene i Europa hatt erfaring med vel så høy temperatur som den de teoretiske temperaturmodellene til FN's klimapanel forespeiler oss. Tilfeldigvis falt denne varme perioden sammen med en usedvanlig sosial og geografisk fremgang i Norden for vel 1000 år siden. Tilbakegangen kom i «Den lille istid» som varte ved til ut på 1800-tallet (2). Hvis Moksnes eller andre i hans gruppe har historiske sykdomsdata som viser at helseproblemene var størst i den varme perioden og mindre under «Den lille istid», burde Tidsskriftets lesere bli informert. I våre dager kan vi registrere at dødeligheten er 20–24 % høyere om vinteren enn om sommeren (3).

Innlegget har en meningsløs sammenblanding av miljøproblemer og klimagassutslipp som om det dreier seg om sammenfallende problemstillinger. Generaldirektøren for Verdens helseorganisasjon påstår at 7 millioner mennesker dør av luftforurensning hvert år. Ifølge direktøren vil investeringer i klimagassreducerende tiltak gi bedre luftkvalitet (1). Det er enighet om at vanddamp og CO₂ som utgjør 98 % av klimagassene, ikke påvirker den lokale luftkvaliteten. Derimot påvirkes den av NO_x fra dieslbiler som har relativt lavt CO₂-utslipp og partikler fra vedfyring og svevestøv fra veitrafikk. Problemstillingen er aktualisert i Oslo ved at den nye byregjeringen vil forby kjøring med dieslbiler på enkelte kalde dager, men tillate vedfyring i indre bydeler.

Sikker kunnskap om årsakene til klimaendringene foreligger fortsatt ikke, og leger har neppe mer kompetanse til å uttale seg om dette enn folk flest. I artikkelen oppfordres likevel Legeforeningen og leger i samfunnsmedisinske stillinger – på ryggmargnivå – å snakke om helsekonsekvensene av klimagassutslipp, slik man gjør mot røyking. Jeg har vanskelig for å se at det foreligger noen medisinsk dokumentasjon som bør føre til at Legeforeningen engasjerer seg i disse spørsmålene.

Astor Reigstad

astorr@online.no

Astor Reigstad (f. 1937) er pensjonert overlege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Andersen EJ. Klimaavtalen bra for folkehelsen. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 280–1.
2. Guhnfeldt C. Da klodens vær ble snudd på hodet. Kronikk i Aftenposten. www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Kronikk-Da-klodens-var-ble-snudd-pa-hodet--Cato-Guhnfeldt-8362305.html [24.2.2016].
3. Kvam M. Dødelighet og årstid. Norsk helseinformatikk. <http://nhi.no/forside/dodelighet-og-arstid-41662.html> [24.2.2016].

Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Hvem skal diagnostisere pasienter med kronisk utmattelse (1)? Helsedirektoratets veileder sier: «Utredningen og diagnostisering av voksne utføres av fastlegen, fortrinnsvis av spesialist i allmennmedisin. Ved uklare differensialdiagnostiske problemstillinger bør fastlege henvise til relevante spesialister for å komplettere utredningen, men dette er ikke nødvendig for at diagnosen CFS/ME stilles.»

Veilederen sier m.a.o. at det ikke er nødvendig med uttalelse fra psykiater (2).

Artikkelforfatterne fra Nevrologisk og psykosomatisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus ønsker derimot at de henviste pasientene fra allmennlegene skal være psykiatrisk utredet i primærhelsetjenesten før de blir henvist til nevrolog. Pasienten opplever ofte at plagene ikke er psykiske og ønsker derved ikke vurdering av psykiater. Dette innebærer at systemet forventer at allmennlegen selv skal gjøre en psykiatrisk utredning.

Det foregår en rask utvikling mot en integrert forståelse innen medisin, nevrologi, psykologi og psykiatri, om at psyke og soma er i kontinuerlig gjensidig interaksjon knyttet til læringsprosesser. Men det gamle vitenskapelige dikotomi-paradigmet er nedfelt i kulturen som helse- og velferdspolitiske strukturer. I møtet med helsevesenet har derfor allmenheten fortsatt en oppfatning av et nødvendig skille mellom fysiske og psykiske årsaksforklaringer.

Allmennlegen besitter hverken verktøy eller kunnskap gjennom sin utdanning til å kunne diagnostisere ME-pasientenes symptomtilstand og skille mellom alle differensialdiagnosene (3). Smerteklinikken ved Haukeland Universitetssykehus innkaller rutinemessig fastlegen til tverrfaglig møte angående henviste pasienter med kroniske smertetilstander. Et tverrfaglig tilbud fins ikke for pasienter med kronisk utmattelse. Psykoterapiforskning viser at relasjonen mellom behandler og klient er en viktig faktor for å predikere endring og bedring hos klienten (4). Hvis allmennlegen henviser pasienten til psykiater mot pasientens vilje, vil dette kunne undergrave tilliten i lege-pasient-forholdet, og dermed redusere muligheten for vellykket behandling.

Systemfeilen i utredning av ME-pasientene er dermed omfattende; fra en foreldt institusjonalisert kulturell- og helsepolitisk forståelse av samspillet mellom kropp og sjel, fraværet av tverrfaglig tilnærming, til undergraving av lege-pasient-relasjonen. Dette gjør at en oppdatert utredning og behandling ikke kan finne sted, men stopper i strukturelle problemer utenfor helsevesenets og lege-pasient-relasjonens kontroll.

Vårt forslag er nå at det offentlige helsevesenet etablerer et utredningsforløp innenfor tverrfaglige samhandlingsteam bestående av spesialister i allmennmedisin (fortrinnsvis fastlegen), nevrologi og psykiatri. Allmennlegens fremste bidrag er kunnskapen om pasientens biografi, mestringsforventninger, og livskonteksten der symptomtilstanden utfolder seg. Livskonteksten reflekterer symptomtilstanden som en uatskillelig psykisk og fysisk enhet (5, 6).

Aksel Tveråmo

post@doktoraksel.no

Ine Baug Johnsen

Aksel Tveråmo (f. 1963) er fastlege og AFU-stipendiat (allmennmedisinsk forskningsutvalg).

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ine Baug Johnsen (f. 1966) er psykolog ved Nevropsykologisk Helsetjeneste Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Owe JF, Næss H, Gjerde IO et al. Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 227–32.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Til fastleger, helse- og omsorgstjenestene i kommunene og til spesialisthelsetjenesten. Veileder IS-1944. 2015; 02/2014, oppdatert 2015 på bakgrunn av innspillrunde 2014. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-veileder-pasienter-med-cfsme-utredning-diagnostikk-behandling-pleie-og-omsorg> [4.3.2016].
3. Johnson GE. Behov for bredere faglig plattform for leger. Utposten. 2014; 43: 42–3.
4. Helsebiblioteket. Virksomme faktorer i terapi. 2016.
5. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
6. Brea A. It's only mental. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2127.

Re: Det syke huset

Takk for ordene fra redaktøren i Tidsskriftet 3/2016 (1). Legeforeningens medisinske redaktør konstaterer at «Sykehusene lider under systemer som ikke fungerer. Faget skyves til siden, og de ansattes arbeids glede forsvinner. Det vil kunne gå ut over pasientene».

Sykehuset er blitt Det syke huset. Kan man egentlig undre seg over at sykehusleger vurderer å slutte? Sykehuset er jo blitt omdefinert til en avhoppokratisert produksjonsbedrift, om man kan kalle det så. Legene verdsettes som legetekniske medarbeidere hvis viktigste oppgave er å innfri sykehusledelsens produksjonsmål.

I det syke husets styrerom ville man ikke kjenne seg igjen i en slik beskrivelse. Utvikling av helseforetaket er viktigst for styret, med New Public Management (NPM) som overordnet filosofi, og som ledd i et nasjonalt helseforetakssystem. Det er da heller ikke å undres over at det i tillegg til behandlere kreves mange administrative årsverk.

Med manglende kjennskap til praktisk behandling utvikles det teknologiske systemer som ikke er tilpasset sykehusets opprinnelige egenart. For høy beleggprosent lukker man gjerne øynene for, bare det ikke går ut over produksjonen.

Hvorfor bygger man nye og for små, trange sykehus, mens man samtidig legger ned andre?

Hvorledes skal ansatte og sykehusledelse kunne spille på lag? En ledelse uten etiske forpliktelser vil som premiss for samarbeid forvente lojalitet og samarbeid om foretaksideene og skyve pasientene foran seg. Yrkesetisk forpliktet behandlingspersonell vil måtte henvise til pasientens beste, selv om det skulle stå i motsetning til det ledelsen mener. Mange mener det vil hjelpe at helsevesenet rister av seg NPM og kommer tilbake til forvaltningsmodellen. Det er viktig å «ta faget tilbake». Men uten at man gjeninnfører et Salus aegroti suprema lex (Den sykes vel er den høyeste lov) tror jeg ikke man kommer videre med «høyt teknologiske luftslott», for å bruke artikkelens eget uttrykk.

Reidar Schwebs

schwe1@outlook.com

Reidar Schwebs (f. 1941) er psykiater.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Vangnes LE. Det syke huset. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 203.