

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Refsums sykdom – en sjelden årsak til polyneuropati

Åse Mygland har i Tidsskriftet nr. 3/2007 en svært fin oversiktartikkel om kronisk polyneuropati, primært beregnet på ikke-nevrologer (1). Som de siste våpendragere for Refsums sykdom (Adult Refsum Disease, ARD) ble vi nok litt betuttet over at denne tilstanden ikke kom med på listen, men med en antatt prevalens på én per en million innbyggere var nok dette en riktig avgjørelse med tanke artikkelens målgruppe. Refsums sykdom fortjener dog en fotnote, hvilket herved besørgeres.

Det er pussig at vi i 1940-årene hadde 11 tilfeller av denne autosomalt recessivt nedarvede tilstanden i Norge – og at vi i dag kjenner til kun én pasient. Er Refsums sykdom underdiagnostisert?

I moderne forståelse er Refsums sykdom ikke primært en polyneuropati, det er mest av alt en øyesykdom, retinitis pigmentosa. Polyneuropatien og andre komplikasjoner, slik som hørselstap, tap av luktesans og affeksjon av hjerte, hud og skjelett, kan utvikles hvis ikke pasienten får diettbehandling i tide. Diagnosen stilles ved funn av forhøyet nivå av fytansyre i blod og bekrefte gjennom molekylær genetisk undersøkelse.

Morten Andreas Horn

Ullevål universitetssykehus

Ola Hunsbeth Skjeldal

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Mygland Å. Kronisk polyneuropati – utredning og diagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 291–5.

Ubalansert om rosenrot

I en artikkel om rosenrot i Tidsskriftet nr. 7/2007 konkluderer forfatterne Roland & Amundstuen slik: «Med dagens kunnskap er det ingen grunn til å anbefale inntak av rosenrotmidler til noen» (1). Grunnlaget for denne konklusjonen synes ikke å være basert på en fullstendig gjennomgang av tilgjengelig vitenskapelig litteratur, ei heller er begrunnelsen for konklusjonen balansert i forhold til studiene det refereres til.

Artikkelen er plassert i spalten Legemidler i praksis, men hadde egnet seg bedre som en oversiktsartikkel, da det i Tids-

skriftet for slike stilles klare krav til metoden for litteratursøk. I stedet for å være en informativ artikkel om rosenrot blir den et eksempel på hvor galt det kan bære av sted når litteratursøket ikke følger klart definerte seleksjonskriterier. Forfatterne har unnlatt å inkludere to humanstudier som, etter deres søkekriterier å dømme, burde vært inkludert (2, 3). Det gis ingen begrunnelse for hvorfor disse ikke er tatt med. Studiene var dobbeltblinde og randomiserte og viste signifikante effekter på de kroppsfunksjoner som er omtalt av Roland & Amundstuen. Når det totalt bare er fire humanstudier inkludert i deres artikkel, ville inklusjon av to til kunnet tippe resultatet i en annen retning dersom artikkelen hadde vært utformet som en oversiktsartikkel eller om en formell metaanalyse hadde vært foretatt. Videre er det intet holdbart argument for eventuelt fravær av effekt av rosenrot at det for én av studiene som er inkludert i Roland & Amundstuens artikkel, var minst like stor forskjell mellom de ubehandlede og pasientene i placebogruppen som mellom dem som fikk placebo og dem som fikk rosenrot.

Roland & Amundstuens artikkel bidrar på en lite konstruktiv måte til å spre kunnskap om naturmidler til leger og annet helsepersonell. Tidsskriftet bør vurdere om det skal stilles strengere krav til artikler som er ment som en vurdering av effekt av en behandlingsintervensjon.

Inge Lindseth

Midelfart Sonesson AS
Oslo

Litteratur

1. Roland PDH, Amundstuen L. Rosenrot – påstander og dokumentasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 882–3.
2. Spasov AA, Wikman GK, Mandrikov et al. A double blind, placebo-controlled pilot study of the stimulating and adaptogenic effect of *Rhodiola rosea* SHR-5 extract on the fatigue of students caused by stress during an examination period with a repeated low dose regimen. *Phytomedicine* 2000; 7: 85–9.
3. Darbinyan V, Kteyan A, Panossian A et al. *Rhodiola rosea* in stress induced fatigue – a double blind cross-over study of a standardized extract SHR-5 with a repeated low-dose regimen on the mental performance of healthy physicians during night duty. *Phytomedicine* 2000; 7: 365–71.

P.D.H. Roland

& L. Amundstuen svarer:

Artiklene i spalten Legemidler i praksis er i hovedsak bestilt. Det er fra Tidsskriftets redaksjon angitt at manuskriptet samlet skal

være på inntil 1 700 ord og at litteraturlisten bare helt unntaksvis skal overskride ti referanser. Dette innebærer at ikke alle leste artikler er referert. Spaltens format inviterer ikke til utdypende begrunnelser for valg og bortvelgelse av referanser. Omtalen av rosenrot i Naturmiddelguiden hos Prevent/Midelfart har til sammenlikning ikke referanser overhodet (1).

Kvaliteten på studiene som er gjort på rosenrot, er gjennomgående kritikkverdige hva gjelder metodologi, uavhengig av om tittelen inneholder ord som «randomisert» og «placebokontrollert». Artiklene Lindseth nevner, er bygd på små studier med vage konklusjoner, delvis i favør av at rosenrot har effekt. Lindseth hevder at dersom en formell metaanalyse hadde vært foretatt, kunne inklusjon av de to nevnte artikler ha endret vår konklusjon. Ingen av de studiene vi allerede har referert, eller disse to, er imidlertid sammenliknbare med tanke på studiepopulasjoner, endepunkter eller statistiske metoder. Selv om forfatterne konkluderer positivt i sine artikler, er det ikke nødvendigvis alltid grunnlag for det. Det er velkjent at blant annet økonomiske interessekonflikter kan innvirke på studieresultater og konklusjoner (2). Vi finner det betimelig å understreke at innlegget kommer fra en ansatt i en bedrift som selger rosenrotpreparater.

Vi benytter ikke forskjellene mellom gruppene i studien til Shevtsov og medarbeidere som argument for manglende effekt av rosenrot, men, som det eksplisitt står i vår artikkel: «Det kan tyde på at andre faktorer enn de rent farmakologiske kan ha spilt inn» (3). Intervensjon i seg selv, for eksempel bruk av placebo, har ofte målbare effekter.

Vi står for utvalget av referanser som ble inkludert i litteraturlisten i vår artikkel (3). I nyere oversiktsartikler (4) og oppdaterte monografier (5, 6) er for øvrig konklusjonen den samme som hos oss: Det er ingen grunn til å anbefale inntak av rosenrotmidler for noen.

Pål-Didrik Hoff Roland

Linda Amundstuen
RELIS Midt-Norge
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Prevent/Midelfart. Naturmiddelguiden - Rosenrot. www.prevent.no/index.cfm?oa=content.display&con=136 [25.6.2007].

>>>

2. Kjærgard LL, Als-Nielsen B. Association between competing interests and authors' conclusions: epidemiological study of randomised clinical trials published in the BMJ. *BMJ* 2002; 325: 249-52.
3. Roland PDH, Amundstuen L. Rosenrot – påstander og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1882-3.
4. Walker TB, Robergs RA. Does *Rhodiola rosea* possess ergogenic properties? *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 2006; 16: 305-15.
5. Natural Medicines Comprehensive Database. Rose root. www.naturaldatabase.com [25.6.2007].
6. Barnes J, Anderson LA, Phillipson JD. Herbal medicines. London: Pharmaceutical Press. Elektronisk versjon. www.medicinescomplete.com [25.6.2007].

Feilinformasjon om kjøp av helsetjenester

Hovedbudskapet i Olaug Lian & Steinar Westins lederartikkel i *Tidsskriftet* nr. 11/2007 bygger på forutsetningen at man må være sykmeldt for å bli omfattet av ordningen med kjøp av helsetjenester (1). Det er riktig at dette var en forutsetning på ett trinn i prosessen, ifølge innstillingen fra arbeids- og sosialkomiteen som det er henvisning til i artikkelen, men etter påtrykk fra partene ble dette endret, slik at også de som står i fare for å bli sykmeldt, omfattes av ordningen. Bakgrunnen for denne endringen var nettopp mulige uheldige konsekvenser.

Grunnlaget for artikkelens hovedbudskap er således ikke til stede. Artikkelen bringer alvorlig feilinformasjon som vil kunne påvirke legenes sykmeldingspraksis, noe som må rettes opp snarest mulig i *Tidsskriftet*. Det faktum at også de som står i fare for å bli sykmeldt er omfattet av ordningen, er underkommunisert av NAV, noe som øker faren for at feilinformasjon «setter seg» blant leger og omsettes i uheldig praksis.

Når det gjelder ordningen med kjøp av rehabiliteringstjenester, er det dessverre en forutsetning at man er sykmeldt – med de uheldige følger det kan få. Men det er en sak av mindre omfang.

Vemund Digernes
Miljøavdelingen
Norsk Industri

Litteratur

1. Lian O, Westin S. Raskere tilbake? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1491.

O.S. Lian & S. Westin svarer:

Vemund Digernes har selvsagt rett i at ordningen med kjøp av helsetjenester nylig ble utvidet til også å omfatte dem som «står i fare for å bli sykmeldt». Dette ble trolig gjort for å motvirke det Digernes omtaler som mulige uheldige konsekvenser fra forrige gang man satset stort på kjøp av helsetjenester, nemlig at pasienter ba om å bli sykmeldt i håp om at de ville komme raskere til behandling. Dette har vært anført som en av grunnene til at ordningen ikke

bidro til målbart redusert sykefravær i forrige runde. Fagtidsskrifter har som kjent lang trykkningsstid, og vår lederartikkel (1) var skrevet før den omtalte utvidelsen ble vedtatt. Så langt er vi enige.

Det vi derimot ikke er enige i, er at en grunnleggende forutsetning for vårt hovedbudskap dermed har falt bort. Vår argumentasjon dreide seg primært om det å fordele offentlige helsegoder med utgangspunkt i folks status som *yrkesaktive*, og hovedbudskapet var at en slik praksis vil være både uhensiktsmessig og urettferdig. Vårt primære anliggende var å vise at slike ordninger bryter med sentrale deler av verdigrunnlaget for helsetjenesten, nemlig at produktivitet og sosial status ikke under noen omstendigheter skal gi fortrinn til behandling, sist tydelig gjentatt av Lønning II-utvalget (2). Reaksjoner vi har fått på lederartikkelen tyder på at disse ekstra helsemillionene til de yrkesaktive blir oppfattet nettopp som en prioritering av de «nyttigste» og en nedprioritering ikke bare av arbeidsledige, uføre og hjemmearbeidende, men også av de sykeste av de syke (3). En kollega i kreftomsorgen lurte på om det ikke kunne være et bedre prosjekt å hjelpe folk tilbake til livet, ikke bare til arbeidslivet.

Det er fortsatt uklart hvordan kriteriet «står i fare for å bli sykmeldt» skal anvendes av de leger som søker pasienter til ordningen. Kanskje vil vi oppleve at forsøket på å korrigere for én bivirkning vil bane vei for en annen - at yrkesaktive i sin alminnelighet nå får fortrinn fremfor ikke-yrkesaktive i den norske helsetjenesten.

Vi understreket i lederartikkelen at vi har forståelse for de gode intensjonene med ordningen (1). Likevel har den klart usmakelige sider, sider som neppe blir bedre ved at ordningen nå får et utvidet omfang.

Steinar Westin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Olaug S. Lian

Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Lian OS, Westin S. Raskere tilbake? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1491.
2. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny. NOU 1997: 18.
3. Ytterstad RK. Slakter prosjektet. *Pingvinen* 22.6.2007.

Om Linné og beskjedenhhet

«Linné var ingen beskjedent mann,» skriver Åslaug Flo i *Tidsskriftet* nr. 11/2007 under omtalen av 300-årsjubileet for hans fødsel (1) Det har hun dekning for i bl.a. hans selvbiografi *Vita Caroli Linnéi*. Ifølge flere biografier karakteriserte han seg selv slik:

Ingen har utøvd sitt yrke med større iver eller hatt flere studenter på sine forelesninger ved vårt universitet, ingen natur-

vitenskapsmann har gjort flere observasjoner i naturen, ingen har hatt dypere innsikt i naturens tre riker, ingen har vært større botaniker eller zoolog, ingen har skrevet flere verk bedre og mer nøyaktig, ingen har så fullstendig reformert en hel vitenskap og innledet en ny epoke, ingen har hatt en så verdensomspennende korrespondanse, ingen har sendt ut så mange elever til så mange deler av verden, ingen har vært mer berømt i hele verden, ingen har vært medlem av flere vitenskapelige selskaper – enn jeg.

Carl von Linné hadde tippoldeforeldre fra Stavanger. Mormorens farfar var borgeren Simon Jacobsen, som var gift med Johanne Pedersdatter. Hun ble i 1622 brent som heks i Sandviken ved Bjergsted i Stavanger, fordi hun hadde utøvd trolldom. For kolleger med minner fra besøk i Bjergstedparken mens de var på Marinens medisinerrekruttskole på Madla kan det opplyses at Linné var admiralitetsmedicus da han i en periode bodde i Stockholm.

Aksel Ongre

His

Litteratur

1. Flo Å. Skjønnhet og orden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1479.

Hastverk, lastverk og kunnskapshåndtering

I *Tidsskriftet* nr. 12/2007 besvarer Marianne Klemp Gjertsen & Morten Aaserud ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vår kritikk av deres notat om natalizumab ved behandling av multipel sklerose (1, 2). De skriver at notatet var et hastteopdrag, hvilket betyr at de bare hadde 1–2 uker på jobben (1). Dette svaret er oppsiktsvekkende og reiser prinsipielle spørsmål om Kunnskapssenterets arbeidsmåter.

Kjernen i vår kritikk var at de i notatet trakk ugyldige konklusjoner ut fra de to kliniske studiene som foreligger og fremla funn fra én enkelt undersøkelse som «konsistente funn» (2). Vi har full forståelse for at det er vanskelig å sette seg inn i et komplisert fagfelt på 1–2 uker. Spørsmålet er om helsevesenet er tjent med slike hastverksrapporter, og om Kunnskapssenteret bør påta seg oppdrag på slike vilkår.

Kunnskapshåndtering er et av Kunnskapssenterets to kjerneområder. Ifølge senterets nettsider er visjonen: «God kunnskap former helsetjenesten. Våre aktiviteter skal bidra til gode beslutninger på overordnet nivå og i praksis i helsetjenesten» (3). Vi stusser over at et presumpitivt tungt kunnskapssenter, med drøyt 100 ansatte og erklærte ambisjoner om å bidra til kunnskapsbaserte beslutninger, ser seg tjent med å påta seg utredningsoppdrag uten å avsette