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: Det er så mye vi ikke vet

Tveito skriver om steile fronter i fora der kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati blir diskutert (1). Så lenge arbeidet med å finne årsak og behandling av tilstanden splittes mellom to fronter i helsevesenet, så vil det også naturligvis finnes to fronter i helsedebatten. Slik jeg oppfatter det har Henrik Vogt med flere proklamert seg selv som diskusjonens elite, med utgangspunkt i at tilstanden kan behandles med et psykiatrisk utgangspunkt. Etter min mening er det kun tilfeldigheter som har gjort at pasienter med psykiatrisk behandling har vist bedring. En antagelse om at dette må gjelde hele gruppen er et stort feilgrep. Sammenblanding av årsak og konsekvens kan være fatalt.

Som ME-pasient har jeg holdt på med kognitiv terapi i 12 år og kun oppnådd bedring av enkelte symptomer, men ikke den unormale muskulære trettheten eller smertene. Hverdagen har blitt til det beste jeg kan forvente.

For å oppnå et bedre liv med de kunnskapene vi i dag har, ser jeg det som nødvendig å følge begge retninger. Den psykiske for å bedre hverdagen, og den fysiske for å bli frisk. Veien til en bedre hverdag kan være meget lang og dreie seg om flere år for mange. Dagens syn på tilrettelegging og opptrening er altfor kortsiktig, og med tvang og oppildnet positiv motivering, kan smertene fort bli verre og veien lengre. Det er da pasientgruppen stritter imot som mest, og frontene tilspisser seg.

En løsning for å lette på frontenes hete krig, er å begrave stridsøkser og arbeide i fellesskap med lik respekt for hverandres motivasjon om å gjøre hverdagen bedre for pasientene. Men allikevel, uten å lytte til pasientenes reaksjoner, er vi like langt.

**Øistein Jansen**
*oija@online.no*

Øistein Jansen (f. 1961) er pasient.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Tveito K. Det er så mye vi ikke vet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1117.

## Re: Det er så mye vi ikke vet

Takk for en fin leder om en problematisk helsetilstand som opptar allmennheten, og som i særlig grad utfordrer medisinfaget (1). Lederen trekker fram flere sider ved diagnosen kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME), og det stilles flere viktige spørsmål, blant annet om den tradisjonelle biomedisinske, reduksjonistiske modell er egnet til å forstå problemet og gjøre oss i stand til å hele det.

«Det er så mye vi ikke vet» og «kanskje ligger svaret et annet sted enn vi kan forestille oss», skriver Tveito. Her savner jeg at erfaringsperspektivet nevnes mer eksplisitt, som en viktig del av dette omfattende problemet: Det vil si hvordan skjellsettende livserfaringer i menneskers historie og nåværende livssituasjon kan påvirke «den levde kroppen», svekke den og gjøre den syk, for å bruke uttrykket til den franske filosofen Merleau-Ponty (2). Den mangeårige forskningen til Anna Luise Kirkengen gir en grundig dokumentasjon av dette (3).

Jeg har skrevet en artikkel i tidsskriftet til Det Norske Medicinske Selskab, Michael Quarterly, som gir en gjennomgang av dette perspektivet med kronisk utmattelsessyndrom-diagnosen som en «rød tråd» (4). Artikkelen gir også utfyllende svar og tolkninger på noen av de spørsmålene som Tveito stiller.

Jeg ser det som nødvendig at forskning med det målet å få fram ulike hypoteser og mer kunnskap omkring CFS/ME, også innbefatter å undersøke biografiske «data» om menneskers erfaringer. Det vil kunne bringe oss viktige skritt videre i å forstå tilstanden og kunne gi hjelp som nytter.

**John-Tore Eid**
*john-tore.eid@ntnu.no*

John-Tore Eid (f. 1952) er stipendiat ved Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Tveito K. Det er så mye vi ikke vet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1117.
2. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard, 1945.
3. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2009. English translation: Kirkengen AL. The lived experience of violation. How abused children become unhealthy adults. Bucuresti: Zeta Books, 2010.
4. Eid JT. Levd kropp – en analyse av Anna Luise Kirkengens tenkning. Michael 2012; 9: 254–67.

## Re: Akutt promyelocyttleukemi

Dette var en fin og kortfatta oversikt. Jeg vil bare kommentere at det cytogenetiske avviket nå er klassifisert som translokasjon (15;17) (q24.1, q21.1) PML-RARA, ikke lenger translokasjon (q22, q21), som artikkelen angir. Dette er korrigert i den oppdaterte versjonen av WHO-klassifikasjonen (2).

**Nessar Ahmad Azrakhsh**
*nessazr@gmail.com*

Nessar Ahmad Azrakhsh (f. 1978) er lege i spesialisering ved Sykehuset Telemark HF, Medisinsk avdeling Skien.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**

1. Reikvam H, Hovland R, Bruserud Ø. Akutt promyelocyttleukemi. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1052–5.
2. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL et al. World Health Organization Classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Lyon: IARC Press, 2008.

## Re: Antiepileptika og medfødte misdannelser

Karl Otto Nakken og medarbeidere rapporterer i denne artikkelen (1) norske resultater fra EURAP-studien (2), hvor målet er «å kartlegge risikoen for større føtale misdannelser som følge av bruk av antiepileptika i svangerskapet samt finne ut hvilke legemidler som er tryggest under graviditet».

De norske resultatene viser en forekomst av «større medfødte misdannelser» på 4,5 %, som er høyere enn det som rapporteres av «alvorlige medfødte misdannelser» i Medisinsk fødselsregister (MFR): 2,6 % i 2011. Forfatterne mener disse tallene ikke er direkte sammenlignbare «ettersom malformasjonsraten i registeret er basert på antall misdannelser som blir oppdaget før barnet utskrives

>>>

fra fødeavdelingen, mens EURAP-registreringen først avsluttes når barnet er fylt ett år.»

Dette er ikke lenger korrekt. MFR har hjemmel til å registrere medfødte tilstander der diagnosen stilles i barnets første leveår, eller ved aborter etter 12. svangerskapsuke. Siden 1999 har MFR derfor, i tillegg til melding om fødte fra landets fødeavdelinger, registrert meldinger om barn innlagt ved landets nyfødtavdelinger, samt meldinger om svangerskapsavbrudd etter 12. uke i henhold til abortloven § 2 tredje ledd bokstav c (stor fare for alvorlig sykdom hos barnet).

Rutineendringen har hatt stor betydning for registreringen av medfødte misdannelser. For eksempel økte forekomsten av registrerte medfødte hjertefeil fra 3,7 per 1000 i 1998 til 9,6 per 1000 i 1999. Av alle registrerte alvorlige misdannelser i perioden 1999–2011, var nærmere 40 % hos barn innlagt nyfødtavdeling, og over 10 % i svangerskap terminert etter 12. uke.

Hittil har vi kun hatt ressurser til rutinemessig registrering av meldinger fra føde- og nyfødtavdelinger, samt abortklinikker som beskrevet. Fra 2014 vil vi også sammenstille MFR med opplysninger i Norsk pasientregister for å bedre registreringen av medfødte tilstander diagnostisert første leveår.

MFR deltar i EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies), hvor den gjennomsnittlige forekomsten av alvorlige misdannelser var 2,6 % i 2011, tilsvarende det MFR rapporterte samme år. Selv om medfødte misdannelser har vært underrapportert i MFR, kan man konkludere med at de norske EURAP-resultatene underbygger at gravide med epilepsi har økt risiko for føtale misdannelser. Årsakene kan være sammensatte, og det er viktig at kvinner som trenger medikamenter for anfallskontroll fortsetter med disse i svangerskapet.

Flere gode studier for å kartlegge hvilke antiepileptika som er tryggest i graviditeten er nødvendige. EURAP-studien er en slik studie, og EUROmediCAT, hvor vi deltar sammen med representanter for andre EUROCAT-registre, er en annen (3). Håpet er at disse studiene vil gi resultater som kan gjøre det lettere å vurdere terapiform for kvinner med epilepsi og barneønske.

**Marta Ebbing**
*marta.ebbing@fhi.no*
**Kari Klungsøyr**

Marta Ebbing (f. 1963) er avdelingsdirektør ved Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kari Klungsøyr (f. 1961) er overlege/professor ved Avdeling for helseregistre, Folkehelseinstituttet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**
1. Nakken KO, Lillestølen KM, Brodtkorb E et al. Antiepileptika og medfødte misdannelser. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1239–42.
2. EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy: observations from the EURAP epilepsy pregnancy registry. Neurology 2006; 66: 354–60.
3. Charlton RA, Neville AJ, Jordan S et al. Healthcare databases in Europe for studying medicine use and safety during pregnancy. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2014; 23: 586–94.

## Re: Kan nye blodfortynnende legemidler være mer risikable enn tidligere antatt?

I Tidsskriftet nr. 12–13/2014 får jeg et svar fra Steinar Madsen og medarbeidere som virker meget forstyrrende på mitt behov for klare definisjoner og begreper når det gjelder legemiddelbivirkninger (1). Jeg vil gjerne ha klarhet i om det er snakk om «Side-effects of drugs», «adverse effects», «drug intoleranse» eller «unwanted complications in farmacotherapy»? Mener dere at legefeil og manglende virkning av et legemiddel skal regnes som bivirkninger? Dette er for meg som kliniker helt ubegripelig.

**Carl Ditlef Jacobsen**
*cd-j@online.no*

Carl Ditlef Jacobsen (f. 1930) er pensjonert lege og tidligere medlem av bivirkningsnemnda.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**
1. Madsen S, Harg P, Samdal H et al. S. Madsen og medarbeidere svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1214.

### S. Madsen og medarbeidere svarer:

Uheldige følger av legemiddelbruk har mange årsaker. Tidligere brukte vi en snever definisjon av bivirkning: En hendelse som var utløst av et legemiddel brukt på riktig måte, med riktig dose og riktig diagnose. Moderne legemiddelovervåking er opptatt av alle årsaker til bivirkninger og uheldige hendelser, og overvåkningen omfatter alle de begrepene Jacobsen nevner: «Side-effects of drugs», «Adverse effects», «Drug intoleranse» og «Unwanted complications in farmacotherapy». Nye antikoagulasjonsmidler er en legemiddelgruppe hvor nettopp bred overvåkning er viktig. Flere hendelser skyldes helsepersonellfeil og pasientfeil. Hadde vi holdt oss til det gamle og snevre bivirkningsbegrepet kunne vi sittet med hendene i fanget med argumentet: «Dette er ikke bivirkninger». Det gjør vi absolutt ikke – vår oppgave er å forebygge pasientskader av legemidler uansett årsak.

**Steinar Madsen**
*steinar.madsen@legemiddelverket.no*
**Pernille Harg**
**Hilde Samdal**
**Ane Simensen**

Steinar Madsen (f. 1956) er medisinsk fagdirektør ved Statens legemiddelverk og deltids avtalespesialist i indremedisin og hjertesykdommer.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pernille Harg (f. 1975) er cand.pharm. og seniorrådgiver ved Seksjon for legemiddelovervåking, Statens legemiddelverk.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hilde Samdal (f. 1975) er master i farmasi og seniorrådgiver ved Seksjon for legemiddelovervåking, Statens legemiddelverk.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ane S. Simensen (f. 1984) er master i molekylærmedisin og forsker ved Seksjon for legemiddelovervåking, Statens legemiddelverk.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Re: Hvorfor er resultater fra organisert mammografiscreening så vanskelig å tolke?

Det er uenighet om hvor mange prosent overdiagnostikk av brystkreft det er ved mammografiscreening. Tallene varierer fra 10 % til 50 %. Falk hevder at forskjellene kan forklares med hvorvidt man bruker aggregerte data eller individdata og med lengde på oppfølgingstid (1). Dette mener jeg er galt.

I Norge ville det vært rundt 1000 tilfeller av brystkreft i aldersgruppen 50–69 år uten screening (2). Innføring av screening medførte i tillegg rundt 500 overdiagnostiserte brystkrefttilfeller (svulster som aldri ville blitt diagnostisert i pasientens levetid hvis det ikke var screening) i aldersgruppen 50–69 år (2). Dette blir en økning på 50 %. Dette er standarden for å angi overdiagnostikk (3, 4). Alternativt kan man si at 33 % (500 av 1500) er overdiagnostikk.

I vår studie av resultatene fra mammografiscreeningsprogrammet i Norge brukte vi 10 års oppfølging etter at screening var avsluttet

>>>