

på bakgrunn av fagfilosofiske vurderinger av manuskriptet. I Tidsskriftets tradisjon er vi vare for innledninger som forklarer hva som skal komme først, deretter og til sist i en artikkel, og mer eller mindre rutinemessig fjerner vi slike avsnitt. Selv ved ny sammenholdning av manuskriptet opp mot den trykte artikkelen er det vanskelig å se at dette har gitt en meningsendring, men vi kan selvsagt ikke gjøre annet enn å beklage om Ulvestad opplever dette som «dramatiske endringer». Det var definitivt ikke vår intensjon å forkludre budskapet hans – tvert imot. Illustrasjonene er lagt til for å knytte Ulvestads innlegg til de artiklene som han kommenterer, og fordi vi erfaringsmessig vet at artikler med illustrasjoner tiltrekker flere lesere enn artikler uten illustrasjoner.

Oslo *Magne Nylenna*
Tidsskrift for Den norske lægeförening

Om potensforskning og markedsføring

John-Arne Skolbekken har skrevet et innlegg med utgangspunkt i vår undersøkelse EDIN (1). Vi mener Skolbekken har gjort seg skyldig i en del feil, noe vi håper er utilsikt.

EDIN er planlagt og gjennomført av en uavhengig forskergruppe som søkte og fikk finansiell og praktisk bistand fra Pfizer i første fase av undersøkelsen. Dette har vi aldri lagt skjul på. At dette faktum ikke er tatt med i vår artikkel i Tidsskriftet (2), beklager vi. All behandling av rådata, innleggelse i EDIN-databasen og de statistiske analyser er gjort av forskergruppen alene.

De preliminare data ble presentert i faglige fora med og uten industristøtte. Dette er vanlig praksis i dag. At Skolbekken har fått det inntrykk at all presentasjon av data før artikkelen kom i Tidsskriftet har vært knyttet til Pfizer, er etter vårt skjønn mer Skolbekkens problem.

Intensiteten og tempoet i mediedekningen gjorde det vanskelig for prosjektgruppen å kontrollere hvorledes alle uttalelser ble brukt. At legemiddelindustrien har vært interessert i studien, er dog ikke særlig overraskende. Både Pfizer (Viagra), AstraZeneca (Bondil) og Pharmacia (Caverject) ønsket å bruke disse tallene i sin markedsføring.

Vi har imidlertid hele tiden presisert at undersøkelsen ble gjort på menn over 40 år som søkte allmennpraktiker i Østfold. Deler av undersøkelsen ble presentert på 3rd Meeting of the European Society for Impotence Research (ESIR) i Barcelona i februar 2000.

Skolbekken antyder «snusk» i datagrunnlaget. Studiens resultater er korrekt beskrevet i artikkelen i Tidsskriftet, hvor også problemene rundt seleksjon er grundig diskutert. De preliminare data gjennomgikk underveis ytterligere kvalitetssikring og analyse. De 55 opprinnelige legene ble «re-

duert» til 49 fordi seks ikke leverte data. Det korrekte antall menn som faktisk besvarte spørreskjemaet var 1182. Korreksjonene har ikke endret studiens resultater.

Skolbekken gjør et poeng av at det tok to år fra studien var ferdig til den ble publisert. Vi erkjenner at det frem til publikasjon tok lengre tid enn ønsket. Artikkelen ble imidlertid levert Tidsskriftet i april 2000, og det tok uvanlig lang tid før vi fikk bedømmelsen. Vi har ikke under noen omstendighet antatt en publikasjonstid på to måneder!

Den mest alvorlige insinuasjonen i Skolbekkens innlegg er knyttet til dobbeltpublisering. Ifølge Skolbekken er studien under internasjonal publisering. Vi er ikke kjent med dette, så det overrasker ikke oss at Skolbekken ikke har funnet noe i sitt nitide søk i bl.a. *International Journal of Impotence Research*. Det er sannsynligvis sammendraget til innlegget i Barcelona Skolbekken er kommet på sporet av. Til Skolbekkens orientering utgir International Society for Impotence Research (ISIR) tidsskriftet *International Journal of Impotence Research*, hvor sammendrag fra The World Meeting on Impotence Research pleier å bli trykt som egne bilag.

Avslutningsvis vil vi presisere at mange av Skolbekkens problemstillinger er relevante og viktige å diskutere i samarbeidet med farmasøytisk industri og presse.

Oslo/Jessheim *Stein Vaaler*
Kjell-Olav B. Svendsen
Kristian Furuseth

Litteratur

1. Skolbekken J-A. Potensforskning og markedsføring. Tidsskr Nor Lægefören 2001; 121: 621.
2. Vaaler S, Lövkvist H, Svendsen K-OB, Furuseth K. Erektile dysfunksjon hos norske menn over 40 år. Tidsskr Nor Lægefören 2001; 121: 28–32.

J-A. Skolbekken svarer:

Vaaler og medarbeideres beklagelse av bruddet på Tidsskriftets etiske retningslinjer er prisverdig. Det er en skjebnens ironi at feilen er begått av forskere som tilstreber åpenhet om sitt samarbeid med legemiddelindustrien.

Forskergruppen innrømmer manglende kontroll med mediepresentasjonen. At fremstillingen derfor ble mer upresis enn om forskerne selv hadde ført pennen, er et forutsigbart resultat av en valgt publiseringsstrategi. De faller for eget grep, og prøver i fallet å insinuere at korrekt gjengivelse av medieomtalen er feil.

En av konsekvensene av publiseringsstrategien var at VG kunne melde studien innsendingsklar for vitenskapelig publisering i løpet av et par måneder (1). At Svendsen på Pfizerforum over ett år etter datainnsamlingen oppgir antall rekrutterende leger til 55 (2), går neppe på kvoten for hastverk og manglende kontroll med mediene. Feilen er åpenbart ikke et resultat av «snusk», men er

ikke noe eksempel på god kvalitetssikring heller.

Det lange tidsrommet mellom medielanseringen og publiseringen i Tidsskriftet er ikke bare forskernes skyld. Konsekvensen, at andre forskere derigjennom forhindres fra innsikt i og mulighet for kritikk av studien, er likevel prinsipielt betenkelig og i strid med god forskningspraksis.

Forsinkelsen i den vitenskapelige publiseringen har ikke hindret Pfizer i å bruke studien i sin markedsføring. Dette er også betenkelig, da målgruppen for reklamen ikke har tilgang til en faglig kvalitetssikret publikasjon som gjør dem i stand til å vurdere opplysningene på selvstendig grunnlag. At dette skjer er ikke forskernes ansvar, men er like fullt en konsekvens av deres samarbeid med Pfizer.

Det er oppklarende at det nå opplyses at publiseringen i *International Journal of Impotence Research* dreier seg om et sammendrag av en konferansepresentasjon. Min slutning om internasjonal publisering var trukket på grunnlag av litteraturreferansen Pfizer benyttet i sin annonsering for Viagra (figur 1 i min kommentar) (3). De nye Viagra-annonsene i årets utgaver av Tidsskriftet tyder på en forverring heller enn en forbedring i litteraturhenvisningene, se for eksempel side 87 i årets første nummer. Det skader neppe om Vaaler og medarbeidere tar et initiativ overfor sine samarbeidspartnere for å få frem den korrekte referansen.

EDIN-studien har så langt primært tjent som et middel i markedsføringen av Viagra. Den kan i fremtiden inngå i forskerutdanningen som et skoleeksempel på hvordan publisering og forskningsformidling ikke bør gjøres. Studien har således verdi langt utover det forskerne bak den har tilsiktet.

Trondheim *John-Arne Skolbekken*

Litteratur

1. 1 av 3 over 40 år har potensproblemer. Påvirkes ikke av langvarig bruk av røyk og alkohol. VG 24.1.1999.
2. Christiansen E, Svendsen K-OB. Ereksjons-svikt hos diabetikere – forekomst, diagnostikk og behandling. http://www.pfizer.no/main.asp?action=vis_side&mappe_id=6837&side_id=6004.
3. Skolbekken J-A. Potensforskning og markedsføring. Tidsskr Nor Lægefören 2001; 121: 621.

Kritikk av «blodtypedietten» – vitenskap eller raseri?

Det er pussig at en fagperson i laboratoriemedisin oppkaster seg til besserwisser i ernæringssspørsmål. Som patolog er heller ikke jeg noen kostholdseksperter, men jeg reagerer på Torolf Moens usaklige, sterkt følelsesladede kritikk av D^r Adamos bok i Tidsskriftet nr. 3/2001 (1).

La oss godta Moens sannsynliggjøring av urtidsmenneskets opprinnelige blodtyper.

Hva så? Det er intet argument mot D'Adamos kostholdsteorier, som postulerer hva som er optimalt for de ulike individer, ikke hva som er en nødvendighet for menneskehetens overlevelse! Moen skriver: «Det burde være mange nok mennesker her i verden som kan bevittne at de uansett blodtype kan spise alle vanlige matvareslag uten besvær.» Tenk det, Moen! Da kan vi vel også like gjerne påstå at alle røykere som ikke merker noe besvær, trygt kan røyke videre? Logikken er den samme. Moen tror det må være et tankekors for D'Adamo at f.eks. blodtype O-indianerne i Mexico har spist poteter og mais i århundrer. Hvorfor? Er det selvsagt at når et folkeslag har overlevd på et visst kosthold, må dette også være det optimale kostholdet for samme folkegruppe? D'Adamo påstår ikke at hele populasjoner dør ut om de ikke følger hans råd, Moen! Ta irene: De har alt overveiende blodtype O, og overlevde i mangfoldige generasjoner på kun poteter og kjernemelk – et optimalt kosthold? Folkeslaget overlevde, men kanskje helsetilstanden, generelt og individuelt, ville vært bedre på en annen diett?

Så velger Moen å se helt bort fra det empiriske grunnlaget for kostanbefalingene, til og med kaller han det «kvakksalveri» og siterer lovparagrafer, mens han behendig glemmer at svært mye av medisinsk praksis er bygd på nettopp empiri (forståelsen er kommet senere!).

Det er visst utålelig for noen når en ny behandlingsform virker uten at man har «vitenskapelige bevis». Men det er bare utålelig for dem som tror de vet alt. Moens argumentasjon er irrasjonell og dogmatisk:

– Kan jeg finne noen feil hos forfatteren, er alt feil.

– Alt som ikke er «vitenskapelig bevist», er usant.

– Det som synes feil for meg, må være feil, fordi jeg ikke vet at det er riktig. Og omvendt!

Bodø

Elisabeth McGowan

Litteratur

1. Moen T. «Blodtypedietten» – vitenskap eller fantasi? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 355–8.

Transcendental meditasjon og stoffavhengighet

Transcendental meditasjon er en nøytral teknikk til stressreduksjon og personlighetsutvikling og utøves 20 minutter morgen og kveld.

En metaanalyse som omfattet 198 studier av reduksjon av bruken av alkohol, nikotin og illegale stoffer, viste at transcendental meditasjon var mer effektiv enn flere andre strategier. Effektstørrelsene sammenliknet med andre strategier var for alkohol 1,5–8 ganger større (12 studier), for sigaretter to til fem ganger større (12 studier) og for illegale

stoffer 1,5–6 ganger større (ti studier). Effektstørrelsen for alkohol og illegale stoffer var størst for gruppene med størst forbruk (1).

En trearmet, randomisert studie over ti uker viste en reduksjon i bruken av sigaretter over tid for en gruppe utøvere. Ved avslutning var reduksjonen ikke signifikant forskjellig fra en gruppe som drev med selvkontroll, der reduksjonen var størst etter tre uker. Reduksjonen i begge gruppene var signifikant større enn i en kontrollgruppe (2). En intervensjonsstudie over to år blant 110 utøvere av transcendental meditasjon viste en abstinensrate på 51% blant de personer som brukte teknikken daglig. Det var samme abstinensrate på 21% blant de utøvere som ved slutten av studien utøvde transcendental meditasjon mindre enn en gang daglig og 214 kontrollpersoner.

To randomiserte studier viste reduksjon av bruken av harde stoffer for utøvernes vedkommende, men ikke for andre intervensjonsgrupper, som drev med f.eks. karate eller fikk veiledning.

I en firearmet, randomisert studie over 18 måneder mottok alle 108 alkoholikere (fall 6%) et konvensjonelt opplegg, mens tre av gruppene i tillegg mottok ett av tre stressreduksjonsopplegg. Studien viste reduksjon i bruken av alkohol for gruppen som drev med transcendental meditasjon i forhold til en annen gruppe med stressreduksjonsopplegg. Gruppen som drev med transcendental meditasjon viste signifikant fremgang på fem av seks deltester av Profile of Mood States, mens resultatene for de to andre stressreduksjonsoppleggene og kontrollgruppen var henholdsvis to, null og null (2).

Tilbakefallsraten var lav for abstinente blant utøvere av transcendental meditasjon for alle tre former for stoffavhengighet, i motsetning til andre behandlingsformer.

Mesnali

Lars Bjørn Rasmussen
Maharishi Ayurveda Helseneter

Litteratur

1. Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through transcendental meditation: a review and statistical meta-analysis. Alcohol Treatment Q 1994; 11: 13–87.

2. Taub E, Steiner SS, Weingarten E, Walton KG. Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse in severe alcoholism: a long-term, randomized, controlled trial of Transcendental Meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy. Alcohol Treatment Q 1994; 11: 187–220.

Nedbygging av velferdsstaten

I en kommentar i Tidsskriftet nr. 2/2001 tar Dag Johansen (1) utgangspunkt i min omtale av Akademikernes policydokument *Videreutvikling av velferdssamfunnet* (2), tillegger Akademikerne og meg synspunkter vi ikke har for deretter å kritisere disse synspunktene.

Våre motiver for å mene at det er nødvendig med fornyelse av offentlig sektor bunner ikke i et ønske om å svekke det offentliges ansvar for velferdssamfunnet, men å sette de offentlige virksomheter i stand til å ivareta sitt ansvar. Innenfor helsevesenet må vi også se i øynene at tilbudet av helsetjenester, og også etterspørselen, vil vokse så enormt i årene som kommer at det offentlige må begrense sitt tilbud til det nødvendige. Den medisinske profesjon må bidra med premiser for å beslutte hvor avgrensningen skal gå, og samtidig bidra til å sikre at det offentlige helsetjenestetilbudet bevares så godt at befolkningen kan ha tillit til at de innenfor dette vil få nødvendig hjelp når de trenger den. Å beskrive dette som moteriktige standpunkter med opphav i internasjonal høyreside er en nokså ekstrem forenkling av en vanskelig problemstilling. Verken marked eller politikk har har alene gitt nødvendig og god styring av helsetjenestetilbudet.

Det at Norge på grunn av ufortjent oljerikdom så langt har sluppet å modernisere offentlig sektor, slik mange andre land har måttet, er ikke et argument for at ikke vi også bør gripe fatt i disse problemene mens vi fortsatt har god råd i stedet for å vente til nøden tvinger oss. Frykten for at det offentlige skal utsettes for en viss konkurranse, skjønner jeg ikke. Har ikke offentlig ansatte tro på at de er konkurransedyktige? Det synes også å være en misforståelse at fristilling, for eksempel av sykehusene, er identisk med privatisering og kapitalismens inntog i helsevesenet. Det regjeringen nå foreslår, og som Akademikerne og Legeforeningen støtter, er å skille sykehusene fra den offentlige forvaltning, men fortsatt i hundre prosent statlig eie.

Jeg deler Dag Johansens bekymring for velferdssamfunnets fremtid. Men jeg tror oppriktig at fornyelse og revitalisering av offentlig sektor er en helt nødvendig forutsetning for å bevare den. Man trenger ikke prosjekter for å sikre de kjøpekraftige og de arbeidsføre, disse gruppene vil greie seg ganske bra uten en sterk offentlig sektor. De svakeste trenger imidlertid vår solidaritet, den bidrar vi til ved å utvikle en livskraftig og konkurransedyktig offentlig sektor undergitt politisk styring.

Hele Legeforeningen bør ta del i debatten om hvordan vi ønsker fremtidens sykehus. Alle våre organisasjonsledd blir bedt om synspunkter. På vår nettside vil våre medlemmer finne notatet «Staten overtar sykehusene – hva så?». Alle er selvfølgelig velkomne til å delta i debatten og ha egne synspunkter.

Oslo

Hans Petter Aarseth
president
Den norske lægeforening

Litteratur

1. Johansen D. Nedbygging av velferdsstaten. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 218–9.
2. Aarseth HP. Videreutvikling av velferdssamfunnet. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3480.