

- International Agency for Research on Cancer. Tobacco habits other than smoking. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum 1985; 37: 37–136.
- 9th report of carcinogens. U.S. Department of Health and Human Services. National Toxicology Program. Research Triangle Park, NC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
- Schildt E-B, Eriksson M, Hardell L, Magnuson A. Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *Int J Cancer* 1998; 77: 341–6.
- Lewin F, Norell SE, Johansson H, Gustavsson P, Wennerberg J, Björklund A et al. Smoking tobacco, oral snuff, and alcohol in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer* 1998; 82: 1367–75.

T. Steen svarer:

Mitt innlegg handlet om hvorvidt Legeforeningen bør bruke medlemmenes penger på helseopplysningskampanjer, og hvilke argumenter den i så fall bør bruke (1). Foranledningen var seminaret Snus, noe griseri. Jeg hevdet at opplysningskampanjer Legeforeningen deltar i, bør bygge på vitenskapelige fakta fremfor subjektive karakteristikk. Informasjonssjef Ellen Juul Andersen og profilert antitobakksprofessor Tore Sanner svarer med å gjenta at snus gir munnhulekreft og er grisete.

Sanner hevder at to undersøkelser (2, 3) viser at snus gir kreft. Jeg siterer fra artiklene konklusjoner: «In conclusion, our results do not support any association between the use of oral snuff and oral cancer» (2). «No significantly increased RR was found for the use of Swedish oral snuff» (3). Sanner bør slutte å angi disse som referanser for sin påstand om at snus gir munnhulekreft. Den økte relative risiko for tidligere snusere, som Sanner viser til, var ikke-signifikant (2, 3). Ikke-signifikante delresultater er vanligvis ikke holdbare. Sanner må gjerne spekulere over hvorfor studiene var negative. Men spekulasjoner er ikke bevis.

Sanner har rett i at alkohol kan være forklaringen på mer munnhulekreft i snusløse vinland enn i Sverige. Alkoholbruk gir risiko for munnhulekreft (2, 3). Hvis formålet er å fremme folkehelsen, burde Sanner & Juul Andersen moralisere mot alkohol før de går løs på en vare som i hvert fall ikke skader andre enn brukeren. Men tobakksmoralisme er vel mer lettvent.

Jeg fastholder at Legeforeningen bør være objektiv og vitenskapelig og konsentrere seg om veldokumenterte farer hvis den absolutt må drive folkeopplysning. Informasjonssjefen kan mene hva hun vil om «griseri» privat. Men på foreningens vegne bør hun avstå fra den slags karakteristikk. Hva ville reaksjonen blitt om man i en opplysningskampanje f.eks. kalte fete mennesker «frastøtende»? Saklighetsnivået er det samme. Og det ligger langt under hva Legeforeningen bør assosieres med. Det var poenget i mitt innlegg (1). Jeg foreslår at foreningens ledelse sørger for en mer kritisk vurdering av eventuelle fremtidige «opplysningskampanjer».

Torkel Steen
Oslo

Litteratur

- Steen T. Foreningen til griseriets bekjempelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 83.

Alkohol er et elendig legemiddel

Redaktørens minileder i *Tidsskriftet* nr. 2/2003 (1) inneholdt en påstand som jeg vil påstå er helt feil. Charlotte Haug sier om alkoholens mulige positive virkninger: «Et legemiddel med samme effekt ville utvilsomt blitt godkjent.» *Tidsskriftet* inneholder mange gode artikler om alkoholens virkninger, og det som preger alle disse, er en klar skepsis til at man skal kunne bruke mulige gunstige virkninger på risikoen for hjerte- og karsykdommer som nyttig verktoy for folkehelsen. Tvert imot er Jørg Mørlands konklusjon helt klar på at alkohol slett ikke har slike gunstige virkninger som skulle berettige til medisinsk bruk (2). Med alle alkoholens skadevirkninger på helse og samfunn, altså bivirkningene, ville stoffet aldri ha passert kontrollen for nytt legemiddel.

Litteraturen om alkoholens mulige effekter på risikoen for hjerte- og karsykdommer er stor, og det foreligger offentlige utredninger som klart fraråder alkohol brukt som et slags legemiddel.

Jeg savner omtalen av en viktig publisering fra Italia, der man sammenholder alkoholrelaterte dødsfall i to perioder, 1983 med 68 000 døde og 1996 med 42 000 døde, med estimerte forebyggende effekter på død av kardiovaskulære årsaker. Konklusjonen er klar: Alkoholrelaterte dødsfall var overveldende i forhold til den mulige preventive effekt på død av kardiovaskulære årsaker (3).

Debatten om kardioprotektiv effekt er tøvette. Hjerte- og karsykdom forebygges vi effektivt på helt andre måter, og en mulig effekt av alkohol blir helt marginal i forhold til effekten av røykestopp, kostholdsomlegging, mosjon og statiner.

Carl Ditlef Jacobsen
Kolbotn

Litteratur

- Haug C. Gladnyhet med bismak. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 129.
- Mørland J. Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 180–4.
- Corrao G, Rubbiati L, Zamboni A, Arico S. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. *Eur J Public Health* 2002; 12: 214–23.

Perkutan koronar intervensjon

Vi har med interesse lest Tom Sundars reportasjer i *Tidsskriftet* nr. 2/2003 (1). Vi i Tønsberg mener at forutsetningene for

å opprette et invasivt senter her for å utføre perkutan koronar intervensjon (PCI) så absolutt er til stede. Sykehuset i Vestfold har i dag åtte kardiologstillinger, hvorav seks er besatt med kardiologer og to med indremedisinere med spesialinteresse for kardiologi. En av de to sistnevnte stillinger innehas av en lege som blir ferdig kardiolog i 2004, mens en som allerede er ansatt, har erfaring med over 4 000 koronare angiografier og over 500 PCI-behandlinger i Tyskland. Godt over 300 000 mennesker bor slik til at de kan nå sykehuset i Tønsberg på under en time. Med den sterke motivasjon vi har for å opprette et slikt invasivt senter, synes vi det er forstemmende å lese at Tom Sundar skriver følgende i siste del av reportasjen: «Aker universitetssykehus og Sykehuset Østfold er ikke alene om å skrinlegge planene for PCI-virksomhet. Etter det *Tidsskriftet* erfarer, er sykehusene i Tønsberg, Ålesund og Kristiansand i samme situasjon.» Som det fremgår av betraktningene ovenfor, er planene for Tønsberg på ingen måte skrinlagt. Før man trykker slike utsagn i *Tidsskriftet*, hadde det vært rimelig å kontakte ledelsen for indremedisinsk virksomhet, og da spesielt kardiologi, for å få dem bekreftet. Miljøene i Kristiansand og Ålesund får svare for seg, men inntrykket fra Kristiansand, som er i samme region som oss, er heller ikke preget av «skrinlegging».

Vi har også lest intervjuene med Rune Wiseth og Jan Erik Nordrehaug i samme nummer (1). Vi merker oss der at sistnevnte anfører at «på landsbasis er det rom for å opprette 1–2 nye sentre». På den annen side uttaler Olav Helge Førde (1) at anbefalingene i SSM-rapporten går i retning av å utvide virksomheten ved de eksisterende invasive sentrene og bygge ut kapasiteten i pasienttransporten. Ved gjennomlesning av artikkelen til Halvorsen og medarbeidere (2) får man ikke noe klart inntrykk av en slik tolking. Derimot påpekes det at «hvilke løsninger som skal velges, kan variere mellom de ulike helseregioner». Således kan det være opp til de enkelte helseregioner å komme frem til den optimale løsning med henblikk på desentralisert PCI-virksomhet eller ikke.

Jan Erik Otterstad
seksjonsoverlege, Hjerteseksjonen

Jøran Hjeltnes
konstituert avdelingsoverlege

Torbjørn Hoffstad
klinikksjef
Klinikk Medisin, Sykehuset i Vestfold HF

Litteratur

- Sundar T. PCI som akutt behandling – hvor og hvordan? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 196–8.
- Halvorsen S, Myhre KI, Steigen T, Nordrehaug JE, Gundersen T, Wiseth R. Primær angioplastikk eller trombolytisk behandling ved akutt hjerteinfarkt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 152–5.