



Brev til redaktøren

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

Helseskader ved passiv røyking

Erik Nord har gjentatt ganger kritisert vår kunnskapsoppsummering om helseskader ved passiv røyking og kalt den forskningsfusk. Mye av kritikken skyldes utvilsomt at Nord som økonom mangler biologisk innsikt og har liten kunnskap om passiv røyking og helseskader.

Vi har imøtegått kritikken til Nord i vår artikkel i Tidsskriftet nr. 3/2004 (1). Nord hevder imidlertid at vi ikke har kommentert hans spørsmål om lave nivåer av eksponering for passiv røyking og helseskader (2). Han uttalte nylig til Dagens Medisin (3) at «det finnes ikke dekning for å hevde helseskader ved så lave eksponeringsgrader for tobakksrøyk, slik Dybing og Sanner fremholder i sin utredning». Der tar Nord feil.

Nord har tidligere angitt 5 µg/m³ med nikotin som et eksempel på det han mener med et lavt eksponeringsnivå (4). I vår artikkel (1) siterte vi WHO's kreftforskningsinstitutt IARC som i en større evaluering av publiserte undersøkelser av effekter av passiv røyking på utvikling av lungekreft og hjerteinfarkt (5) konkluderte med at nikotinkonsentrasjonen i hjem hvor det røykes og på arbeidsplasser hvor det er tillatt å røyke, i gjennomsnitt ligger i området 2–10 µg/m³. Vi refererte også en større undersøkelse som omfattet 940 kontorer og 91 hjem i USA, der det ble funnet at det gjennomsnittlige nikotinnivået var 4,1 µg/m³ i kontorer og 4,3 µg/m³ i boliger. Storparten av undersøkelsene hvor de helseskadelige effektene av passiv røyking er avdekket og dokumentert, er således blitt utført ved nivåer av tobakksrøyk i omgivelsesluften som Nord karakteriserer som lave og uskadelige.

Tore Sanner

Det norske radiumhospital
Oslo

Erik Dybing

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Sanner T, Dybing E. Risiko for lungekreft og hjertesykdom ved passiv røyking. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 387–8.
2. Nord E. Passiv røyking, troverdighet og rolleblending. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 831–2.
3. Halvorsen P. Ingen fredspipe fra Nord. Dagens Medisin 13.5.2004.
4. Nord E. Uetterrettelighet om røyking i den sentrale helseforvaltning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2763–4.
5. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum 2004; 83: 51–1413.

E. Nord svarer:

Når det gjelder lave nivåer av passiv røyking, gjengav Erik Dybing og Tore Sanner ukritisk feilaktige referanser til James Repace i sitt bidrag til røykelovproposisjonen (1). De forbigikk i taushet dette poenget i sitt svar til meg og kom i stedet med nye referanser (2). Det tyder på at selv en helseøkonom kan finne korn. Kornet er da saken, ikke helseøkonomen.

I mitt neste innlegg etterlyste jeg Dybing & Sanners innrømmelse av den feilen de først hadde begått (3). Deres nye referanser mente jeg at et verdimesig bredt sammensatt norsk ekspertpanel burde vurdere. Setningen om dette forsvant under forkorting fra redaksjonens side. Jeg mener det samme om de referansene de nå gjentar. De er sikkert interessante. Men ingen forsker kan regne med at det også å være sterkt engasjert og programforpliktet politiker og advokat på eget felt er uten konsekvenser for hans/hennes fortolkning av data og troverdighet utenfor kretsen av meningsfeller. Det er merkelig at det skal være så vanskelig for Dybing & Sanner – og deres mange meningsfeller i røykesaken – å innse dette.

Erik Nord

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Nord E. Uetterrettelighet om røyking i den sentrale helseforvaltning. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2763–4.
2. Sanner T, Dybing E. Risiko for lungekreft og hjertesykdom ved passiv røyking. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 387–8.
3. Nord E. Passiv røyking, troverdighet og rolleblending. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 831–2.

Røyking og verdighet – en siste gang

I sitt innlegg i Tidsskriftet nr. 2/2004 gir Marianne Solli uttrykk for at hun kjenner meg (1). Mer interessant for allmennheten er spørsmålet om hvilke metoder vi som leger eller som samfunn vil bruke for å «påtvinge» andre en sunnere eller bedre livsstil. Det er lett å slå om seg med profesjoruttalelser og tall. Ingen betviler at røyking er usunt, i likhet med mye annet vi gjør, for eksempel å drikke søt brus eller spise mange pølser, for ikke å snakke om å innta alkohol. Men skal vi derfor forby pølsesalg eller skatlegge brus som alkohol? Hva blir det neste, kanskje saltet i maten?

Problemet er: Hvor setter vi grensen med forbud og lovpålagte restriksjoner? Hvor bør vi heller gå frem på en mykere måte bare med forståelsens våpen? Jeg mener at når det gjelder en så kulturelt betinget uvane som røyking, må det i hovedsak sates mer på forståelse av egen og andres helse, men med den viktige begrensning at loven må brukes for å beskytte mot skadelig passiv røyking.

Som lege vil jeg både overfor en pasient og den brede offentlighet spre saklig informasjon om helse og uhelse, inkludert tobakks- og andre nytelsesmidlers skader. Jeg vil tenke nøye igjennom mine metoder, slik at jeg ikke samtidig stiller meg på linje med folk eller metoder jeg forakter. Målet helliger, som kjent, ikke midlet fullt ut. Jeg mener faktisk at metoden betyr like mye som målet.

Vi skal alle dø av noe, men vi skal ikke alle leve for noe – i betydningen leve et rikt liv. Dette innebærer å ha egen kontroll over livsstil og helse og ha frihet til å ta avgjørelser om det som angår en selv, selv om avgjørelsene av og til er gale. Overvåking og lovtvang må derfor doseres med respekt for individet, slik at den enkelte får handlingsrom. Etter min mening innebærer det også et røykerom, spesielt på sykehus.

Lasse Efskind

Aker universitetssykehus

Litteratur

1. Solli M. Røyking og verdighet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1669.

Forskning på barn

I debatten om forskning på barn påstår Dag Bratlid i Tidsskriftet nr. 8/2003 at «kartet ikke lenger stemmer med terrenget, idet oppfatningene blant forskerne (og de forskningsetiske komiteene?) kanskje ikke lenger samsvarer med lover og regelverk» (1).

Etter mitt syn er det ikke noe problem at kartet ikke alltid stemmer med terrenget. Det er heller ikke noe problem at Datatilsynet av og til setter strengere vilkår enn det de regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk gjør. Disse enhetene har ulike mandater, selv om de overlapper på viktige punkter. Etik og jus verken skal eller bør være identiske størrelser. Terrenget er oftest mer komplisert enn kartet, og kartet kan ikke i detalj avgjøre vanskelige valg i konkrete situasjoner.