



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Tid er avgjørende ved hjerte-lunge-redning

Etter at Pantridge og medarbeidere startet med legebemannet ambulansetjeneste i Belfast i 1966 (1), vokste interessen for å redde personer med hjertestans i den prehospital fase raskt over hele verden. I Norge ble metoden tidlig introdusert. Jens Moe (1943–2000) opprettet en legebemannet ambulansetjeneste i Oslo allerede som medisinstudent i 1967. De første resultatene ble publisert av Lund & Skulberg (2).

Lars Wik og medarbeidere har nylig publisert en studie om hjerte- og lungeredning i *JAMA*, der de med stor nøyaktighet påviser hvilke feil som skjer under behandlingen, selv hos profesjonelle livreddere (3). Artikkelen er viktig fordi den danner et utvidet grunnlag for en bedre opplæring av ambulansespersonellet. Likevel viser studien at lite er oppnådd når det gjelder overlevelse etter hjertestans utenfor sykehus i løpet av de siste 40 årene. Det er fristende å minne om en undersøkelse fra Bærum sykehus publisert i 1977, der daværende anestesioverlege Anna Kristine Amundsen hadde utarbeidet et program for utrykningsambulansetjeneste bemannet med anestesisykepleiere (4). Blant 73 pasienter der hjerte-lunge-redning ble utført, var primær resuscitering vellykket hos 20 pasienter (27%), og ti pasienter (14%) ble utskrevet i live. I Wik og medarbeideres materiale ble seks pasienter (3%) utskrevet i live (3). I materialet fra Bærum sykehus ble tiden det tok fra hjertestans inntrådte til resuscitering ble påbegynt, omtalt som den avgjørende faktoren med seks minutter som en kritisk grense (4). En gjennomsnittlig lengre responstid før behandling ble igangsatt, må være en viktig tilleggsforklaring på det dårlige overlevelsesresultatet i Wik og medarbeideres studie.

**Per Årva**  
Luftfartstilsynet

#### Litteratur

1. Pantridge JF, Geddes JS. Mobile intensive-care unit in management of myocardial infarction. *Lancet* 1967; 2: 271–3.
2. Lund I, Skulberg A. Experiences with a doctor-manned ambulance service in Oslo. *J Oslo City Hosp* 1971; 21: 150–8.
3. Wik L, Kramer-Johansen J, Myklebust H et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2005; 293: 299–304.
4. Årva P. Prehospital resuscitering av hjerteinfarkt-pasienter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1977; 97: 1259–61.

### L. Wik svarer:

Tid fra hjertestans inntreffer til basal hjerte-lunge-redning startes av legfolk (1) eller til første defibrillering utføres (2), er avgjørende for overlevelse etter hjertestans utenfor sykehus. I vår studie, som nylig ble publisert i *JAMA*, var ikke overlevelse primært endepunkt, men kvalitet av hjerte- og lungeredning utført av utrykkende tjeneste (3). Kvaliteten ble registrert via en spesialkonstruert defibrillator og sammenliknet med retningslinjene (4). Vi fant at brystkompresjon ikke ble gitt i 48% (95% KI 45–51%) av tiden det ikke var spontan sirkulasjon (38% (95% KI 36–41%)) der som man trekker fra den tiden som må brukes for å analysere EKG og defibrillere), gjennomsnittlig brystkompresjonsdybde var 34 mm (95% KI 33–35 mm), og 61 pasienter (35%) fikk restartet hjerteaksjonen.

Sammenlikning av studier med nesten 30 års tidsforskjell er meget vanskelig. Særlig gjelder det spørsmål knyttet til responstid. I 2005 har vi digital tidsangivelse der alle aktuelle klokker er synkronisert. Vår studie inkluderte alle typer hjertestans utenfor sykehus, mens studien fra Bærum sykehus kun inkluderte pasienter som fikk hjertestans ved hjerteinfarkt. Det blir derfor vanskelig å sammenlikne disse studiene og konkludere med at lengre responstid var tilleggsårsak til de ulike resultatene. Den viktigste årsaken til forskjellene er heller at disse to materialene vanskelig kan sammenliknes, da de omhandler studier av helt forskjellige hjertestanspasienter.

**Lars Wik**  
Oslo

#### Litteratur

1. Wik L, Steen PA, Bircher NG. Quality of bystander cardiopulmonary resuscitation influences outcome after prehospital cardiac arrest. *Resuscitation* 1994; 28: 195–203.
2. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO et al. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 1652–8.
3. Wik L, Kramer-Johansen J, Myklebust H et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA* 2005; 293: 299–304.
4. International guidelines 2000 for CPR and ECCL: a consensus on science. *Resuscitation* 2000; 46: 1–448.

### Screening for arvelig hemokromatose?

I Tidsskriftet nr.1/2005 stod det en artikkel av Gunnar Moulund og medarbeidere om hemokromatose (1), og artikkelen er kommentert av Arne Åsberg på lederplass (2).

Moulund og medarbeidere refererer en studie hvor gentest er så sentralt at mesteparten av konklusjonen i sammendraget handler om det. Den omtalte gentestingen er imidlertid ikke nevnt under materiale og metode, og synes ikke å være godkjent av etisk komité. Når både Fylkestyngdekantoret og Fylkesmannen i Aust-Agder er medansvarlige institusjoner, blir dette påfallende. Det er underlig at Tidsskriftet trykker en vitenskapelig artikkel hvor det ikke er naturlig sammenheng mellom de resultater som presenteres og de konklusjoner som trekkes.

Åsberg diskuterer hvorvidt man bør foreta screening av nyfødte eller unge voksne for å avdekke genetisk disposisjon for hemokromatose. Det er utkrystallisert en rekke krav som stilles til slik screening, men de er ikke referert til. Det er som om hemokromatose ikke er en del av den vanlige verden, og at alminnelige prinsipper skal oppdages på nytt. I tillegg kommer at det i alle europeiske land, inkludert Norge, er omfattende lovverk som regulerer bruk av prediktive gentester. Det angjeldende lovverket er så omfattende og er bygd så prinsipielt på etiske betraktninger, at å ignorere lovverket slik Åsberg gjør, synes å stride mot alminnelig legeetik. Uansett er holdningen i konflikt med legetilværet om å respektere lover og regler. Inngressen er i denne sammenheng avslørende: Det er ikke kunnskap og gjeldende regler, men hva *legene vet*, som er avgjørende. Hvilke leger det tenkes på, er imidlertid uklart.

Problemstillingen blir utenfor den alminnelige referanseramme for å diskutere forebyggende helsetiltak, når man vurderer nyfødtscreening med gentester for å forebygge en sykdom som ikke gir symptomer før i voksen alder. Det er forbud mot slikt i alle vestlige land.

Lederartikkelen synes å handle om at man ikke naturvitenskapelig vet hvordan hemokromatose kan forebygges. Det kan synes som om lederskribenten selv foreslår noe han er imot, for deretter å konkludere med at dette burde ikke vært foreslått. Det er en uvanlig struktur i et vitenskapelig innlegg. Man kan produsere mange artikler

over tilsvarende lest: Det er mye man kan tenke på som man finner ubegrunnet og som man derfor offentlig kan ta avstand fra. Jeg antar at Tidsskriftet er redaksjonelt ansvarlig for innholdet i Åsbergs lederartikkel. Dette må ha vært en dårlig dag på jobben.

**Pål Møller**  
Oslo

#### Litteratur

1. Moulund G, Bratland B, Hornnes M-B et al. Forhøyet serum-ferritinnivå og hemokromatose i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 20–2.
2. Åsberg A. Screening for arvelig hemokromatose? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 15.

#### G. Moulund og medarbeidere svarer:

Det meste av Pål Møllers innlegg gjelder Arne Åsbergs lederartikkel for og imot screening for hemokromatose. Dette kan nok Åsberg kommentere best selv.

Vi synes det er vanskelig å få tak i poenget med Møllers innvendinger mot vår artikkel. Gentesten er omtalt under materiale og metode – det er nemlig den vanlige gentesten for hemokromatose som er alminnelig tilgjengelig for norske leger. Vi valgte å sende prøven til hormonlaboratoriet ved Aker universitetssykehus. Vår undersøkelse er godkjent av etisk komité, slik det også står i artikkelen. To av forfatterne har sitt arbeidssted ved henholdsvis Fylkestyngdekantoret og Fylkesmannen (Fylkeslegen), men de skriver selvfølgelig som selvstendige leger. Det er vel ikke vanlig å regne hele ens arbeidssted som «medansvarlig» når man er medforfatter av en artikkel? I vår undersøkelse ble ikke gentesting brukt som screeningundersøkelse, men som en klinisk laboratorieprøve hos enkeltpasienter som ble utredet for hyperferritinemi. For sikker diagnostikk av hemokromatose måtte man tidligere oftest gjøre leverbiopsi. Nå kan man oftest nøye seg med en enkel blodprøve. Et av formålene med vår undersøkelse var å foreslå en mer systematisk måte å utrede de mange pasientene som har høye ferritinverdier. I dag foregår slik utredning ofte uensartet og usystematisk.

**Gunnar Moulund**  
**Bjørn Bratland**  
**Magn-Bjørn Hornnes**  
Legegruppen Grandgården  
Arendal

**Hans Petter Asser**  
**Jan Lier**  
Fevik legesenter

**Harald Reiso**  
Fylkestyngdekantoret i Aust-Agder

**Ellen Rygh**  
Fylkesmannen i Aust-Agder

#### A. Åsberg svarer:

På bakgrunn av en lederartikkel i Tidsskriftet, der jeg argumenterer imot nyfødt-screening for hemokromatose, har Pål Møller funnet ut at jeg ignorerer lovverket og opptrer uetisk. Hans påstand er ikke bare grovt usaklig, men direkte ufin. Og det fortsetter i samme stilen: Jeg skal ha foreslått noe jeg er imot (antakelig screening for hemokromatose), for så å konkludere med at det ikke burde ha vært foreslått. Hvis Møller har fulgt med i den internasjonale debatten om screening for hemokromatose, vet han inderlig vel at undertegnede ikke har lansert den ideen. Møllers mer generelle utsagn om min lederartikkel må derfor være tuftet på uvitenhet eller et ønske om usaklig debatt. Ingen av mulighetene er særlig flatterende, og som grunnlag for å vurdere andres arbeid er de lite egnet.

**Arne Åsberg**  
Trondheim

#### Østrogenbehandling og brystkreft

Kjersti Bakken og medarbeidere foreslår i Tidsskriftet nr. 3/2005 at bruk av østrogen for menopauseplager er den viktigste årsaken til økt brystkrefthyppighet i perioden 1985–2001, og at østrogenbehandling har ført til 300 flere brystkrefttilfeller årlig (1). Forfatterne diskuterer ikke at insidensøkningen i stedet kan skyldes en kombinasjon av tidligdiagnostikk (2) og overdiagnostikk (3) på grunn av oppstart av mammografiscreening.

Basert på data fra Norgeshelsa (4) finner vi at årlig antall nye brystkrefttilfeller per 100 000 kvinner i aldersgruppen 45–64 år økte fra 146 i perioden 1986–90 til 234 i perioden 1996–2001. Dette tilsvarer 400 flere brystkrefttilfeller årlig i Norge.

Bakken og medarbeidere mener altså at rundt 75 % av økningen i brystkreftinsidens i 1990-årene skyldes østrogenbruk. Hvis Bakken og medarbeidere har rett, burde brystkreftinsidensen nå begynne å falle dramatisk, siden salget av systemiske østrogener har falt med 40 % fra 2001 til 2004.

**Per-Henrik Zahl**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt

**Jan Mæhlen**  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Bakken K, Alsaker E, Eggen AE et al. Østrogenbehandling og brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 282–5.
2. Ertzaas AKO, Hofvind SS-H, Thoresen SØ. Mammografiprogrammet i Norge. Evaluering av prøveprosjektet 1996–2000. Oslo: Krefregisteret, 2000.
3. Zahl P-H, Strand BH, Mæhlen J. Breast cancer incidence in Norway and Sweden during introduction of nation-wide screening: prospective cohort study. BMJ 2004; 328: 921–4.
4. Norgeshelsa. [www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp](http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp) (7.2.2005).

#### K. Bakken og medarbeidere svarer:

I sitt innlegg tolker Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen oss dit hen at nesten all økning i brystkreftinsidens i 1990-årene skyldes østrogenbruk, mens mammografiscreening er uten betydning. Det kjenner vi oss ikke igjen i. Det vi har sagt, er at data fra Kvinner og kreft-studien, hvor vi har kunnet vurdere begge faktorerens betydning, viser at østrogenbruk synes å ha hatt større betydning for økningen i aldersgruppen 45–64 år (relativ risiko 2,2; 95 % KI 1,5–3,1) enn screening (relativ risiko 1,2; 95 % KI 0,9–1,7). Dette fremgår blant annet av et innlegg i Tidsskriftet nr. 21/2004 (1). For øvrig er vi like spent som Zahl & Mæhlen på hvordan kurven for brystkreftinsidens nå vil avtegne seg ettersom salget av østrogener stadig synker.

**Kjersti Bakken**  
Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø

**Elin Alsaker**  
Medisinsk fødselsregister

**Anne Elise Eggen**  
**Eiliv Lund**  
Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Bakken K. Har østrogenbehandling betydning for insidens av brystkreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2801.

#### Feil om tiazider

Vi ønsker ikke å starte en føljetong om tiazider i Tidsskriftet. Imidlertid mener vi at tilsvaret fra Sverre Kjeldsen og medarbeidere (1) på vårt innlegg (2) i Tidsskriftet nr. 3/2005 krever en kommentar.

Kjeldsen og medarbeidere presenterer i sitt tilsvarende (1) en tabell som er omarbeidet fra en artikkel i *American Journal of Hypertension* i 1991 (3). Men tabellen til Kjeldsen og medarbeidere avviker betydelig fra originalen, idet den er feil. Det er gjort justeringer som verken kan eller bør gjøres (tab 1). I dette tilfellet ender justeringen opp med et resultat som er fornøylig, men tydeligvis utilsiktet fra forfatternes side: placebo kommer best ut, klart bedre enn både propranolol og bendroflumetiazid. Videre er tabellteksten, «Aldersjusterte rater per 1 000 pasientår for plutselig død og koronare hendelser», helt feilaktig og viser ikke det tallene i tabellen refererer til, uansett hvilke av de to tallgruppene som brukes (tab 1). Formuleringen «Age-adjusted rates per 1000 patient years» er riktignok brukt i en parentes i tabelltittelen i publikasjonen fra 1991 (3), men dette henviser på helt andre tall enn dem Kjeldsen og medarbeidere refererer til.

Vi har tidligere kommentert resultatene fra MRC-studien (2). MRC-studien er en av