

til fødselsvekt, men ingen av disse korrelasjonene var statistisk signifikante, og da pleier man faktisk ikke å kommentere resultatene. Vi påpeker videre at her trengs det flere studier.

**Margaretha Haugen
Jan Alexander**

Avdeling for næringsmiddel toksikologi
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Haugen M, Alexander J. Kan konjugerte linolsyrer i CLA-produkter løse overvektspørsmål? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3051–4.
2. Gaullier JM, Halse J, Høye K et al. Conjugated linoleic acid supplementation for 1 y reduces body fat mass in healthy overweight humans. Am J Clin Nutr 2004; 79: 1118–25.
3. Riserus U, Vessby B, Arnlov J et al. Effects of cis-9,trans-11 conjugated linoleic acid supplementation on insulin sensitivity, lipid peroxidation, and proinflammatory markers in obese men. Am J Clin Nutr 2004; 80: 279–83.
4. Moloney F, Yeow TP, Mullen A et al. Conjugated linoleic acid supplementation, insulin sensitivity, and lipoprotein metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 2004; 80: 887–95.

Medisinsk dialektikk

Terje Risberg besvarer i Tidsskriftet nr. 4/2005 (1) mitt innlegg i samme nummer (2), der jeg kommenterte Risberg og medarbeideres artikkel om komplementær behandling i sykehus (3). Det er godt å vite at Risberg og hans medforfattere selv forstår hva de formidler til oss andre. Enda bedre ville det ha vært om også leserne forstår det. Når «3 separate spørsmål» stilles i en medisinsk gallup om betaling av komplementær behandling og således gir svarprosent på langt over 100, ville det kanskje vært bedre å la dem som skal besvare spørsmålene, få en rubrikk som gir mulighet til å kombinere betalingsformene (syketrygd, forsikring, privat) og å ha en rubrikk for «vet ikke». Da kunne prosent bety «av 100», som det normalt betyr. Det skulle ta seg ut om politiske meningsmålinger bestod av «separate spørsmål» om hvilke partier man kunne tenke seg å stemme på. Da ville RV og Venstre også komme godt over sperregrensen.

Ellers ville jeg, i motsetning til forfatterne, bekymre meg over en svarprosent på 61. Man kan neppe anta at de som ikke gidder å svare på en undersøkelse om komplementær medisin, er de som er opptatt av det. Jeg stilte spørsmål om denne svarprosenten, men det hopper Risberg glatt over (1). Tydeligvis mener Risberg og hans medforfattere at en svarprosent på 61 er tilfredsstillende. Jeg tror ikke det.

Når Risberg og hans medforfattere klarer å få frem at hele 63 % av dem med negativ holdning til komplementær behandling mener den bør gis rutinemessig eller av og til, viser det at hva som helst kan bevises med statistikk, i alle fall med khikvadratesetting.

Jeg takker Risberg for at han gjør meg oppmerksom på at jeg ikke kan legge sammen prosentene i tabellene hans. Eller for å si det med hans egne ord: «I logistisk regresjon dikotomerer man den avhengige variabelen; man kan like det eller ei, men slik er det bare.» Det ser ut til at man kan gå Erasmus Montanus en høy gang, også i våre dager.

Steinar Berge
Kristiansund

Litteratur

1. Risberg T. Køpenickiade? Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 467–8.
2. Berge S. Køpenickiade? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 467.
3. Risberg T, Bremnes Y, Kolstad A et al. Tilbud om komplementær behandling i sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3078–80.

Uetisk markedsføring av øyekirurgi

Gjennom pågående markedsføring blir norske brille- og kontaktlinsebrukere stadig eksponert for overskrifter av typen «Frihet ... uten briller eller kontaktlinser» – dette som et eksempel på markedsføring fra en av de private øyeklinikkene som tilbyr kirurgiske inngrep for korreksjon av synsfeil. Det samme budskapet kommer også tydelig frem på nettstedet og i annonsering i dagsaviser. Et av nettstedene har til og med valgt domenenavnet brillefri.no. Denne form for markedsføring er både uetisk og misvisende. På lengre sikt er det kun unntaksvis at de som får korrigeret synsfeil ved hjelp av kirurgi, slipper unna annen synskorreksjon. Riktignok er dagens operative inngrep betydelig bedre enn hva som var tilfellet for få år siden. Men uansett om operasjonen blir vellykket eller ikke, vil behovet for «lesebriller» dukke opp for de aller fleste i 45–50-årsalderen. Dette skyldes normale aldersendringer, uavhengig av om man er laseroperert eller ikke.

Sammenliknet med briller og kontaktlinser er refraktiv kirurgi mindre forutsigbart når det gjelder presisjon, særlig ved store ametropier. Også den mest benyttede operasjonsmetoden LASIK (laser in situ keratomileusis) er fortsatt forbundet med en ikke ubetydelig grad av komplikasjoner (1). Ett tiltak for å forebygge komplikasjoner er god pasientutvelgelse (2). Pågående og misvisende markedsføring er neppe med på å fremme dette. Det er svært betenkelig at enkelte norske øyeleger i sin markedsføring lokker brille- og kontaktlinsebrukere med et «løfte» om at de i fremtiden ikke vil få behov for annen synskorreksjon.

I Storbritannia er liknende markedsføring nylig blitt påtalt, og britiske helsemyndigheter har utarbeidet retningslinjer rundt refraktiv kirurgi (3). Standarder er også utarbeidet av The Royal College of Oph-

thalmologists med balanserte føringer og anbefalinger for publikum og tjenesteytere (4). I kapitlet om refraksjon i kvalitetshåndboken fra Norsk oftalmologisk forening er «Refraktiv og terapeutisk kirurgi med excimerlaser» viet noe plass, inkludert et avsnitt om pasientinformasjon (5). Her heter det: «Skriftlig informasjon om forventet resultat, risikoer, forholdsregler, og spesielle metodetilknyttede problemer (for eksempel nedsatt mørkesyn/haloer ved valg av liten optisk sone, risiko for haze ved større PRK-ablasjoner og lapp-problemer ved LASIK.» Dette er meget positivt og et råd som bør følges av alle som skal informere pasienter som vurderer refraktiv kirurgi. Det er svært betenkelig dersom denne informasjonen først gis etter at pasienten er blitt lokket inn i klinikken med løfte om «frihet ... uten briller eller kontaktlinser».

**Magne Helland
Bente Monica Aakre**

Institutt for optometri og synsvitenskap
Høgskolen i Buskerud

Litteratur

1. Pedersen OØ. Korreksjon av refraksjonsfeil med LASIK. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 44–5.
2. Jabbur NS, Sakatani K, O'Brien TP. Survey of complications and recommendations for management in dissatisfied patients seeking a consultation after refractive surgery. J Cataract Refract Surg 2004; 30: 1867–74.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Laser in situ keratomileusis (LASIK). www.nice.org.uk/page.aspx?o=236664 (17.12.2004).
4. The Royal College of Ophthalmologists. Excimer Laser Refractive Surgery 2004. www.rcophth.ac.uk/public/laser.html (16.1.2005).
5. Norsk oftalmologisk forening. Nasjonal kvalitets-håndbok for oftalmologi 2004. www.legeforening.no/index.gan?id=50726&subid=0 (17.1.2005).