

styrer med sterke kommersielle interesser. Dette åpner for økt korrupsjon, på bekostning av faglige prioriteringer. Norges forskningsråd har gått i samme retning, med økt vektlegging av næringspolitiske aspekter.

Innen medisinen har man nylig hatt skandalen med de såkalte COX-2-hemmerne, som skulle gi mindre bivirkninger, men som viste seg å gi økt forekomst av hjerte- og karsykdom. Rykter om disse komplikasjonene har versert i medisinske miljøer i mange år, men kom først nylig til overflaten. Det er også blitt skrevet mye om såkalte spøkelsesforfattere (ghost authors), dvs. forfattere av medisinsk litteratur som kun har signert en artikkel som kommer fra f.eks. et farmasøytisk firma (3, 4). Dette burde ha stått klart for alle for mange år siden, da man har sett en rekke oversiktsartikler med forfattere fra forskjellige land. Det er vanskelig å forstå hvordan og hvorfor disse skulle ha samarbeidet om å skrive disse artiklene, som i regelen har vært meget positive til bruk av medikamenter. Nylig ble det rapportert at «medisinske tidsskrifter er en forlengelse av legemiddelfirmaenes markedsføringsavdelinger» (5). Et meget anerkjent tidsskrift er for eksempel blant kolleger lenge blitt kalt *Journal of Positive Medical Studies*.

Selv har jeg i årevis arbeidet innen et felt der negative konsekvenser ved flere preparater er fremhevet. Det har som regel vært hard kamp å få disse artiklene publisert. Generelt har det i flere tidsskrifter vært motvilje mot å trykke manuskripter som kan ha negative konsekvenser for farmasøytisk industri. Etter min mening har man også sett noe av den samme holdningen innen Norges forskningsråd og fagmiljøene i Norge. Det heter seg i dag at norsk forskning kvantitativt skal bringes opp på et gjennomsnittlig vesteuropeisk nivå. Det hadde kanskje vært bedre for alle dersom vi hadde fortsatt med fri og selvstendig norsk forskning, men i mindre omfang?

Helge L. Waldum

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Waldum HL. Vil frikoble legene. Dagens Næringsliv 5.6.1998.
2. Waldum HL. Fagfolk settes på sidelinjen. Aftenposten (morgenutgaven) 4.11.2004.
3. Andersen NV. Medicinalindustri bruker spøkelsesforfattere. Ugeskr Læger 2005; 167: 1828–31.
4. Mowatt G, Shiirran L, Grimshaw JM et al. Prevalence of honorary and ghost authorship in Cochrane reviews. JAMA 2002; 287: 2769–71.
5. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. PLoS Med 2005; 2: 100–2.

Etter den søte kløe...

Det er ingen nyhet at kostholdsekspertene er uenige, men uenighet bør ikke slå ut i sjikane, slik Christian Drevons anmeldelse av vår bok *Sukker – en snikende fare* fremstår (1, 2). Han finner intet positivt å si om

noen av de 18 kapitlene. Vi hevder bl.a. at sukker kan hemme immunapparatet så kraftig at mange som tidligere ble smittet av poliovirus, fikk invalidiserende poliomyelitt. Dette påviste den amerikanske legen Benjamin Sandler for over 50 år siden, men Drevon mener at dette «ikke [kan] etterprøves i noen skikkelige medisinske artikler i nyere tid...». En rekke leger og medisinske forskere berømmer Sandler for å ha reddet tusenvis av liv ved å anbefale lavglykemiske matvarer til befolkningen. I nyere tid har i hvert fall én annen forsker støttet hans forskning (3). Ikke alle konsekvenser av høyt sukkerinntak og sykdom er avklart, men det er liten tvil om at sukker bidrar til mange sykdommer og helseplager.

Vår bok er ikke basert på «udokumenterte påstander», slik Drevon hevder. Fremstillingen støtter seg på ca. 600 litteraturhenvisninger. Drevon mener imidlertid at den er «uetterrettelig» og at «en del av fremstillingen er preget av uklare og forvirrende tankerekke». Vi er glad for påvisning av feil, men vil gjerne vite *hvor* de er og hvilke av våre påstander som «ikke gir rom for skepsis og saklig tvil». Faglig uenighet er et gode fordi det bidrar til å drive forskningsprosessen videre.

Forskningen vi baserer oss på, er av varierende kvalitet, men i sum støtter den det generelle bildet som formidles i ledende vitenskapelige tidsskrifter. Hovedsporet i den forskningen Drevon representerer, har i 35 år vært overfokusert på fett som mulig sykdomsfaktor. Et slikt ensidig syn har kanalisert forskningsstøtte bort fra sukkeret, som stadig flere mener er en viktigere sykdomsfaktor enn fett. Vår hypotese er at vår virkelighetsforståelse, som er en annen enn Drevons, truer det meningshegemoniet han er en del av. Drevon og hans meningsfeller besitter sentrale stillinger innen ernæringsforskning og -forvaltning, hvor dette paradigmet beskyttes med nebb og klør. I hans øyne tar alle som hevder at menneskets naturlige føde består av lite karbohydrater og mest fett og protein feil. Stadig flere forskere baserer seg på et evolusjonært perspektiv på hva mennesket fra naturens side er best tilpasset til å spise (4), men dette vil Drevon ikke ta innover seg.

Iver Mysterud

Biologisk institutt
Universitetet i Oslo

Dag Viljen Poleszynski

Mat & Helse
Bærum

Litteratur

1. Drevon CA. Sukker er trøbbel. Anmeldelse av: Poleszynski DV, Mysterud I. Sukker – en snikende fare. Tidsskr Nor Lægeforen 2005, 125: 2044.
2. Poleszynski DV, Mysterud DV. Sukker – en snikende fare. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
3. van Meer F. Poliomyelitis: the role of diet in the development of the disease. Med Hypotheses 1992; 37: 171–8.
4. Mysterud I. Mennesket og moderne evolusjonsteori. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

C.A. Drevon svarer:

Forfatterne av boken *Sukker – en snikende fare* (1) misliker at jeg uttrykker et kritisk syn på deres fremstilling (2). De gjendriver kritikken er ved å komme med mer av det jeg har kritisert. I tillegg går de til personangrep og karakteriserer min forskning på en mildt sagt skjev måte, hvilket står helt i stil med deres lettvinde blanding av resultater og meninger i biomedisinsk forskning. Den som kan bruke Internett, kan gå inn på PubMed og sjekke min angivelige ensidighet, men det er nok for mye forlangt av sukkerforfatterne. Den mest fantasifulle hypotesen de fremsetter – at jeg føler mitt meningshegemoni truet – er jo såpass spesiell at den ligger i grenseland mellom det komiske og det tragiske. Til dem som er interessert i om denne hypotesen kan avkreftes ved å gå til kilden, kan jeg si at hypotesen er feil. Alt jeg er ute etter, er at det er skikkelig dokumenterbar kunnskap som kommuniseres, slik at kostholdet kan optimaliseres for flest mulig. Det er viktig at kunnskapsgrunnlaget er godt, ikke basert på meninger eller ønsker om hvordan saker forholder seg.

Christian A. Drevon

Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Poleszynski DV, Mysterud DV. Sukker – en snikende fare. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
2. Drevon CA. Sukker er trøbbel. Anmeldelse av: Poleszynski DV, Mysterud I. Sukker – en snikende fare. Tidsskr Nor Lægeforen 2005, 125: 2044.

Kringlen tøver

Psykiater Einar Kringlen er ute i Aftenposten 12.8. 2005 og hevder at Richard Doll burde hatt nobelprisen i medisin (1). Dette er jeg hjertens enig i. Men i følgende sitat desinformerer han kraftig: «Ingen tviler lenger på at tobakken er hovedårsaken til lungekreft. Det som er mer uklart, er hvor stor virkningen er på andre sykdommer som til eksempel hjerteinfarkt. Man er heller ikke enige om virkningene av passiv røyking. Trolig har den vanlige helsepropaganda overdrevet skadevirkningene her» (1).

Det er menneskelig å ta feil, og i det enorme medisinske fagfeltet er det lov å kunne ta feil av og til. Noen medisinske sannheter er fortsatt usikre. Men mange er meget sikre, og i dag går det ikke an å være lege og ha mistet kunnskapen om de viktigste skadevirkningene av tobakk. Dokumentasjonen er enormt stor og anerkjent i WHO og blant vår toksikologiske og epidemiologiske ekspertise.

Jeg skal bare minne Kringlen om hvor skadelig passiv røyking er for astmatikere og personer med hyperreaktive luftveier. De kan få alvorlige astmaanfall, og for mange har deres handikap forårsaket sosial

utestenging. Dette burde en psykiater kjenne til. Passiv røyking har også mange andre skadelige virkninger. Det burde være unødvendig å gjenta dem her. Jeg føler det også unødvendig å opplyse om de mange forskjellige patofysiologiske virkningsmekanismer tobakksbruk har på koronarsykdom. At Kringlen misliker offentlig helseinformasjon om tobakkskadene, får vi ta til etterretning, men det er ikke i tråd med god legeetikk. Hvilken agenda har Kringlen for denne feilinformasjonen? Hva er det som driver ham til å skrive slikt tøv?

Carl Ditlef Jacobsen
Kolbotn

Litteratur

1. Kringlen E. Legen som avslørte at tobakken dreper. Aftenposten 12.8.2005.

E. Kringlen svarer:

I ikke ukjent stil fyrer Carl Ditlef Jacobsen løs. Jeg har ikke, som Jacobsen insinuerer, benektet at tobakksbruk også disponerer for hjerteinfarkt eller at passiv røyking er uheldig for omgivelsene. Det jeg skrev var at når det gjelder hjerteinfarkt og passiv røyking, har den vanlige helsepropaganda trolig overdrevet skadevirkningene. Kan det være at Ditlef Jacobsen ikke har fått med seg den faglige debatt på dette punkt?

Selv gjorde jeg en tvillingundersøkelse av pasienter med hjerteinfarkt for flere år siden. Det som diskriminerte klart mellom diskordante eneggede par, den ene med hjerteinfarkt, den andre uten, var arbeidsbelastning. Den syke tvillingen hadde riktignok røykt mer enn den friske, men i mitt, rett nok begrensede, materiale var ikke røyking den dominerende faktor. Som professor i medisinske atferdsfag satte jeg meg også inn i den epidemiologiske litteratur på dette og andre felt av somatikken, så jeg føler ikke noe påtrengende behov for voksenopplæring fra Jacobsen. Jeg er selvfølgelig tilhenger av nøktern helseopplysning om tobakk og andre skadelige agenser i vårt miljø. Det jeg er imot, er uvitenskapelig helseinformasjon, noe vi av og til ser.

Einar Kringlen
Psykiatrisk institutt
Vinderen

Stoffmisbrukere på legekantor

I Tidsskriftet nr. 16/2005 har Dagfinn Haarr en interessant og tankevekkende artikkel (1). Konklusjonen – at pasientene på fastlegeskantoret var mer utrygge og følte ubehag på venterommet ved det legesenteret som hadde flest stoffmisbrukere – bør få en bjelle til å ringe. Dette legesenteret hadde i undersøkelsen 63 pasienter i lege-

middelassistert rehabilitering (LAR) – et høyt tall. Det har aldri vært meningen at fastlegene skulle etablere konkurrerende sentre til LAR-tiltakene. Helsedirektoratet og Legeforeningen går inn for å heve antall pasienter i legemiddelassistert rehabilitering fra dagens 3 250 til 7 000, og den dobbeltingen vil måtte skje i samarbeid med fastlegene.

I 2000 innførte man i USA Drug Addiction Treatment Act, som omhandler retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering og detoksifisering på legekantoret. Loven setter et tak på maksimalt 30 pasienter per lege eller maksimalt 30 pasienter per legesenter, og også i andre land er det tilsvarende maksimaltall og krav om sertifisering. Videre krever den amerikanske loven at for å få forskrivningsrett skal legen gjennomgå et åtte timers kurs med avsluttende prøve og sertifisering. Dette skjer i regi av American Society of Addiction Medicine og anses som helt nødvendig. Kurs og sertifisering er sannsynligvis helt nødvendig også i Norge når man ser hvor mye uforstand og aktløshet som praktiseres, spesielt i forskrivning av benzodiazepiner til denne gruppen pasienter. Til å begynne med var det Rohypnol og Flunipam. Senere, da disse medikamentene ble A-preparater og Rohypnol senere avregistrert, har Xanor tatt deres plass. Benzodiazepiner og metadon/Subutex er en uheldig kombinasjon. Samtidig bruk er årsak til både overdosering og dødsfall og til synergistiske samspill, med svekket stabilitet i forhold til psykomotorisk funksjon og velvære. Men det virker som den omfattende dokumentasjonen og retningslinjene som foreligger, er totalt ukjent. Bør Xanor bli A-preparat?

Øistein Kristensen
Sørlandet Sykehus

Litteratur

1. Haarr D. Terningskåre, pasienttilfredshet og rusmisbrukere på fastlegens venterom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2168–70.

D. Haarr svarer:

Jeg deler Øistein Kristensens skepsis til kombinasjonen av benzodiazepiner og opiater. Jeg har selv advart mot alprazolam (Xanor) (1), og jeg støtter varmt tanken om flytting til utleveringsgruppe A for dette problematiske medikamentet. Blant mine pasienter har jeg til gode å se at benzodiazepiner har bidratt til vellykket rehabilitering, inntrykket er heller det motsatte. Presset fra pasientene for å få benzodiazepiner er stort, og deres tro på disse medikamentenes effektivitet er ikke til å rokke, uansett hva slags dokumentasjon og erfaring legen kan føre i marken. Dette er en stor utfordring for behandlingsalliansen som man som fastlege må ha, også med narkomane pasienter.

Jeg støtter også tanken om en sertifiseringsordning av leger som skal drive med substitusjonsbehandling med opiater, fordi dette vil sikre faglig oppdatering av dem som skal arbeide innen feltet. Jeg tror derimot ikke at det vil påvirke bruken av benzodiazepiner i særlig grad. Pasientene får dette fra andre kilder, både fra andre leger og ikke minst illegalt innført. Jeg tror heller ikke særlig mange fastleger vil la seg sertifisere, med mindre man går inn med stimuleringstiltak i form av ekstra honorering etter normaltariffen. Arbeidet med rusmisbrukere har i utgangspunktet lav status blant fastleger. Det å få lov til å sertifisere seg uten å få andre goder enn å kunne arbeide med de tunge stoffmisbrukerne, vil nok for mange fastleger fremstå som lite attraktivt. Dermed vil det kunne bli enda vanskeligere enn det er i dag å rekruttere nok fastleger til å ta sin del av opptrapningen av kapasiteten innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) i Norge.

Den store konsentrasjonen av LAR-pasienter ved ett av legesentrene er ikke et uttrykk for at dette senteret konkurrerer med LAR-tiltaket i Vest-Agder (MARIA), snarere tvert imot. Alle LAR-pasientene ved dette senteret behandles i tett samarbeid med MARIA, det er aktive ansvarsgrupper rundt alle, og fastlegene ved senteret deltar aktivt i samtlige grupper. Fordelen er at de involverte fastlegene får høy kompetanse innen feltet og at MARIA får få, men engasjerte leger å samarbeide med. Ulempen er at svært mange av de andre 63 fastlegene i Kristiansand ikke deltar i dette arbeidet, som er både utfordrende og faglig stimulerende.

Dagfinn Haarr
Sentrum legesenter
Kristiansand

Litteratur

1. Haarr D. Alprazolam (Xanor) – et problematisk benzodiazepin. Utposten 2004, nr. 6.

■ RETTELSE

Intervjuet: Janicke Mellin-Olsen
Med verden som arbeidsplass

Marit Tveito

Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2384–5

I Intervjuet i nr. 17/2005 skulle navnet være Jannicke Mellin-Olsen.