



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeföreningen.no](mailto:tidsskriftet@legeföreningen.no)  
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Erklæringer fra sakkyndig i Seroxat-saken

Statens legemiddelverk skriver i sitt tilsvarende til mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 8/2006 om Seroxat-saken (1) at Tingrettens dom baserer seg på bl.a. sakkyndige professor Ivar Øyes uttalelse, og at han hadde tilgang til all klinisk dokumentasjon (2).

Til dette er å bemerke at Øye, ifølge hans sakkyndige erklæring, kun har lest igjennom sammenfatningen og foretatt stikkprøver, og at han bl.a. ikke har avdekket at omtrent 40 % av legemiddeldokumentasjonen ikke var innsendt legemiddelkontrollen. Det bemerkes dessuten at Øye ble innkalt av denne part som sakkyndig vitne for Borgarting lagmannsrett, og at han ifølge min klient hadde uttrykt støtte for dennes syn.

Det kan for øvrig reises habilitets-spørsmål vedrørende de sakkyndige erklæringene. For eksempel ble det etter at saken var behandlet i tingretten, avdekket at den rettsoppnevnte sakkyndige psykiateren hadde en binding til en rekke legemiddelfirmaer som produserer selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), ved at vedkommende hadde utført betalte oppdrag for disse (3–5).

Dette illustrerer etter undertegnede oppfatning ikke bare det særlige behovet i pasientsaker og legemiddelsaker om å pålegge de sakkyndige skriftlig å oppgi alle økonomiske og andre bindingsforhold som kan medføre interessekonflikter før oppnevning, men også at opplysningene bør bekreftes ved avlagt forsikring i retten, slik at det ikke er tvil om hva som er opplyst, og samtidig avklare ansvarsforholdene.

Det fremgår for øvrig av en studie at psykiatere som utarbeider diagnosekriterier (DSM) for bruk av legemidler, generelt har omfattende økonomiske interessekonflikter til legemiddelindustrien, og at publikum er uvitende om dette problemet (6).

**Edmund Asbøll**  
Oslo

#### Litteratur

1. Asbøll A. Seroxat-saken – en replikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 1082.
2. Wesenberg GR, Madsen S, Steen T. Seroxat-saken – en replikk. Statens legemiddelverk svarer. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1082.
3. Eliassen HEH. To offentlige utvalg slår alarm. Norske rettssekspertene er ikke gode nok. Aftenposten 1.10.2002.
4. Hegg A. Lykkepillebakrus for professor. Dagbladet 12.11.2003.

5. Bøhn A. Oppnevning av sakkyndige. Brev fra Borgarting lagmannsrett 20.12.2000.
6. Carey B. Study finds a link of drug makers to psychiatrists. The New York Times 20.4.2006. [www.nytimes.com/2006/04/20/health/20psych.html?\\_r=2&oref=slogin&oref=slogin](http://www.nytimes.com/2006/04/20/health/20psych.html?_r=2&oref=slogin&oref=slogin) (10.5.2006).

Redaksjonen betrakter nå denne diskusjonen som avsluttet.

### Høyt intrakranielt trykk

Jeg viser til artikkelen om dekomprimerende kraniektomi ved akutt encefalitt i Tidsskriftet nr. 9/2006 (1). Er CT og MR aksepterte metoder for å konstatere høyt intrakranielt trykk ved klinisk mistanke om meningitt før eller istedenfor oftalmoskopi før spinalpunksjon og ved andre tilstander som kan gi mistanke om høyt intrakranielt trykk, for eksempel som omtalt i artikkelen? Det er av interesse å få dette belyst nærmere.

#### Dag Pedersen

Hospitalet Betanien  
Fyllingsdalen

#### Litteratur

1. Næss H, Moen G, Mahesparan R. Dekomprimerende kraniektomi ved akutt encefalitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 1208–9.

#### H. Næss svarer:

Spinalpunksjon kan en sjelden gang indukere herniering ved forhøyet intrakranielt trykk, særlig ved raskt ekspanderende romopplyllende prosesser. CT- eller MR-undersøkelser gir mistanke om forhøyet intrakranielt trykk dersom det foreligger masseeffekt, dvs. utvisket kortikalt relieff, volumreduksjon av cisterner eller av ventrikler eller midtlinjeskift. Ved meningitt kan det foreligge forhøyet intrakranielt trykk selv om CT og MR er normal. Oftalmoskopi er ofte normal selv når det intrakranielle trykket er forhøyet. Ved akutt sykdom er det ofte vanskelig å gjennomføre oftalmoskopi, og det kan da ikke prioriteres.

Ved mistanke om meningitt bør CT vurderes for spinalpunksjon dersom minst en av følgende faktorer er til stede: alder over 60 år, immunsvikt, tidligere sykdom i sentralnervesystemet, redusert bevissthet, nevrologiske utfall eller epileptisk anfall siste uke (1). Behovet for CT og spinalpunksjon må veies opp mot nødvendigheten av tidlig

antibiotikabehandling ved akutt meningitt. Det vanligste er at CT eller MR ikke er indisert før spinalpunksjon ved akutt sykdom.

Ved elektiv spinalpunksjon bør alltid oftalmoskopi gjøres. Ved mistanke om forhøyet intrakranielt trykk ut fra anamnese, ved nevrologiske utfall eller papilloedem bør CT eller MR gjøres før spinalpunksjon.

#### Halvor Næss

Haukeland Universitetssjukehus

#### Litteratur

1. Hasbun R, Abrahams J, Jekel J et al. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. N Engl J Med 2001; 345: 1727–33.

### Helseeffekter av sol og solarier

Det er et dilemma at store soldoser gir hudkreft, mens moderate doser gir mye D-vitamin og dermed en rekke helseeffekter (1). Vi finner best kreftprognose for diagnoser stilt sommer og høst, hvilket nå er stadfestet i andre land (2). Dermatologer støtter våre D-vitaminfunn (3). Betydningen av dette understrekes i en stor artikkel og redaktørkommentar i *Journal of National Cancer Institute* (4, 5). Det sies her at en heving av kalsidiolnivået på 25 nmol/l, tilsvarende en daglig økning i inntak på 1 500 IE vitamin D<sub>3</sub> (= 20 ml tran tilsvarende noen minutters daglig middagssol midtsommers eller i et solarium), vil redusere kreftforekomsten med 17 %, kreftdødsfallene med 29 % og dødsfallene av kreft i fordøyelsesorganene med hele 45 %! Vi har et liknende kalsidiolnivå som USA, og omregnet til vår befolkning gir dette 4 000 færre nye krefttilfeller årlig (nå ca. 23 000), 3 000 færre kreftdødsfall (nå ca. 11 000), 650 færre colonkreftdødsfall (nå ca. 1 150). Dette er store og sjokkerende tall. Bruk av funn fra USA på norske forhold kan gi feil, og vi prøver å evaluere det hele ut fra norske data.

Mange av de ca. 250 årlige melanomdødsfallene i Norge skyldes ufornuftig soling. Noen vil alltid overdrive og benytte «vitenskapen» som unnskyldning for uklok oppførsel, som bråsoling.

UV-B er 10–100 ganger mer biologisk effektiv enn UV-A, og den lille UV-B-fraksjonen i alle solarier vil gi både brunfarge og D-vitaminproduksjon. UV-A kan være

melanominduserende, så også solarium-regelverket bør drøftes. Solkremer, riktig påført, eliminerer nesten helt D-vitaminproduksjon. De beskytter godt mot ikke-melanomer, men saken er uklar når det gjelder melanomer. Melanomprognose kan til og med påvirkes positivt av sol.

La oss alle tenke mer rasjonelt og la følelsesladede utsagn hvile.

Referanseliste som dekker alle utsagnene våre, kan fås ved henvendelse til A.C. Porojnicu: [a.c.porojnicu@usit.uio.no](mailto:a.c.porojnicu@usit.uio.no).

**Johan Moan**  
**Zoya Lagunova**  
**Alina Porojnicu**  
Oslo

#### Litteratur

- Holick MF. High prevalence of vitamin D inadequacy and implications for health. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 353–73.
- Lim HS, Roychoudhuri R, Peto J et al. Cancer survival is dependent on season of diagnosis and sunlight exposure. *Int J Cancer* 2006, doi: 10.1002/ijc.22052.
- Reichrath J. The challenge resulting from positive and negative effects of sunlight: how much solar UV exposure is appropriate to balance between risks of vitamin D deficiency and skin cancer? *Prog Biophys Mol Biol* 2006; 92: 9–16.
- Giovannucci E, Liu Y, Rimm EB et al. Prospective study of predictors of vitamin D status and cancer incidence and mortality in men. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 451–9.
- Schwartz GG, Blot WJ. Vitamin D status and cancer incidence and mortality: something new under the sun. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 428–30.

#### Lützw-Holm og Austad svarer:

I Tidsskriftet nr. 12/2006 påviste vi uvitenskapelig referansepraksis og flere misvisende formuleringer i en artikkel av Moan & Porojnicu om D-vitaminets fotobiologi (1, 2). I sitt tilsvarende innrømmer forfatterne at deres fremstilling ikke var tilstrekkelig balansert. Derimot blir andre av våre innvendinger avvist med at forfatterne «har rikelig med belegg for alle påstander» (3).

Dette er lite tillitvekkende. Deres påstander i artikkelen om at symptomene ved multippel sklerose og leddgikt bedres av «solstråling, sannsynligvis via D-vitaminsyntese i hud» (1), underbygger de med tre referanser. To er studier som viser nord-sør-gradient for prevalens av multippel sklerose (referanse 61 og 62), og én som diskuterer hypotesen om at D-vitamin kan spille en rolle for prevalensen av visse autoimmune sykdommer (referanse 64). Rikelig belegg for alle påstander? Moan og medarbeidere blander sammen en rekke faktorer som berører D-vitaminets rolle ved ulike sykdommer, anbefalte doserivåer i kosthold og postulerte helseeffekter. Det er ingen god forklaring å henvise til «verdens mest anerkjente D-vitaminsforskere» og til at «paradigmeskifter alltid medfører diskusjon» (3). Dette er ikke noe paradigmeskifte, men en diskusjon om hvordan optimale D-vitaminsnivåer skal oppnås.

Utfordringen i dag er å sikre tilstrekkelig D-vitamin til utsatte grupper som pga. kosthold, livsstil og klesbruk har for lite av det, bl.a. enkelte innvandringsgrupper og eldre. Kostveiledning og D-vitamin tilskudd i moderate doser er uten bivirkninger – i motsetning til en generell oppfordring til befolkningen om mer soling og solariebruk. Dette er ikke «følelser» eller «atferdspsykologi», slik Moan og medarbeidere kaller det (3), men konkret, praktisk og vanskelig folkehelsearbeid.

Trass i disse innvendingene har Moan gått ut i flere store aviser med sitt budskap om at mer soling og solariebruk er ønskelig. I dette innlegget gjentas disse synspunkter med nye misvisende formuleringer og tallberegninger. Lavt D-vitaminsnivå gir økt risiko for flere krefttyper, særlig gastro-intestinale, men funn fra slike epidemiologiske observasjonsstudier må tolkes med langt større forsiktighet enn det Moan og medarbeidere gjør. For få år siden viste flere studier mulig kreftbeskyttende effekt av betakaroten, E-vitamin og østrogen tilskudd (hos kvinner), men funnene ble ikke bekreftet ved kliniske, kontrollerte studier. Det er heller ikke dokumentert at tilførsel av D-vitamin – gjennom sol, solarier eller kost – reduserer kreft risikoen, slik Moan gir inntrykk av. Disse motforestillinger blir sterkt fremhevet i den samme lederartikkelen som Moan og medarbeidere henviser til som støtte til sitt syn (4).

Vi deler Moans ønske om å tenke mer rasjonelt og å avstå fra følelsesladede utsagn. Vi etterlyser samtidig en mer nøktern tolking av forskningsdata og deres konsekvenser.

**Claus Lützw-Holm**  
Oslo

**Joar Austad**  
Rikshospitalet

#### Litteratur

- Moan J, Porojnicu AC. D-vitaminets fotobiologi – ny aktualitet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1048–52.
- Austad J, Lützw-Holm C. Vitamin D, soling og solarier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1625.
- Moan J, Porojnicu AC, Lagunova Z. Vitamin D, soling og solarier. Tilsvarende. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1625.
- Schwartz GG, Blot WJ. Vitamin D status and cancer incidence and mortality: something new under the sun. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 428–30.

#### Skriftlig legemiddelreklame

I Tidsskriftet nr. 10/2006 publiserer Håvard Rein Solhaug og medarbeidere en studie der skriftlig legemiddelreklame evalueres (1). Forfatterne konkluderer blant annet med at legemiddelreklame gjennomgående er ubrukelig i faglig sammenheng.

Legemiddelindustriforeningen (LMI) mener det ikke er grunnlag for å trekke en så bastant konklusjon. Kunnskap om og forskrivning av legemidler skal selvfølgelig tuftes på korrekt faglig grunnlag. Dette

hersker det ingen uenighet om. Reklamematerie kan, brukt på riktig måte, likevel være et nyttig supplement i faglig sammenheng. For eksempel kan reklamen rette oppmerksomheten mot og øke interessen for problemstillinger som er belyst i vitenskapelige artikler.

Vi har ikke til hensikt å trekke forfatterne vurderinger i tvil. Likevel er det slik at en vurdering av reklamematerie innebærer en tolking av hva som er reklamepåstander og hva som er mer generelle utsagn som ikke nødvendigvis kreves dokumentert. Det er først når utsagnet kan anses å være en påstand om et preparats medisinske egenskaper eller verdi, at referanse kreves. Det kan også stilles spørsmål ved forfatterne utgangspunkt om at all reklame for legemidler skal være klinisk relevant for å være i tråd med bestemmelsene. Etter vår oppfatning er det avgjørende om opplysningene er egnet til å vilde leseren. For eksempel er det tillatt med angivelse av farmakokinetiske egenskaper som ikke er dokumentert klinisk relevante, så lenge det gjøres slik at mottakeren forstår at det er farmakokinetikk.

Vi stiller oss også undrende til noen av momentene i artikkelen rundt interessekonflikter (1). Det er nå engang slik at den overveiende delen av kliniske studier på legemidler gjøres i samarbeid med eller i regi av legemiddelindustrien. Det er da naturlig og selvfølgelig at interessekonflikter er angitt i publikasjonene. Selvfølgelig utgjør studier brukt til å dokumentere reklame et begrenset utvalg. Det er helt naturlig at det vil være en høyere andel av referanser med interessekonflikter i disse studiene enn i litteraturen generelt.

Legemiddelindustriforeningen er svært opptatt av at industrien skal fremstå som troverdig og at helsetjenesten skal kunne ha tillit til vår informasjon om legemidler og til legemiddelreklame. Derfor ønsker vi denne typen undersøkelser velkommen. Funnene tar vi med oss i vårt videre arbeid med kontinuerlig å forbedre den faglige standarden på informasjonen fra industrien.

**Per Olav Kormeset**  
Legemiddelindustriforeningen

#### Litteratur

- Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L et al. Skriftlig legemiddelreklame – til å stole på? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1314–7.

#### O. Spigset og medarbeidere svarer:

Vi takker Per Olav Kormeset for kommentarene til artikkelen vår (1). Vi registrerer at Kormeset ikke trekker våre funn og vurderinger i tvil, selv om det kan se ut som om han og vi har litt forskjellige terskler for hva som oppfattes som villedende.

Innlegget gir oss en velkommen mulighet til å presisere og utdype et etter vår mening