



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes 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 rettssekspert 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 (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 D₃ (= 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