

**Litteratur**

1. Markestad T, Reigstad H. Screening for alloimmun trombocytopeni. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 650–1.
2. Jocelyn LJ, Casiro OG. Neurodevelopmental outcome of term infants with intraventricular hemorrhage. Am J Dis Child 1992; 146: 194–7.
3. Mao C, Guo J, Chituwo BM. Intraventricular haemorrhage and its prognosis, prevention and treatment in term infants. J Trop Pediatr 1999; 45: 237–40.
4. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk Gynekologisk Forening, 2008.

## Plassering av pacemaker – intet fasitsvar

I kommentaren til vår artikkel i Tidsskriftet nr. 21/2008 hevder Knut Gjesdal & Eivind S. Platou at indikasjonen for pacemakerimplantasjon hos vår pasient var tynn (1). Vår motivasjon for å skrive artikkelen var ikke å redegjøre for utredning og indikasjonsstilling ved pacemakerbehandling, vi ville først og fremst beskrive en operasjonsmetode som kan vurderes for enkeltpasienter. Vi hadde gjort et grundig arbeid sammen med elektrofysiolog ved vårt universitetssykehus før vi foreslo pacemaker for den aktuelle pasienten, og mener avgjørelsen om å tilby henne dette står støtt.

Det er korrekt at det i de senere år er blitt vanligere å plassere ventrikkelektroden septalt. Praksis er imidlertid varierende, og selv om det for eksempel i Danmark brukes 68 % aktiv fiksasjon i ventrikkelen, varierer bruken av aktiv fiksasjon mellom 0 % og 91 % de ulike sentre imellom (2). Vi mener aktiv fiksasjon er viktigst der pasienten vil oppleve mye pacing i ventrikkelen og har implementert metoden for slike pasienter. I det aktuelle tilfellet, der man kunne forvente at pacemakern kun få ganger per år ville pace i ventrikkelen, er slik plassering av mindre betydning. Gjeldende retningslinjer (som jo som regel bør følges) sier for øvrig klart at «no recommendation can be proposed concerning the location of the right ventricular pacing site» (3).

Prosedyren krever kun én operatør. Elektrodeforlenger er ikke nødvendig hvis man sørger for å forhåndsbestille elektroder. Septal plassering av skru elektroder er ikke vanskeligere med lang elektrode, og teknikken med inframmær plassering av pulsgeneratoren har da også vært brukt ved ICD-implantasjon (4), der elektrodene ofte er lengre enn det som trengs ved inframmær pacemakerplassering.

Noe økt operasjonstid må erkjennes. Vår gjennomsnittlige operasjonstid for pacemakerinngrep etter tradisjonell metode er omtrent på nivå med det Gjesdal & Platou refererer fra Ullevål universitetssykehus. Erfaring fra de pasientene vi har operert med den aktuelle metode tilsier at det er realistisk å komme ned i en operasjonstid på om lag en time.

Sammenhengen mellom pacemakeroperasjonen og mastitt hos en av våre pasienter er etter vår oppfatning å trekke komplikasjonsrisikoen noe langt. Pasienten hadde fått pacemaker nesten to år før graviditeten. Det er velkjent at pacemakerinfeksjoner kan debutere lang tid etter implantasjonen, men det er også rapportert at opptil 33 % av ammende kvinner vil få mastitt en eller flere ganger i forbindelse med laktasjonen (5), slik at det vel er mest sannsynlig at dette er et tilfeldig sammentreff. Det faktum at kvinnen ikke har hatt infeksjonstegn etter avsluttet laktasjon, taler også for dette.

**Bjørn Haug**  
Sandnessjøen

**Knut Tore Lappegård**  
Bodø

**Litteratur**

1. Gjesdal K, Platou ES. Retningslinjer bør som regel følges. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2450.
2. Møller M, Arnsbo P. Danish Pacemaker and ICD Register. www.pacemaker.dk/stat2006.pdf [6.11.2008].
3. Vardas PE, Angelo A, Auricchio J et al. Guidelines for cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eur Heart J 2007; 28: 2256–96.
4. Giudici MC. Experience with a cosmetic approach to device implantation. Pacing Clin Electrophysiol 2001; 24: 1679–80.
5. Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health 2007; 52: 595–605.

## Bilen fanger

I sin leder *Ordet fanger* i Tidsskriftet nr. 19/2008 gir Charlotte Haug en presis beskrivelse av overvektsepidemien – men resepten hennes er i beste fall mangelfull. Både fagfolk og legfolk har en tendens til å se seg blinde på én av årsakene til overvekt, nemlig kostholdet. Det er underlig, siden mer og mer tyder på at inaktivitet er en minst like viktig årsak – om ikke viktigere.

Nordmenns kaloriinntak har vært uendret de siste 40 år. Vi spiser mindre mettett fett og mer grønnsaker og frukt. Riktignok konsumerer vi for mye ferdigmat, søppelmat og søtt, men å skyldte alt på kostholdet er for enkelt. Færre og færre har fysisk tungt arbeid. Totalt er nordmenn blant de minst aktive i Europa. 20–30 % av befolkningen er definert som inaktive, i den forstand at de sjelden/aldri trener (1). Tenåringer bruker 40 timer per uke til stillesittende aktiviteter – utenom skoletiden (2). Vi har flest biler per husstand i hele Europa (3). Halvparten av alle reiser på under en kilometer foretas med bil. Barna blir kjørt til skolen, trening og andre fritidsaktiviteter. Listen er lang.

Dårlig fysisk form er risikofaktor nummer to (etter røyking) for en lang rekke sykdommer, og en større risikofaktor enn overvekt. Helsemessig er det mye bedre å være litt rund og i god form enn slank og

i dårlig form. Når vi i tillegg vet mer og mer om positive helseeffekter av fysisk aktivitet, er det åpenbart at noe må gjøres med aktivitetens nivået. Noe drastisk.

Myndighetene har satt i gang holdningskampanjer for å få oss mer aktive. Men – som Haug fremhever – man stopper ikke en epidemi med informasjonskampanjer eller ved å appellere til enkeltmennesker. Det må strukturelle endringer til, dvs. tvang. Vi kan begynne med bilkjøringen. Hvis flere hadde gått eller syklet til skole, jobb, butikk og korøvelse, ville det gjort store utslag på folkehelsen.

I all ydmykhet foreslår jeg følgende tiltak: Doble prisen på bensin. Forby bilkjøring til jobben hvis man bor mindre enn X antall kilometer unna. Innfør dobbelt så høye parkeringsavgifter og bompenger. Ilegg dagbøter til kommuner som ikke bygger sykkelstier. De som har vanskelig for å endre bilvanene sine, kan få bilavvenningskurs.

Politisk umulig? Tja. Vi klarte å innføre røykeloven, og tiltakene over er temmelig parallelle. Men det er kanskje mer bekvemt å tyne røykerne enn å gå vår egen bilbruk etter i sømmene? Leger er viktige premissleverandører for helsetiltak. La oss si tydelig ifra!

**Pernille Nylehn**  
Klepp

**Litteratur**

1. Sosial- og helsedirektoratets kartlegging av fysisk aktivitet 2001. www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/fysisk\_aktivitet\_og\_helse\_kartlegging\_24320 [16.10.2008].
2. Sosial- og helsedirektoratet. Fysisk aktivitet blant barn og unge. www.shdir.no/publikasjoner/faktahefter/skapt\_for\_bevegelse\_fysisk\_aktivitet\_barn\_og\_unge\_2781 [16.10.2008].
3. Statistisk sentralbyrå. Tidsbruk i Europa. Samfunnsspeilet. www.ssb.no/vis/samfunnspeilet/utg/200802/03/art-2008-04-11-01.html [16.10.2008].

## Evolusjonsbok ikke aktuell for Tidsskriftet

Min lille fagbok *Mat, menneske og evolusjon* (1) ble sendt til Tidsskriftet tidlig i vår, og jeg forventet en anmeldelse. En omtale kom imidlertid ikke. Jeg henvendte meg derfor til redaksjonen. I en e-post av 6.10.2008 fikk jeg følgende svar fra redaksjonssekretæren: «Vi mottar mange bøker til vurdering for anmeldelse i Tidsskriftet, tilsendt fra ulike forlag. Denne boken ble vurdert av en medisinsk redaktør hos oss, som kom frem til at den ikke var aktuell for anmeldelse i Tidsskriftet.»

Det er merkelig at vårt største medisinske tidsskrift ikke finner plass til en omtale, ikke engang til en respons fra representanter fra det rådende ernæringsfaglige paradigmet som kritiseres i boken. Selv ikke et sentralt poeng som at de kroniske sykdom-

mene vi sliter med i moderne tid tilnærmet er fraværende hos jegere og sankere, anses som aktuelt for norske leger. Dette kan ikke skyldes at Tidsskriftet ikke erkjenner at et evolusjonsperspektiv er viktig, siden «evolusjon» de siste årene (etter gjentatte oppfordringer) har vært et nøkkelord. I tillegg har Tidsskriftet de siste årene jevnlig hatt omtale av både norske og engelske bøker skrevet i et evolusjonært perspektiv, nylig en generell norsk evolusjonsbok med en del stoff om mennesket (2). Vi er stadig flere som på faglig grunnlag er kritiske til det rådende ernæringsfaglige paradigmet (3), og det er merkelig at en fagbok med de store linjene i kostholdsdebatten og bakgrunnen for vår tids mest utbredte sykdommer og plager ikke ønskes velkommen i Tidsskriftets spalter. Jeg håper at ikke dette er et forsøk på å nedtone kritikk av dagens ernæringsfaglige paradigme.

#### Iver Mysterud

Biologisk institutt  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Mysterud I. Mat, menneske og evolusjon. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2006.
2. Ulvestad E. Meningen med livet – et evolusjonært perspektiv. Anmeldelse av: Giske J, Jakobsen P. Evolusjon og økologi. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1566.
3. Mysterud I, Poleszynski DV, Lindberg FA et al. To eat or what not to eat, that's the question: a critique of the official Norwegian dietary guidelines. I: Trevathan WR, Smith EO, McKenna JJ, red. Evolutionary medicine and health: new perspectives. New York, NY: Oxford University Press, 2008: 96–115.

## Legemiddelkonsulenter gir ikke nøytral informasjon

I Tidsskriftet nr. 15/2008 henviser Per Olav Kormeset til Legemiddelindustriens regelverk, som krever at legemiddelkonsulentenes informasjon skal gjøre mottakerne i stand til å danne seg en selvstendig

mening om det aktuelle legemidlets terapeutiske verdi (1). I forbindelse med Vioxx-skandalen ble det imidlertid avslørt hvilke metoder legemiddelkonsulenter bruker for å påvirke leger til å forskrive de legemidlene som gir høyest inntjening (2). Denne salgsteknikken, som går ut på å etablere, utvikle og opprettholde nære relasjoner til leger, bl.a. ved hjelp av gaver, påspanderte måltider og reiser, påfører samfunnet store unødvendige kostnader. Det er vanskelig å forstå at legemiddelkonsulenter (som ikke er rådgivere, men selgere), som i hovedsak formidler en muntlig subjektiv informasjon, kan sette legen i stand til å danne seg sin egen mening.

Den viktigste årsaken til at legemiddelindustrien fortsatt bruker omreisende selgere er at de på denne måten får muligheten til kundepleie og relasjonsbygging, for dermed å kunne utnytte dette til å øke omsetningen av legemidler (3). En nylig publisert studie viser dessuten at de forskningsresultater som ligger til grunn for den dokumentasjon som legemidelfirmaene formidler, kan være markedsføring og ikke uavhengig forskning (2).

Pasienter er avhengig av at legene besitter en korrekt og oppdatert (skriftlig) produktuavhengig informasjon om nytte og risiko for de legemidlene som forskrives (4). De leger som setter pasientsikkerhet foran personlig vinning bør kanskje i likhet med sine amerikanske kolleger henge opp en plakat på sitt kontor med teksten «No drug reps», som «brannmur» mellom kunnskapsbasert forskrivning og markedsføring (5).

#### Svein Reseland

Hoste

#### Litteratur

1. Kormeset P. Om legemiddelkonsulenter og legemiddelinformasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1684–5.
2. Hill KP, Ross JS, Egilman DS et al. The ADVANTAGE Seeding Trial: a review of internal documents. Ann Intern Med 2008; 149: 251–8. www.annals.org/cgi/content/full/149/4/251 [14.10.2008].

3. Boseley S, Evans R. Drug giants accused over doctors' perks. The Guardian 23.8.2008. www.guardian.co.uk/society/2008/aug/23/health.pharmaceuticals [14.10.2008].
4. Macfarlane J, Holmes W, Gard P et al. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. BMJ 2002; 324: 91. www.bmj.com/cgi/content/abstract/324/7329/91 [14.10.2008].
5. Tanne JH. US doctors display «No drug reps» signs. BMJ 2008; 337: a7111. www.bmj.com/cgi/content/full/337/jul08\_1/a7111 [14.10.2008].

## Valg av PT-INR-instrumenter i primærhelsetjenesten

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) får ofte henvendelser fra primærhelsetjenesten om hvilke instrumenter som er egnet til analyse av PT-INR. Det er flere instrumenter på markedet, men ikke alle oppfyller kravene som er anbefalt av den norske INR-komiteen (1). Instrumenter som er i bruk i Norge og som per i dag oppfyller kravet til analysekvalitet og kravet til kvalitetskontroll, er Thrombotrack (Axis-Shield, Norge), Amelung (Sigma Diagnostics, USA), Simple Simon (Zafena, Sverige) og CoaguChek XS Plus (Roche Diagnostics, Sveits). Hvilket instrument som bør velges, er avhengig av hvilket behov hvert enkelt laboratorium har. Hjelp til å finne riktig instrument kan fås ved henvendelse til en av laboratoriekonsulentene i NOKLUS.

#### Anne Stavelin

Bente Omenås

Bjørn Bolann

Nina Gade Christensen

Sverre Sandberg

NOKLUS

#### Litteratur

1. Trydal T, Bolann B, Brosstad F et al. Analyse av protrombintid i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 2048–9.