

ningen til den kliniske utprøvingen, er best skikket til å vurdere medikamentets nytte.

Jeg frykter for at innholdet i artikkelen til Slørdal og medarbeidere er preget av en holdning hvor en på et generelt grunnlag bidrar til å så tvil om forskning gjennomført i regi av eller i samarbeid med legemiddelindustrien. Problemstillingen er allerede godt beskrevet (6): «... the conflict of interest (COI) .. movement's instigators have produced no solid evidence of harm commensurate with their extravagant allegations. ... they have diverted resources away from more worthwhile pursuits, such as basic and applied medical research, clinical care and medical education towards onerous compliance exercises and obtrusive laws. ..., they have made it respectable to ignore the epistemological foundations of medical science, diverting attention away from the scientific merit of the information presented and focusing it instead on the identity and motives of those who present the information.»

At noen tidsskrifter, som *BMJ*, ikke vil lytte til kommentarer fra personer med tilknytning til noen av medisinenes viktigste forskningsinstitusjoner, fremmer neppe kvalitet. Vil ikke slike regler være i strid med ytringsfrihet?

**Arne Høiseith**  
arnhois@online.no

Arne Høiseith (f. 1944) er pensjonert radiolog.  
Oppgitte interessekonflikter: Utprøver i fase III legemiddelutprøvinger.

#### Litteratur

1. Gladsø KH, Garberg HR, Spigset O et al. Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1563–8.
2. Høiseith A. Re: Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212.
3. Slørdal L, Spigset O, Garberg HR et al. L. Slørdal og medarbeidere svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212–3.
4. Statens legemiddelverk. Legemiddelreklame skal utformes i samsvar med godkjent preparatomtale (SPC). www.legemiddelverket.no/Godkjenning\_og\_regelverk/reklame/reklamesamsvarspc/Sider/default.aspx [22.2.2015].
5. Madsen S, Jerkø B. Sviktende kvalitet på muntlig legemiddelreklame. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 110–1.
6. Barton D, Stossel T, Stell L. After 20 years, industry critics bury skeptics, despite empirical vacuum. Int J Clin Pract 2014; 68: 666–73.

#### L. Slørdal og medarbeidere svarer:

Vi skal spare så vel Arne Høiseith som Tidsskriftets øvrige lesere for imøtegåelser av alle de momenter førstnevnte tar til torgs i sitt innlegg, men kommer ikke utenom noen presiseringer:

Vi har aldri hevdet at «bare primære endepunkter (sykelighet/dødelighet) skal formidles i reklamen», men har vist til legemiddelforskriftens krav om at reklamen skal være nøktern, saklig og ikke gi et overdrevet bilde av et legemiddels medisinske verdi (1). Vi forstår, som allerede nevnt i vårt forrige svar til Høiseith (2), at meningene om hva som er nøkternt og saklig kan divergere, men fastholder våre funn – slik vi også fastholder at resultater og konklusjon i artikkelen vår (3) samsvarer.

Vi har ingen problemer med å være enig med Høiseith i at «de som har nøyte kunnskap om et medikament (.....) er best skikket til å vurdere medikamentets nytte». Hvordan dette utsagnet kan presenteres som utledet fra det vi vet om effekten av interessekonflikter, går over vår forstand.

Vårt fokus var legemiddelindustriens skriftlige reklamemateriell, og ikke «forskning gjennomført i regi av eller samarbeid med legemiddelindustrien». Hvis Høiseith med bruk av sitatet fra Barton et al. (4) vil mene at vi er en del av en interessekonfliktbevegelse som avleder ressurser fra forskning, pasientbehandling og utdanning og ignorerer framskritt og vitenskapelig informasjon, skal vi ha rygg til å bære en slik karakteristikk. Men da må vi også be om forståelse for at dette er et debattnivå vi ikke ønsker å ferdes på.

Redaksjonen i *BMJ* har ikke bestemt seg for å innskrenke aktiviteten i tidsskriftets spalter for «personer med tilknytning til noen av medisinenes viktigste forskningsinstitusjoner», men for individer

med interessekonflikter i form av bindinger til kommersielle interessenter (5). Vi begriper ikke hvordan dette kan være «i strid med ytringsfrihet». Når ble kjøp av innflytelse en menneskerett?

**Lars Slørdal**  
Lars.Sloldal@ntnu.no  
**Olav Spigset**  
**Hedda Rosland Garberg**  
**Kristin Haugen Gladsø**

Lars Slørdal (f. 1955) er spesialist i klinisk farmakologi, professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Olav Spigset (f. 1963) er spesialist i klinisk farmakologi, overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og professor ved Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hedda Rosland Garberg (f. 1986) er turnuslege ved Sykehuset Østfold.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristin Haugen Gladsø (f. 1988) er turnuslegevikar ved Sykehuset Østfold.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Legemiddelforskriften. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1839?q=Legemiddelforskriften> [5.3.2013].
2. Slørdal L, Spigset O, Garberg HR et al. L. Slørdal og medarbeidere svarer. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 212–3.
3. Gladsø KH, Garberg HR, Spigset O et al. Skriftlig legemiddelreklame – fremdeles ikke til å stole på? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1563–8.
4. Barton D, Stossel T, Stell L. After 20 years, industry critics bury skeptics, despite empirical vacuum. Int J Clin Pract 2014; 68: 666–73.
5. Chew M, Brizzell C, Abbasi K et al. Medical journals and industry ties. *BMJ* 2014; 349: g7197.

## Re: Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler

Når forfatterne av studien som omtales i denne nyhetssaken (1) fant en korrelasjon mellom inntak av kunstig søtning og markører for metabolsk syndrom og diabetes, så føyer dette seg inn i rekken av tilsvarende funn i andre observasjonelle studier. I en metaanalyse publisert i fjor (2) ble det gjort separate analyser av observasjonsstudier og intervensjonsstudier, hvor forfatterne fant at der kunstig søtning kom negativt ut i observasjonsstudiene, kom de samme søtstoffene udelt positivt ut i intervensjonsstudiene på parametre knyttet til vekt og kroppssammensetning.

I en lederartikkel som fulgte denne metaanalysen (3) konkluderes det med at per nå, på bakgrunn av det vi vet i dag, bør vi anbefale å velge kunstig søtning fremfor sukkersøtet drikke. Selvfølgelig må vi være åpne for at vi i fremtiden kan finne ut at det store bildet var noe mer komplisert, noe for eksempel den aktuelle studien fra Suez og medarbeidere kan være en indikasjon på. Men inntil videre mener jeg rådene bør gis på bakgrunn av dagens opparbeidede kunnskap.

Trenden de siste årene er at konsumet av sukkerbrus reduseres til fordel for lettbrus (4), og det er fortsatt et mål at inntaket av sukkerbrus reduseres ytterligere. Jeg håper ikke disse nye funnene fører til at denne trenden snur. Det vil med stor sannsynlighet slå negativt ut for folkehelsen.

**Vegard Lysne**  
vegard.lysne@helse-bergen.no

Vegard Lysne (f. 1988) er klinisk ernæringsfysiolog og forsker ved Haukeland Universitetssykehus.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Benestad HB. Paradoksal virkning av kunstige søtningmiddel. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 321.
2. Miller PE, Perez V. Low-calorie sweeteners and body weight and composition: a meta-analysis of randomized controlled trials and prospective cohort studies. Am J Clin Nutr 2014; 100: 765–77.
3. Hill JO. What do you say when your patients ask whether low-calorie sweeteners help with weight management? Am J Clin Nutr 2014; 100: 739–40.
4. Helsedirektoratet. Utvikling i norsk kosthold 2014. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/802/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2014-IS-2255.pdf> (7.3.2015).

## Re: Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler

I en nyhetssak i Tidsskriftet nr. 4/2015 (1) omtales en ny studie fra Nature (2). Det er rart at artikkelen ikke nevner noe om mengdene som ble gitt til musene og de syv personene som deltok i studien. Her ble det gitt sakkarin tilsvarende øvre tolerable grense (ADI) på 5 mg/kg kroppsvekt, noe som for en voksen på 70 kilo tilsvarer 6 liter sakkarinsøtet lettbrus (sakkarin brukes som regel ikke lenger i drikkevarer), eller 90 suketter per dag. Hos menneskene ble dette fordelt på tre doser per dag.

Blant lettbrusforbrukere i Norge er inntaket av sakkarin langt under ADI. Vitenskapskomiteen for Mattrygghet har videre estimert at selv om alt sukker i brus og saft ble byttet ut med kunstige søtstoffer, ville inntaket i befolkningen være langt under denne grensen (3, 4). Merk også at forskerne ikke undersøkte effekten av mer brukte søtstoffer som aspartam eller sucralose.

At forskerne fant en sammenheng mellom inntak av søtningmidler og metabolske risikofaktorer i tverrsnittstudien er ikke uventet, ettersom mange som inntar sukkerfrie søtningmidler gjør det som en konsekvens av at de er overvektige eller har høyt blodsukker, ikke omvendt. Når det gjelder den lille intervensjonsstudien bidrar blant annet fraværet av en kontrollgruppe til at det er vanskelig å si om sammenhengen med glukoseintoleranse var kausal eller tilfeldig.

#### Erik Arnesen

[erikarnesen@hotmail.com](mailto:erikarnesen@hotmail.com)

Erik Arnesen (f. 1986) er helsefaglig rådgiver og har en mastergrad i samfunnsnærings.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Benestad HB. Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 321.
2. Suez J, Korem T, Zeevi D et al. Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota. Nature 2014; 514: 181–6.
3. Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Impact on health when sugar is replaced with intense sweeteners in soft drinks, 'saft' and nectar. Rapport nr. 1/2007. Oslo: Vitenskapskomiteen for mattrygghet, 2007.
4. Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Risk assessments of cyclamate, saccharin, neohesperidine DC, steviol glycosides and neotame from soft drinks, «saft» and nectar. Oslo: Vitenskapskomiteen for mattrygghet, 2014. [www.english.vkm.no/eway/default.aspx?pid=278&trg=Content\\_6444&Main\\_6359=6582:0:31,2565&Content\\_6444=6393:2066981::0:6596:1::0:0](http://www.english.vkm.no/eway/default.aspx?pid=278&trg=Content_6444&Main_6359=6582:0:31,2565&Content_6444=6393:2066981::0:6596:1::0:0) (9.3.2015).

## Re: Når eldre tar sitt eget liv – gjør det noe?

Jeg leste med glede Ildri Kjøseths velskrevne kronikk om selvmord blant eldre i Tidsskriftet nr. 4/2015 (1). Hun bidrar vesentlig til en dypere og mer nyansert forståelse av et vanskelig og dypt alvorlig spørsmål. Jeg synes det er særlig betimelig at forfatteren, slik jeg leser henne, er så klar på at dette ikke først og fremst handler om bedre instrumentelle løsninger (selv om det også

trengs). Forfatteren skriver om betydningen av tap av opplevelse av kontroll og håp. Egentlig må all behandling og omsorg ha som mål å øke den lidendes opplevelse av kontroll over sitt eget liv – som enn aldri så lite. Behandling som ikke når dette målet kan være «medisinsk» vellykket, men av liten verdi for personen den gjelder. Bare å øke forutsigbarhet uten andre tiltak gir en vesentlig bedret opplevelse av kontroll. Dyreforsøk viser for eksempel at hvis en stressor kommer til forutsigbare tidspunkter, tåler dyret mye mer før det viser atferdsmessige og nevrobiologiske tegn på lært hjelpeløshet (brukt som modell for depresjon) (2). Det er ingen grunn til å tro at det er annerledes hos mennesker. Men poenget er jo dessverre som forfatteren fremhever: hvis ikke holdninger endres, kommer ikke praksis til å endres vesentlig. Hvis ikke målet er viktig nok – fordi vår holdning dypest sett er at gamle skrøpelige mennesker har liten verdi – blir ikke tiltak som kan øke deres kontroll over eget liv prioritert. Og hvor viktig målet er, vises ikke ved uendelige gjentakelser av honnørord, men gjennom handlinger.

#### Per Brodal

[pabrodal@gmail.com](mailto:pabrodal@gmail.com)

Per Brodal (f. 1944) er professor emeritus ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Kjøseth I. Når eldre tar sitt eget liv – gjør det noe? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 346–8.
2. Maier SF. Learned helplessness and animal models of depression. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry 1984; 8: 435–46.

## Re: Legelivsstil

I Tidsskriftet nr. 4/2015 skriver Olaf Aasland at «Det finnes knapt en friskere yrkesgruppe i Norge enn legene» og at «Leger er levende dokumentasjon på hva slags helse man kan forvente i en populasjon som har optimal kunnskap om god helseatferd» (1). I samme utgave av Tidsskriftet skriver Erlend Hem at «Leger har forhøyet selvmordsrate» (2). Dette må vel være et helseparadoks, eller..?

#### Rolf-Inge Nodberg

[nodber@live.no](mailto:nodber@live.no)

Rolf-Inge Nodberg (f. 1959) er manuellterapeut.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Aasland OG. Legelivsstil. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 362.
2. Hem E. Selvmord blant leger. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 305.

## O.G. Aasland svarer:

Jeg vil ikke kalle det et helseparadoks. Legenes selvmordsrater går nedover og nærmer seg befolkningens. I et folkehelseperspektiv oppveies legenes noe høyere selvmordsdødelighet av lavere dødelighet på de viktigste dødsårsakene (1). Dessuten er legenes selvmordstanker ikke mer frekvente enn i andre grupper (2).

#### Olaf Gjerløw Aasland

[olaf.aasland@legeforeningen.no](mailto:olaf.aasland@legeforeningen.no)

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er seniorforsker og professor ved Lege-forskningsinstituttet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian medical doctors 1960–2000. BMC Public Health 2011; 11: 173.