

Norge, var diametralt forskjellige. I Felleskatalogen var det anført en håndfull «milde oftest forbigeående» bivirkninger, mens det i den amerikanske legemiddelkatalogen var advart mot en rekke mulige alvorlige og potensielt livstruende bivirkninger (3).

I legemiddelfirmaets søknad om godkjenning i Norge heter det bl.a. at «Novo-Nordisk A/S sender samtidig inn søknader i de nordiske land, mens Beecham sender inn i de øvrige europeiske land. Alle søknader er basert på identisk dokumentasjon. Søknad ble sendt til USA i november 1989» (4). Det heter videre: «Det ble ikke oppdaget kreftfremkallende potensiale og det ble ikke observert gentoksiske effekter i levetids-studier på rotter og mus i et batteri in vitro og in vivo mutagenitet-tester.» I den amerikanske søknaden heter det imidlertid bl.a.: «Det ble utført toårige kreftstudier hvor paroxetin ble gitt mus og rotter. (...) Det var et signifikant større antall hanrotter i høydosegruppen med retikulocytose. (...) ...og en signifikant økt lineær tendens på tvers av gruppene med forekomst av lymfocytiske tumorer i hanrotter. (...) Relevansen for disse resultater hos mennesker er ikke kjent.»

Til tross for at det i en lederartikkel i *Lancet* (5) bl.a. heter at FDAs Center for Drug Evaluation and Research (CDER) er blitt en tjener for industrien («has become the servant of industry»), er det i dag tilsynelatende kun FDA som formidler en noenlunde korrekt informasjon om såkalt negative resultater. Årsaken til at enkelte legemiddelfirmaer kan tillate seg å tone ned og/eller utelate essensielle negative resultater samtidig som de offentlig benekter dette, skyldes bl.a. at ikke alle nasjonale kontrollorganer har den nødvendige kvalitet og integritet.

Svein Reseland
Hosle

Litteratur

1. Skattebøl A, Bratten G, Solbu D, Sundal E, Ulshagen KM, Wibe E. Forstemmende om medikamentell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1238–9.
2. Finnsnes K. Dokumentinnsyn – Seroxat. 17.1. 2003. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
3. Physicians' desk reference (PDR). 48. utg. Montvale, NJ: Medical Economics Company, 1994.
4. Romøren B-LB. Novo-Nordisk A/S. Søknad om markedsføringstillatelse. 16.2. 1990. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 1990.
5. Horton R. Lotronex and the FDA: a fatal erosion of integrity. Lancet 2001; 357: 1544–5.

Veien til riktig diagnose er lang

I min undervisning i ernæring ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har jeg iblant den glede å kunne hjelpe studenter med et helseproblem som ikke godt nok kjent blant leger i Norge. Her er historien til «Anna», en voksen kvinne med et tradisjo-

nelt norsk kosthold. En av de mange med tykk pasientmappe.

Anna var i mange år plaget med magesmerter og diaré. Følgende diagnoser er blitt stilt: Trass (som barn ønsket om å være lenge oppe), dårlige spisevaner («Anna, du spiser usunt, uregelmessig og for sent om kvelden»), menstruasjonsmerter («alle har smerter ved menstruasjon, p-pille vil hjelpe»), tarminfeksjoner («hunden din er borti litt av hvert og gir deg tarmproblemer, det er ikke nødvendig å ta prøver»), graviditet («vær glad du har diaré, det er verre å ha forstoppelse»; «vær glad for at du er glad i melk, det trenger du til den lille») – det ble fem barn med store magesmerter under graviditet og amming og mye melk), blindtarm («blindtarmen har sprukket, vi må ha deg på sykehuset»), kolikk (piller mot kolikk hjalp noe), underlivsproblemer og irriterbar tarm.

I oktober 2002 ble det endelig tatt prøver. Det ble påvist laktoseintoleranse etter en laktose/H₂-test.

Flere av mine studenter har vært innom mange leger uten at laktoseintoleranse blir vurdert. De får en aha-opplevelse når vi gjennomgår laktoseintoleranse, som svar på egne eller barns symptomer. Et barn har legeskrekke etter alle legebesøkene og blodprøvene. Et annet barn har ifølge sin journal «hysteriske foreldre».

Jeg håper historien om Anna kan hjelpe flere.

Merete Askim
Høgskolen i Sør-Trøndelag

Kaffe og dødfødsel

Tak for omtale i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) av vores studie af sammenhængen mellem gravidens indtagelse af kaffe og risikoen for dødfødsel og spædbarnsdød (2). I indlægget skrives det, at vi ikke fandt nogen sammenheng mellem kaffe og vuggedød. Dette vil vi gerne have lov til at kommentere ligesom vi vil knytte en kommentar til vores resultater.

Vi fandt i en undersøgelse af 18 478 graviditeter, at indtagelse af større mængder kaffe under graviditet øgede risikoen for dødfødsel, men ikke spædbarnsdød. Undersøgelsen blev gennemført som en prospektiv follow-up-undersøgelse og som følge heraf var antallet af dødfødte døde i første leveår lavt. Vi havde derfor ingen mulighed for at undersøge sammenhængen mellem kaffe og specifikke dødsårsager og kan ikke udfra vores undersøgelse udelukke en sammenheng mellem kaffe og vuggedød, som fundet i et tidligere studie (3). Vi fandt, at kvinder med et stort kaffeforbrug oftere var rygere og havde et højere forbrug af alkohol. Kontrol for disse variabler påvirkede resultatet, men kunne ikke forklare hele sammenhængen mellem kaffe og dødfødsel. En række andre

variabler, som vi kontrollerede for, ændrede ikke resultaterne, men det er muligt, at faktorer, som vi ikke medtog i analyserne – herunder oplysninger om ernæringsstatus og kostvaner – kan have betydning for resultatet.

Kaffe er et ofte brugt nydelsesmiddel, også blandt gravide, og hvis vores resultater afspejler en direkte årsag-virkningssammenheng, er det væsentligt at gravide vejledes om begrænsning af indtagelse af kaffe. Imidlertid er spørgsmålet om kausalitet endnu uafklaret, og i et randomiseret studie, der inkluderer 1 000 gravide undersøges i øjeblikket effekten af kaffe henholdsvis med og uden koffein.

Kirsten Wisborg
Skejby Sygehus
Århus
Ulrik Kesmodel
Bodil Hammer Bech
Morten Hedegaard
Tine Brink Henriksen

Litteratur

1. Hem E. For mye kaffe øker risikoen for dødfødsel. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1307.
2. Wisborg K, Kesmodel U, Bech BH, Hedegaard M, Henriksen TB. Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in first year of life: prospective study. BMJ 2003; 326: 420.
3. Ford RP, Schluter PJ, Mitchell EA, Taylor BJ, Scragg R, Stewart AW. Heavy caffeine intake in pregnancy and sudden infant death syndrome. New Zealand Cot Death Study Group. Arch Dis Child 1998; 78: 9–13.

Kostnadene ved sykefravær

Arne Sandervang kommenterer i Tidsskriftet nr. 10/2003 (1) en artikkel av Bjerkedal & Thune i Tidsskriftet nr. 5/2003 (2).

SINTEF Unimed gjennomførte i 1999 en undersøkelse finansiert av NHOs arbeidsmiljøfond (3). Vi fant da at bedriftenes kostnader ved sykefravær var i nærheten av 1 700 kroner per fraværsdag. Herav var om lag 1 000 kroner kostnader ved produksjonstap, mens 700 kroner utgjorde økte utgifter for bedriftene til vikarer, overtid og liknende. De økte utgiftene for bedriftene kan imidlertid ikke umiddelbart betraktes som en samfunnsøkonomisk kostnad. For eksempel vil økte utgifter til overtid for arbeidsgiveren tilsvare økte inntekter for arbeidstakeren. De samfunnsøkonomiske kostnadene er derfor nærmere 1 000 kroner per dag enn 1 700 kroner.

På tidspunktet for undersøkelsen hadde vi ikke fullstendige tall for alt sykefravær, noe som er blitt tilgjengelig fra og med 2001 (2). Vi regnet derfor totalt sykefravær til det dobbelte av det som trygden refunderte (fra og med dag 15 av sykefraværet). Om vi hadde visst at langtidsfraværet utgjorde omkring to tredeler av samlet fravær, hadde våre kalkyler vist enda lavere tall.