

at han var til fare for andre, måtte vi latt helse gå foran etterforskning.» Legen får full støtte fra vår nye generalsekretær Terje Vigen, som sier: «Det eneste unntaket er om legen har grunn til å tro at handlingen raneren har gjort seg skyldig i vil bli gjen-tatt straks han er behandlet.»

Jeg gjør oppmerksom på at dette handler om norgeshistoriens største og mest brutale ran, der en politimann ble drept. Hvordan kan en lege, som forutsetningsvis ikke kjenner pasienten fra tidligere, være i stand til å forutse at en gjerningsmann ikke vil «gjenta» en liknende handling? Hvilket ansvar å ta på seg om han skulle ta feil! Legene vil uansett måtte komme i et uheldig lys når man til de grader kommer i konflikt med den alminnelige rettsoppfatning. Man kan også risikere å bli mistenkt for å blande kortene til egen fordel. Det må i en rettsstat heller ikke være slik at brutale ranere kan søke tilflukt hos leger under dekke av taushetsplikten. Også legene burde pålegges å bidra til politiets arbeid i en så alvorlig sak. En ting er legens selv-sagte plikt til å behandle en skadet person. Noe ganske annet og direkte uansvarlig er det å trenere denne viktige og vanskelige etterforskningen om man heller ikke i ettertid vil gi politiet opplysninger som kan bidra til oppklaring.

Det burde være enhver samfunnsborgers soleklare plikt å bidra med opplysninger i en slik sak, uansett om han måtte være lege, og også om han ikke ble forespurt av politiet. Det burde ikke være nok at det er opp til den enkelte å vurdere hvorvidt opplysninger kan gis. Nå som vårt åpne og naive samfunn utsettes for stadig mer hard-kokt kriminalitet, burde da ikke opplys-ningsplikt gå foran taushetsplikt i slike situasjoner? Vi trenger klarere etiske kjøre-regler.

Tord Høyhilder
Horten

Lyskebrokkirurgi hos voksne menn

Vi gratulerer Johannessen og medarbeidere med en interessant og godt gjennomført studie om lyskebrokkirurgi publisert i Tids-skriftet nr. 15/2004 (1). Vi er helt enige i at postoperativ smerte og ubehag i lysken er en helt sentral problemstilling i diskusjonen om behandling av lyskebrokk (1). Stør-relsen på materialet tilsier noen grad av forsiktighet med å trekke konklusjoner, noe forfatterene selv påpeker. Vi er derfor noe forbauset over anbefalingene man lander på, særlig anbefalingen om ikke bare å avstå fra behandlingen, men også å avstå fra kirurgisk vurdering av tilstanden. Vi kan ikke se at det er grunnlag for en slik anbefaling i artikkelen eller i de oppgitte referan-sene.

En pågående randomisert studie ledet av Fitzgibbons (2) kan si noe om problemstil-lingen, men foreløpig foreligger det verken endelige eller preliminnære resultater. Det er riktig at man risikerer persisterende ubehag/smerter i lysken etter operasjon for brokk. Risikoen for dette kjenner man for flere teknikker. Det man ikke kjenner til, er risikoen for å utvikle symptomer og risi-koen for inkarerasjon når man unnlater å operere. Det foreligger indikasjoner på at postoperativ mortalitet og morbiditet er høyere ved operativ behandling av hernia incarcerata enn ved elektiv behandling av et tilsvarende hernie (3, 4). Man må derfor avvente en eventuell anbefaling om å avstå fra operativ behandling, i hvert fall til resul-tatene fra Fitzgibbons studie foreligger.

Målet for operativ behandling av et lys-kebrokk er å behandle brokket og å fore-bygge fremtidige residiv. Dette gjøres best ved å benytte en plastikk som dekker hele myopectineale åpning, slik det også kommer frem i artikkelen (1). Ved bruk av åpen teknikk med polypropylennett (PHS-plugg) kompromitteres både det sub-fascielle og det preperitoneale rom. Ved å redusere størrelsen på den indre kompo-nent vil man ikke kunne dekke hele triange-let, og øker derved faren for senere residiv (5). Behandlingen av residivbrokk vil da bli unødvendig vanskelig, da man ikke kan benytte seg av uberørte anatomiske spatier. Vi vil derfor advare mot en slik modifika-sjon.

Metoden med PHS-plugg har et stort potensial. Vi har gode erfaringer med metoden, men den lider under mangel på kontrollerte randomiserte studier. Studien til Johannessen og medarbeidere (1) er et verdifullt bidrag til å øke vårt erfarings-grunnlag. Vi deltar for tiden i en randomi-sert multisenterstudie hvor åpen teknikk med polypropylennett sammenliknes med Lichtensteins metode, særlig med tanke på persisterende postoperativ smerte.

Helge E. Myrvold
Brynjulf Ystgaard
Arne Seternes
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Johannessen H-O, Johnson E, Clausen T et al. Smerter og rehabiliteringsforløp etter lyskebrokkir-urgi hos voksne menn. Tidsskr Nor Lægefor 2004; 124: 1916–8.
2. Fitzgibbons RJ, Jonasson O, Gibbs J et al. The development of a clinical trial to determine if watchful waiting is an acceptable alternative to routine herniorrhaphy for patients with minimal or no hernia symptoms. J Am Coll Surg 2003; 196: 737–42.
3. Perez JA, Baldonado RF, Bear IG et al. Emergency hernia repairs in elderly patients. Int Surg 2003; 88: 231–7.
4. Ohana G, Manvitch I, Weil R et al. Inguinal her-nia: Challenging the traditional indication for sur-gery in asymptomatic patients. Hernia 2004; 8: 117–20.
5. Gilbert AI. A bilayer patch device for inguinal hernia repair. Hernia 1999; 3: 161–6.

Triptaner og graviditet

Det er velkjent for de fleste at det skal vises forsiktighet med bruk av medikamenter under svangerskapet. Enkelte medika-menter er likevel av en slik karakter at det å slutte med dem kan ha betydelige impli-kasjoner for livskvalitet og daglig funksjon.

Man skal ikke være spesielt engstelig for potensielle konsekvenser når en slår opp i Felleskatalogen (slik mange gravide kvinner i dag gjør). Under imigran står det: «Data fra et større antall gravide kvinner som har brukt sumatriptan under svanger-skapet indikerer ikke fosterskadelige effekter. Sumatriptan skal bare brukes hvis fordelene oppveies av mulig risiko» (1). Under relpax står det: «Preparatet skal kun brukes under graviditet hvis helt nødvendig» (1). Hvilken mulig risiko er det de gravide skal forholde seg til? De gravide spør seg: Det må jo ligge noe bak som ikke uttales? Skal jeg velge å tåle flere migrene-anfall enn det jeg har gjort tidligere? Og vi leger spør oss: Er det noen som bruker dette medikamentet under et svangerskap dersom det ikke føles nødvendig?

Det er åpenbart at denne type formule-ringer skaper angst og til dels selvbebrei-delser om det å måtte ty til tabletter for å kunne overleve i dagliglivet med jobb og kanskje småbarn, koblet til engstelse for aktuelle graviditet. Ville det ikke vært bedre å koble ut angstfaktoren, siden man ikke har satt foten ned for bruk av et medikament under svangerskap? Eller er det en juridisk side som skjult agenda?

Egil Ruud
Frambu

Litteratur

1. Felleskatalogen over farmasøytiske spesialprepa-rater markedsført i Norge. 46. utg. Oslo: Felleska-talogen, 2004.

Referanselisten avslører

Jeg leser alltid referanselisten nøye, den gir viktig informasjon om artikkelforfatterens faglige nivå. Per Fugelli og Jan Helge Sol-bakk har i tallrike artikler og debattinnlegg stadig brukt en bok av Peter Skrabanek som viktig støttereferanse (1). Også filosofen Jon Hellesnes bruker Skrabanek som faglig underlag i en del av Maktutredningen (2). Hvorfor skulle Skrabanek være en viktig fag-person i debatter om forebyggende helse-arbeid og om de etiske utfordringer som er knyttet til dette? Jeg begriper det ikke.

Kritikkverdig og merkelig oppførsel fra visse helseaktivister brukes i boken som argument mot deres ideologi (1). At Idi Amin tiltrådte Verdens helseorganisasjons helse for alle-doktrine tolkes dit hen at dok-trinen var noe tøv. At Hitler var motstander av tobakk, indikerer at andre tobakksmot-standere er av samme ulla. Skrabanek skriver

mye om røyking. Han bruker da argumentasjonen om at noen blir svært gamle selv om de røyker. At maratonløperne far døde relativt ung, brukes i argumentasjonen mot fysisk utfoldelse av denne art.

Direkte usannheter er det mange av. På s. 49 skriver han at enkeltindividet har liten eller ingen direkte kontroll over egen helse. Å gi pasienter råd om å prøve å få ned kolesterolnivået vil bare skape hypokondere (s. 84). På s. 92 påstår han at nivået av kolesterol i blodet ikke har noen prediktiv verdi for fremtidig risiko for hjerteinfarkt. Den kjente sanktbernhardshunden Barry, som reddet 42 menneskeliv, var en viktigere helsearbeider enn noen andre. På s. 146 påstår Skrabanek at sykehuspasienter brukes i forskningsprosjekter hvis hovedhensikt er å hjelpe legene i deres karriere, slett ikke for at pasientene skal få noen fordel av det. Han er således en skarp motstander av utprøving av legemidler. Når det gjelder alkohol, skriver han at økningen av alkoholrelaterte dødsfall aldri vil bli større enn den dramatisk hjertebebyggende effekten av alkohol ved hjerte- og karsykdom (s. 118). Sannheten er det motsatte. Om narkotiske stoffer påstår han på s. 178 at USAs kamp mot narkotika gir mer skade enn bruken av narkotika gjør. På s. 54 heter det at det er en utbredt overmedikalisering av alvorlig syke kreftpasienter. I likhet med flere andre av dagens «moral-filosof» har Skrabanek ingen forståelse for at røyking og alkohol skader andre personer og familien.

Boken er ren nonsens. Slutt å referere til den. Jeg håper min referanse nedenfor blir den absolutt siste jeg ser på trykk.

Carl Ditlef Jacobsen
Kolbotn

Litteratur

1. Skrabanek P. The death of human medicine and the rise of coercive healthism. Suffolk: Crowley Esmonde, 1994.
2. Hellesnes J. Makt og motmakt i det medisinske feltet. Makt- og demokratiutredningen. Rapportserie nr. 57. www.sv.uio.no/mutr/publikasjoner/rapp2003/rapport57/index-MAKT.html (13.8.2004).

Karl Popper og kolesterolhypotesen

I Tidsskriftet nr. 16/2004 påstod jeg at Jan Pedersen og medarbejderes forklaring til den mindskede hjertedødelighet i Norge i deres artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2004 (1) ikke kan være korrekt (2). Jeg påpegede blandt annet at hjertedødeligheten og forbruget af animalsk fedt gik i modsat retning i andre lande, at ingen har kunnet vise at hjertepasienter spiser mere animalsk fedt end andre, at ingen eksperimentelle ændringer af madens fedt har kunnet påvirke hjertedødeligheten (3), at højt kolesterol kun er en risikofaktor for en lille minoritet af menneskeheten og er forenet med et langt liv hos ældre, og at statinernes effekt ikke har noget med kolesterolsenkningen at gøre (2).

Som svar blev jeg av Pedersen og medarbeidere (4) henvist til nogle studier som er

irrelevante for mine indvendinger, og fik at vide at ingen studier har kunnet forkaste kolesterolhypotesen. Må jeg da spørge Pedersen og medarbeidere hvilke resultat mener skulle kunne forkaste den? Er sandheden ikke den at kolesterolhypotesen er umulig at falsifisere, og at den dermed ifølge Karl Poppers definition ikke kan henregnes til kategorien videnskab?

Uffe Ravnskov
Lund, Sverige

Litteratur

1. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Kostendringer og dødelighetsutviklingen av hjerte- og karsykdommer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1532–6.
2. Ravnskov U. Forhastede konklusjoner om hjertedødeligheten i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2153.
3. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JPT et al. Dietary fat intake and prevention of cardiovascular disease: systematic review. BMJ 2001; 322: 757–63.
4. Pedersen JI, Tverdal A, Kirkhus B. Forhastede konklusjoner om hjertedødeligheten i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2153.

Jan I. Pedersen svarer:

Var ikke 4S-studien nettopp et forsøk på falsifisering av kolesterolhypotesen? Hadde effekten av simvastatin og den derav følgende kolesterolreduksjonen vært null, måtte man selvfølgelig ha forkastet hypotesen.

Herved tror jeg vi setter punktum for denne diskusjonen.

Jan I. Pedersen
Universitetet i Oslo

>>>