

oversett problem hos mange med uforklarlige mageplager (2). Fiberhypotesen til Denis Parson Burkitt (1911–93), som postulerer at de fleste vestlige velferdssykdømmer skyldes mangel på kostfiber, har trolig mye av skylden for at gjæringsdyspepsien ble borte som begrep – men neppe som fenomen. Snarere tvert imot.

Rundt 20 % av karbohydratene vi spiser passerer normalt tynntarmen uten å bli absorbert. Denne «fysiologiske» malabsorpsjonen tåles vanligvis godt av friske, men kan skape problemer hos pasienter med funksjonelle tarmlidelser. Alle mennesker vil ved overdrevet inntak av tungt fordøyelige karbohydrater oppleve ubehag fra magen, i form av oppblåsthet, rumling, flatulens, smerter og diaré, men av ukjent årsak er toleransegrensen lavere hos dem med irritable tarm. Vi har nylig vist at inntak av en lav dose av det ufordøyelige disakkaridet laktulose reproducerer hverdagsplagene til pasienter med uforklarlig, selvrapportert matoverfølsomhet, mens friske forsøkspersoner ikke utvikler symptomer (3). Andre har vist at pasienter med irritable tarm blir bedre av å spise mat med redusert innhold av fermenterbare karbohydrater (4) og mindre strukturfiber (5). Vi vet forholdsvis lite om de til grunnliggende mekanismene, men forstyrrelser i tykktarmens bakterieflora er absolutt en mulighet.

Inntak av frukt og grønt har en rekke positive helseeffekter. «Fem om dagen»-forkjempere, fiberentusiaster og ortorektikere må likevel ikke glemme at de gamle klinikerne anbefalte skånekost for følsomme mager. Moderasjon og nyansering av anbefalingene er nok klokt: Å innføre gratis frukt og grønt i alle skoler kan føre til mye skrik og skrål. Vi vil tillate oss å minne om at Burkitts fiberhypotese fremdeles er en hypotese. Vi har tykktarm for at vi skal kunne spise gress (6) – men personer med irritable tarm bør ikke spise som en hest.

Jørgen Valeur
Arnold Berstad
Universitetet i Bergen

Litteratur

- Schmidt A, Strasburger J. Ueber die intestinale Gährungs-dyspepsie der Erwachsenen (Insuffizienz der Stärkerverdauung). *Deutsch Arch Klin Med* 1901; LXIX: 570–605.
- Hurst AF, Knott FA. Intestinal carbohydrate dyspepsia. *Quart J Med* 1931; 24: 171–80.
- Valeur J, Morken MH, Norin E et al. Carbohydrate intolerance in patients with self-reported food hypersensitivity: comparison of lactulose and glucose. *Scand J Gastroenterol* 2009; akseptert for publisering.
- Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG et al. Dietary triggers in patients with irritable bowel syndrome: randomized placebo-controlled evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6: 765–71.
- Francis CY, Whorwell PJ. Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. *Lancet* 1994; 344: 39–40.
- Valeur J, Berstad A. Hvorfor har vi tykktarm? *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1298–300.

Journalistikk og etikk

I Tidsskriftet nr. 18/2009 benytter Olaf Gjerløw Aasland sin anmeldelse av boken *Rusmiddelbrukeren og forskeren* til å skyte mot «skupsøkende journalister» for deres rolle i kritikken mot et av professor Helge Waals rusforskningsprosjekter (1). Ikke minst forskningsmagasinet Apollon og NRKs forskningsmagasin Verdt å vite får gjennomgå for å «ha tatt så skammelig feil». Jeg synes Aasland retter baker for smed når han angriper «journalistlauget» i denne saken.

Utgangspunktet var at Joe Siri Ekgren sendte en bekymringsmelding til Helsetilsynet, Regional etisk komité og Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo fordi han mente at et forskningsprosjekt vedrørende opioidavhengige var uetisk og farlig for pasientene. Pressen hadde sviktet sin oppgave dersom de ikke grep fatt i en slik sak. Apollons innslag består av to om lag like lange intervjuer med Ekgren og Waal (2). Journalisten tok ikke standpunkt i saken og Waal fikk rikelig anledning til tilsvar.

Den som tok standpunkt var derimot Jan Helge Solbakk, professor ved seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Apollon referer hans uttalelser i NRK samme dag, der han sa at «det ikke samsvarer med forskningsetiske kjøreregler å rekruttere alvorlige syke til et slikt forskningsprosjekt» (3). I Aftenposten 15.6.2008 utdyper Solbakk denne kritikken (4). Han har gått gjennom et materiale vedrørende Waals rusforskningsprosjekter og konkluderer: «Når man har brutt forskningsetiske regler på det groveste i prosjekt etter prosjekt, så viser det en alvorlig svikt fra forskningsledelsen [...] En uavhengig instans bør systematisk etterforske hele forskningsporteføljen til Waal. Dette er snakk om en gruppe pasienter med en svært alvorlig lidelse med høy dødelighet. Når man ser at disse pasientene gang på gang er blitt utsatt for uetisk forskning, så er en uavhengig instans nødt til å granske dette slik at man får alle fakta på bordet.»

Beskyldningene om manglende etikk i denne saken var ikke konstruert av journalister, men fremsatt av en lege og en professor i medisinsk etikk. Solbakk har ikke uttalt seg «på generelt grunnlag» slik som Aasland skriver, men tvert om fordømt konkrete forhold vedrørende gjennomføringen av prosjektet. Hvis noen har tatt «skammelig feil» og inntatt en «forskningsfiendtlig posisjon», så er det Solbakk og ikke budbringeren. I lys av hans tidligere utspill i mediene er det mulig at pressen burde vært mer skeptisk til Solbakks uttalelser, og konsultert også andre eksperter på medisinsk etikk. I utgangspunktet bør imidlertid en professor ha stor troverdighet med henblikk på en sak som ligger nær kjernen av vedkommendes eget fagfelt.

Snarere enn å angripe journalistene burde Aasland i større grad rettet kritikken mot professoren selv.

Trygve Holmøy
Oslo universitetspsykehus, Ullevål

Litteratur

- Aasland OG. Storm i forskningsetisk vannglass. Anmeldelse av boken: Ruyter KW, Solbakk JH, Waal H, red. *Rusmiddelbrukeren og forskeren*. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1909–10.
- Skotland S. Rusavhengige deltar i forskning med livet som innsats. *Apollon* 2.6.2008. www.apollon.uio.no/vis/art/2008_2/Artikler/rus_kritikk [2.10.2009].
- Svalastog A, Synnevåg A. Uetisk forskning på narkomane. *NRK nyheter* 2.6.2008. www.nrk.no/nyheter/1.5861086 [2.10.2009].
- Aale PK. Helt vannvittig forskning på narkomane. *Aftenposten* 15.6.2008. www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2483875.ece [2.10.2009].

Kirurgi, inflammatorisk tarm sykdom og biologisk behandling

Bruken av TNF- α -hemmere øker raskt, og en økt risiko for infeksjoner ved behandling bekymrer kirurger som må operere disse pasientene. Blant gastrokirurger råder det skepsis til hva et slikt inngrep kan medføre av komplikasjoner. Det gjelder spesielt ved alvorlig ulcerøs kolitt og Crohns kolitt hvor kolektomi er et alternativ. Spørsmålene er mange: Er kolektomi forsvarlig når pasienten har fått TNF- α -hemmer nylig? Hvilken operasjonsmetode skal velges? Hva risikerer man (infeksjon per- og postoperativt, anastomoselekkasje, manglende sårtilheling, dårligere resultat ved reservoarkirurgi)?

Når kolektomi ved alvorlig ulcerøs kolitt må utføres akutt (innen 5–7 dager), skyldes dette at høye doser prednisolon (glukokortikoider) og gjerne biologisk behandling, og/eller immunosuppressiv behandling ikke har hatt tilfredsstillende effekt på sykdommen.

Ved operasjon pga. truende toksisk colondilatasjon skal målet være å utføre inngrepet skånsomt og raskt for at pasienten overlever med minst mulig komplikasjonsrisiko. Dette gjøres ved å fjerne den syke tykktarmen og la rectum stå igjen. Ved alvorlig kolitt med planlagt restorativ proktokolektomi bør det også utføres kolektomi og anleggelse av ileostomi som en første operasjon, dette for å få pasienten over i en anabol og medisinfri fase ved senere reservoarkirurgi. Det er ingen holdepunkter for at infeksjonsrisiko reduseres ved å utsette operasjon når biologisk behandling er gitt umiddelbart før.

Våre anbefalinger er basert på seks rapporter de siste to årene hvorav fire ikke viste økt risiko for infeksjon ved kolektomi hos infliximabbehandlede med ulcerøs kolitt. En viser økt forekomst (1), men

denne artikkelen har fått kritiske anmerkninger med henblikk på pasientutvalg og analysemetoder (2). En annen artikkel viser en tvilsom økning i infeksjose komplikasjoner ved kolektomi, men forfatterne påpeker at immunhemmende kombinasjonsbehandling var årsaken (3). Prednisonbruk og alvorlighetsgrad av sykdommen er også signifikante faktorer for økt postoperativ infeksjonsrisiko (4).

Vi konkluderer med at det er uklart om infliximab øker faren for postoperative infeksjose komplikasjoner ved ulcerøs kolitt og Crohns kolitt hos pasienter som blir akutt kolektomert. Derimot gir høye doser prednison alene eller i kombinasjon med andre immunhemmere før kolektomi økt infeksjonsfare. Hos disse pasientene er det grunn til å vurdere nøye hvilken behandlingsstrategi man skal velge. Tett tverrfaglig samarbeid mellom gastromedisiner og gastrokirurg er en selvfølge hos disse alvorlig syke pasientene når operasjon kan bli et alternativ.

Tom Øresland

Akershus universitetssykehus

Bjørn Moum

Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Mor IJ, Vogel JD, da Luz Moreira A et al. Infliximab in ulcerative colitis is associated with an increased risk of postoperative complications after restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1202–7; discussion 1207–10.
2. Bordeianou L. In flux on infliximab: conflicting studies on surgical outcomes. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15: 1605–6.
3. Selvasekar CR, Cima RR, Larson DW et al. Effect of infliximab on short-term complications in patients undergoing operation for chronic ulcerative colitis. *J Am Coll Surg* 2007; 204: 956–62; discussion 962–3.
4. Aberra FN, Lewis JD, Hass D et al. Corticosteroids and immunomodulators: postoperative infectious complication risk in inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterology* 2003; 125: 320–7.

Om baker og smed, bukkene Bruse og havresekken

Blåreseptnemnda har en rådgivende og kvalitetssikrende funksjon overfor Statens legemiddelverk (SLV) i forbindelse med søknader fra farmasøytisk industri om å få forhåndsgodkjent refusjon og opptak av legemidler i blåreseptordningen. Dette

betyr ikke at Blåreseptnemnda tar stilling til alle spørsmål om refusjon; vi prøver å svare på de spørsmål Legemiddelverket stiller, og vi har ingen besluttede myndighet. Når Terland i Tidsskriftet nr. 12/2009 og nr. 18/2009 tillegger Blåreseptnemnda ansvaret for tiazid- og simvastatinvedtakene (1, 2), retter han baker for smed; Blåreseptnemnda ble ikke forespurt i de to sakene.

De overordnede faglige kriteriene for pliktmessig refusjon av legemiddelutgifter over blåreseptordningen utgjøres av følgende:

- Legemidlet skal brukes til behandling av alvorlige sykdommer eller av risikofaktorer som med høy sannsynlighet vil medføre eller forverre alvorlig sykdom
- Sykdommen eller risiko for sykdom som nevnt ovenfor medfører behov eller risiko for gjentatt behandling over en langvarig periode
- Legemidlet har en vitenskapelig godt dokumentert og klinisk relevant virkning i en definert, aktuell pasientpopulasjon
- Kostnadene ved bruk av legemidlet står i et rimelig forhold til den behandlingmessige verdien og til kostnader forbundet med alternativ behandling

Alle disse fire kriteriene må være oppfylt. Ordningen administreres av Legemiddelverket, som altså rådgis av Blåreseptnemnda, og som i disse spørsmålene er i linje under hhv. Helse- og omsorgsdepartementet og Stortinget.

Terland skriver (2) at «det blir feil når det er den som betaler for legemidlene, som også setter opp reglene». Her er Terlands logikk ikke helt enkel å følge. Staten finansierer blåreseptordningen. Vel 8 milliarder kroner ble brukt på legemidler i 2008, og da er det som forventet – og en del av demokratiets spilleregler – at staten også må føre tilsyn med at pengene brukes i samsvar med intensjonene. Dette er i prinsippet ikke forskjellig fra den situasjonen som foreligger når Terland bærer sin egen pengepung rundt om i butikkene; han bestemmer selv hva han vil kjøpe! Det er heller ingen som vil frata Terland hans frie forskrivningsrett. Det besværlige «regelrytteriet» oppstår når han vil bruke andre penger enn egne eller pasientens.

Han skriver videre (2) at «en overvel-

dende mengde litteratur ... tar livet av tiazid» som behandlingsalternativ, og karakteriserer bruk av simvastatin fremfor atorvastatin som nærmest rettsstridig. Han er selektiv i valget av litteraturreferanser, og han er i utakt med tunge, uavhengige fagmiljøer både i Norge og internasjonalt.

Terland uttrykker at han og hans kolleger er best i stand til å forvalte blåreseptordningens ressurser. Hvor velfundert er dette? Det finnes flere eksempler på at terapitradisjoner lettere kan forstås som produkter av industriens reklame enn som uttrykk for godt funderte, faglige vurderinger. Kan det tenkes at det på beitemarkene rundt havresekken også finnes flere andre, store og sterke bukker enn den statlige?

Anne Elise Eggen

Blåreseptnemnda

Litteratur

1. Terland O. Regelrytteri i blåreseptordningen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1239.
2. Terland O. Bukken og havresekken. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1900.

■ RETTELSE

1880–2005 – fra fattigdoms- sykdommer til overflodslidelser

Geir Stene-Larsen

Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 38–43

I figur 1, side 40, er det ukorrekt tidsangivelse på x-aksen. Her er korrekt figur.

