

særlig innsikt i moderne kreftforskning. Jeg vil påpeke at det de siste tiårene har vært en revolusjon innen forståelsen av bl.a. epigenetiske mekanismer i kreftutvikling (3), og det er i dag bred enighet om at kreftutvikling innebærer samspill mellom genetiske, epigenetiske og miljøbetingede faktorer. Hvis Mysterud og Poleszynski ønsker å diskutere mitokondrienes rolle i carcinogenese, bør de dessuten velge et annet utgangspunkt enn min kronikk om hvordan allmennheten oppfatter kreftproblematikken.

Når det gjelder nyere studier på sammenhengen mellom kreft og karbohydratstoffskiftet, trekker Mysterud og Poleszynskis igjen konklusjoner som grenser mot det absurde. Det er i dag bred faglig enighet om at kostholdet er viktig både i forebygging og terapi av kreft, og jeg har ennå til gode å møte en ernæringssekspert som er uenig i at vi bør redusere sukkerforbruket i befolkningen. At det er sammenheng mellom kreftutvikling og høy blodglukose betyr derimot ikke at karbohydrater i kosten er årsaken til all kreft eller at lavkarbodietter er løsningen på kreftproblematikken.

Mysterud og Poleszynskis strategi er å sette sammen fragmenter av forskning for å promotere en ekstrem kostholdsideoologi. At god forskning handler om å være kritisk til egne hypoteser, har de åpenbart ikke forstått. De er imidlertid flinke til å utnytte media, og det er et dilemma om man skal kommentere slike innlegg. Jeg har valgt å kommentere, ikke for å gi anerkjennelse til den absurde argumentasjonen, men for å sette fokus på problemene knyttet til kreft og forskningsformidling. Kreft er en av samfunnets største utfordringer, og det er viktig å formidle en realistisk og kunnskapsbasert forståelse av problematikken.

Jarle Breivik

jbrevik@medisin.uio.no

Jarle Breivik (f. 1968) er professor ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Capasso LL. Antiquity of cancer. *Int J Cancer* 2005; 113: 2–13.
2. Breivik J. Når Darwin møter Hippokrates. I: Hessen DO, Lie T, Stenseth NC, red. *Darwin – Verden ble aldri den samme*. Oslo: Gyldendal, 2009: 165–95.
3. Sharma S, Kelly TK, Jones PA. Epigenetics in cancer. *Carcinogenesis* 2010; 31: 27–36.

Re: Legar må bidra i medisinsk grunnutdanning

Takk for ein fin artikkel om Legeforeningen sitt arbeid med grunnutdanning (1). Eg ser fram til endeleg rapport til hausten. Det er fint å sjå aktiv debatt om undervisningsspørsmåla som du nemner. Eg deltok i mange slike debattar då eg sjølv var student i Bergen kring 1995. Vi hadde eit landsomfattande engasjement i foreninga Norsk Forening for Medisinsk Utdanning, ei spesialforening i Legeforeningen. Vi hadde fleire møter saman med Legeforeningen om desse spørsmåla, saman med Oxford University. Møterekka heitte «Learning in Medicine» og var leia av Hans Asbjørn Holm, vise-generalsekretær i Legeforeningen. Den europeiske medisinstudentorganisasjonen (EMSA) hadde og fleire møter om dette. Eg forstår EMSA framleis held konferansar om medisinsk utdanning, og er endå meir aktive no enn før.

Karl Anton Undeland

kaunde@gmail.com

Karl Anton Undeland (f. 1969) er seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Christiansen MH. Legar må bidra i medisinsk grunnutdanning. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1242.

Re: Lytte, lete, tenke

I en utmerket lederartikkel i *Tidsskriftet* nr. 14/2015 skriver Petter Gjersvik blant annet at diagnoser ikke må stilles for tidlig, ved å gjette eller når man er på tynn is (1). En av våre lærere på Ullevål tidlig på 1960-tallet kalte slike diagnoser, vel å merke hvis de var riktige, for «pseudogeniale lyndiagnoser». En genial betegnelse som fortjener å ikke gå i glemmeboken.

Arne C. Jørgensen

ac.j2@online.no

Arne C. Jørgensen (f. 1939) er lege. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Gjersvik P. Lytte, lete, tenke. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1217.

Re: Nyttig, men litt kjedelig

Jeg takker for en positiv anmeldelse av boka «Komorbiditet i somatikk og psykiatri (1). Forståelse, betydning og konsekvenser.», der jeg er medforfatter. Jeg kan ikke se at tittelen på anmeldelsen, «Nyttig, men litt kjedelig», er dekkende for innholdet i anmeldelsen. Sammenhengen mellom premisser og konklusjon er mangelfull, etter min vurdering.

Alv A. Dahl

alvdah@ous-hf.no

Alv A. Dahl (f. 1944) er forskningsrådgiver ved Oslo universitetssykehus. Oppgitte interessekonflikter: Dahl er en av forfatterne av den anmeldte boka.

Litteratur

1. Lunde L-H. Nyttig, men litt kjedelig. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1277.

Re: Psykisk syke lever kortere

I *Tidsskriftet* nr. 3/2015 skriver Lien og medarbeidere at «Den forventede levetid er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig.» og at «Overdødeligheten er til stede i alle psykiatriske diagnosegrupper. Den er høy innenfor alle somatiske sykdomsgrupper, som hjerte- og kar-sykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner.» (1).

Sundhedsstyrelsen omtalte nylig i «Nyt om bivirkninger» 50 innberetninger om dødsfall for ett enkelt antipsykotika (olanzapin), men siden bivirkninger vanligvis ikke innrapporteres må man anta at det er store mørketall (2). Ifølge en retrospektiv analyse har Parkinson-pasienter som tar antipsykotika dobbelt så stor risiko for å dø i løpet av 180 dager etter behandlingsoppstart sammenlignet med de som ikke fikk legemidlene (3). Den omtalte overdødeligheten skyldes antakelig i stor grad forskrivning av psykofarmaka som gjør mer skade enn nytte (4–7).

Götsche et al estimerer at psykofarmaka årlig tar livet av 500 000 mennesker over 65 år i USA og EU. Myndighetene ignorerer legemidlenes sikkerhetsmangel, hvor bivirkninger også rammer barn, ungdom og middelaldrende hardt, ikke minst utviklingshemmede med eller uten psykisk lidelse (5). Enkelte pårørende opplever forskrivninger av psykofarmaka som ekstremt belastende, slik det fremgår av en bok nylig omtalt i *Tidsskriftet* (8). Forfatteren skriver i forordet til nevnte bok bl.a. at «Dere dømte meg til et liv i tortur. Dere dømte meg til å se mitt kjæreste, mitt barn, gå til grunne. Dere bandt meg på hender og føtter, tok fra meg min handlekraft. Dere vil ikke snakke med meg, lar meg ikke få vite hva dere tenker, hva dere gjør. Hvorfor dere behandler sønnen min slik dere gjør.» (9).

>>>

BMJ omtaler nevnte type iatrogene overdødelighet som «I beste fall en unnlattelse av å handle på bevis; i verste fall en form for dødelig diskriminering.» («At best a failure to act on evidence; at worst a form of lethal discrimination.») (10).

Svein Reseland
sreselan@online.no

Svein Reseland (f. 1952) er ingeniør.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 246–8.
- Nyt om bivirkninger juni 2015. <https://sundhedsstyrelsen.dk> (6.5.2015).
- Greater Mortality Risk With Antipsychotics in Parkinson's. www.medicalnewstoday.com (19.6.2015).
- Andrews PW, Thomson JA Jr, Amstadter A et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Front Psychol* 2012; 3: 117.
- Gøtzsche PC, Young AH, Crace J. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015; 350: h2435.
- Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. *Am Fam Physician* 2010; 81: 617–22.
- Reseland S. RE: Studier som stikkes under stol. <http://tidsskriftet.no/article/3316706> (2.9.2015).
- Halmøy A. Tankevekkende om pårørendes følelse av maktesløshet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 957.
- Sigvart A. Som avtalt med legen. Oslo: Nova Forlag, 2013.
- Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013; 346: f2969.

L. Lien og medarbeidere svarer:

Takk for kommentar fra Svein Reseland til vår artikkel (1). Kommentaren tar opp i hvilken grad bruk av psykofarmaka, og da spesielt antipsykotika, bidrar til forkortet levetid blant mennesker med psykiske lidelser. De fleste mennesker i de store gruppene med psykiske lidelser vi omtalte i vår kronikk, har ikke vært behandlet med antipsykotika, eventuelt har det vært brukt antipsykotika i korte perioder. Om antipsykotika bidrar til forkortet (2) eller forlenget liv (3) hos mennesker som bruker preparatene, er gjenstand for en bred debatt både i medisinske tidsskrift (2) og dagspressen, sist i Klassekampen våren 2015.

Vår vurdering er at dokumentasjonen for forlenget liv er tyngre enn det motsatte (3), men vi ser behovet for videre studier og kunnskapsoppsummeringer. Både helseforetakene og Helsedirektoratet vil ta initiativ for å bedre oppfølging og behandling av somatisk sykdom hos denne pasientgruppen.

Sist i kommentaren refererer Reseland BMJ (4) til å omtale «iatrogene overdødelighet» som «I beste fall en unnlattelse av å handle på bevis; i verste fall en form for dødelig diskriminering.» Slik vi leser denne lederartikkelen i BMJ, tar den opp mye av bredden av sosio-økonomiske, sykdomsrelaterte og behandlingsrelaterte årsaker til forkortet liv for mennesker med psykiske lidelser.

Lars Lien
lars.lien@medisin.uio.no
Gitte Huus
Gunnar Morken

Lars Lien (f. 1960) er leder/professor ved Sykehuset Innlandet/Høgskolen i Hedmark.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gitte Huus (f. 1967) er cand.polit., sosialantropolog og avdelingsdirektør for Avdeling psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gunnar Morken (f. 1956) er professor i psykiatri ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege i Divisjon psykisk helsevern, St. Olavs hospital, og avdelings sjef for Avdeling for forskning og utvikling samme sted.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 246–8.
- Gøtzsche PC, Young AH, Crace J. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015; 350: h2435.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374: 620–7.
- Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013; 346: f2969.

Re: Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft

I min kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2015 redegjorde jeg for at norske retningslinjer avviker fra de europeiske retningslinjene på flere viktige punkter (1). På vegne av forfatterpanelet for de norske retningslinjene viser onkolog Solberg og medarbeidere i Brev til redaktøren-spalten i nr. 12–13/2015 til et syv år gammelt leserbrev i Tidsskriftet, men begrunner ellers ikke avvikene som gjelder hormonbehandling. Uten evidens for økt overlevelse eller redusert sykkelighet, blir monoterapi med antiandrogener stående som en metode som kun påvirker tumormarkøren og ikke tumoren. Når behandlingen dessuten er beheftet med alvorlige bivirkninger, blir det naturlig å vurdere om den er etisk forsvarlig. Brevet som Solberg viser til, har ingen relevans for retningslinjer anno 2015.

Solberg forklarer ikke hvorfor det i de norske retningslinjene opplyses at primær strålebehandling med 66–70Gy har vært vanlig i Norge i lang tid. Siden residivfrekvensen er rapportert å være opptil 67% i andre land, bør pasientene få vite om behandlingen er godkjent av REK og hvor mange som er endt opp med livslang kastrasjonsbehandling (2). Når Gustavsen i sitt innlegg skriver at alle hans pasienter har fått 70Gy, blir det vanskelig å tro på Solbergs forsikringer om at dose-eskalert EBRT er vanlig i Norge.

I studiene som Solberg viser til for å begrunne 70Gy som standard stråledose, har man sett på effekten av 70Gy som tillegg til permanent kastrasjon hos pasienter med lokalavansert sykdom (3, 4). Funn i denne pasientgruppen kan ikke tas til inntekt for at 70Gy bør være standarddose for pasienter med lokalisert sykdom og som behandles uten permanent kastrasjon. Kubans artikkel, som viser signifikante forskjeller i favor av 78Gy, er kun én av flere referanser som EAU støtter seg til når de anbefaler en høyere standard stråledose enn det Solberg gjør i de norske retningslinjene (5).

I studien som Solberg legger til grunn for å anbefale tilleggsbestråling med HDR-braky, er det kun benyttet 55Gy som ekstern stråledose i kontrollarmen (6). På grunn av uvanlig høy forekomst av tilbakefall, mener EAU at det er behov for flere dose-eskalerte EBRT-studier der HDR-braky er eneste variabel, før man kan anbefale tilleggsbestråling med HDR-braky. Min uttalelse om at forskningen på brakyterapi i Norge var stanset, var basert på skriftlig korrespondanse med Lilleby 15.05.2014 angående en pasient, og opplysningen ble bekreftet skriftlig av lederen for prostatasenteret 26.08.2014.

Solberg viser til at det ikke foreligger randomiserte studier som sammenligner effekten av ulike lokale salvagebehandlinger etter mislykket stråleterapi. En viktig grunn til dette er at foreliggende evidens gir pasientene tilstrekkelig grunnlag til selv å velge metode. De aller fleste velger bort kastrasjon, som er den mest benyttede salvagebehandlingen ved tilbakefall etter strålebehandling, og dermed den naturlige kontrollbehandling i sammenlignende studier (10). Solbergs presisering av at HIFU er eksperimentell behandling er berettiget, men skaper store problemer både for forfatterpanelet, prosjekteier og for utenlandskontoret, fordi salvagebehandlingen med HIFU som har pågått i ni år, gis uten godkjent protokoll (8, 9).

Med unntak av stråle- og cellegiftbehandling, står urologene for det aller meste av klinisk diagnostikk, behandling og kontroll av menn med prostatakreft. Norske kliniske retningslinjer er imidlertid

>>>