

kopi av meldingen som går til Folkehelseinstituttet). I Oslo har det i lengre tid vært en frivillig avtale med noen av laboratoriene, slik at disse sender oss kopier av svar for nåværende gruppe A. Vi har imidlertid ikke slik avtale med alle laboratoriene, og fortsatt gir MSIS-rapporter mer pålitelige tall for Oslo enn det vi kan produsere selv. I 2002 manglet vi nominativ melding for cirka en tredel av alle tilfeller. I tillegg kommer mange svært sent. Vi vil tro at andre store kommuner har et liknende problem. Departementet burde benyttet anledningen til å gjøre noe med dette. Samme argumentasjon som ovenfor kan gjøres gjeldende for nye gruppe B.

Det er kommet inn nye bestemmelser om varsling som erstatter tidligere bestemmelser om at «muntlig melding skal gis umiddelbart». Varsling er definert som «en umiddelbart formidlet beskjed». Det har til nå vært for dårlige rapporteringsrutiner om utbrudd av smittsom sykdom i sykehjem mv., men vi synes det kanskje blir litt drøyt når ethvert påvist eller mistenkt utbrudd skal varsles (altså meldes umiddelbart) på linje med SARS og meningokokksykdom, og det både til kommunelege og fylkesmann. Her synes vi man burde åpnet for noe skjønn og påbudt varsling bare for alvorlige utbrudd. Vi merker oss også at sykehus skal varsle omgående, mens de kommunale institusjonene bare skal varsle. Er det en glipp, eller kan varsling bety forskjellige ting?

Etter merknadene skal «utbrudd som har ført til eller kunne ha ført til betydelig personskade hos pasient» meldes skriftlig til Helsetilsynet i fylket. Kan ikke de fleste vanlige typer utbrudd (f.eks. gastroenteritter) i sykehjem føre til forverring eller dødsfall hos på forhånd dårlige pasienter? Hvordan skal dette avgrenses i praksis?

Til slutt: Hvorfor ikke samkjøre iverksettelse av en ny forskrift med utarbeiding og utsendelse av nye skjemaer?

Petter Elstrøm

Tore W. Steen

Helsevernetaten, Oslo kommune

Litteratur

1. Høring av utkast til forskrifter for MSIS og Tuberkuloseregisteret, SYSVAK og NORM. <http://odin.dep.no/hd/horsk/aktuelt/p20041847/brev/042041-080006/index-dok000-b-n-a.html> (29.7.2003).

Mening

Takk for en særdeles meningsfull artikkel om livets mening i Tidsskriftet nr. 13–14/2003 (1). Sammen med bokanmeldelsen (2) av Leo Tolstojs bok (3) fikk dette sommernummeret et virkelig eksistensialfilosofisk tilsnitt.

De eksistensialanalytiske tanker hadde en avgjørende innvirkning på medisinsk forståelse i etterkrigstiden frem til 1970-årene. Senere har det vært relativt stille

rundt dette temaet. Likevel vil betydningen av mening aldri ta slutt. Vi lever nå i en postmoderne og «samtidig» kultur som uttrykk for at moderniteten, som vokste frem av opplysningstiden og den industrielle revolusjon, har brutt sammen. I rasjonalitetens navn er det fortsatt «lettere» å forholde seg til kunnskapsbaserte «sannheter». Viktig og riktig er det for våre pasienter at våre behandlinger er dokumentert virksomme, og at det gjøres medisinske fremskritt. Samtidig kan aldri liv og mening bevises.

Viljen til sannhet vil alltid være viktigere enn viljen til kunnskap. Karl Jaspers, som regnes som grunnleggeren av eksistensialfilosofien, sier at den rene vitenskap bare kan gripe de ytre ting som er av denne verden (4). Men, som han sier, vi vil dypest sett noe mer enn vitenskap.

I den postmoderne speilsal er det lov å se seg i speilet. Men er det meningsfullt? Er det det som binder oss sammen? Jaspers sier også at «fornuften er en kompassnål som skaper mulighet for en stadig voksende kommunikasjon av det mangfoldige som folder seg ut for oss, det som vet seg bundet til det ene, det som ikke tilhører noen og som alle tilhører» (4).

Jan-Øivind Holm

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Skaiå A. Betydningen av mening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1877–9.
2. Lund PJ. Det er ingen død mer. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1908.
3. Tolstoj L. Ivan Iljitsj's død. Oslo: Dreyers forlag, 1967.
4. Jaspers K. Fornuft og anti-fornuft i vår tid. Oslo: Cappelen, 1952.

Kraftfull reklame?

Jeg mottok for en tid tilbake en pakke med tabasko fra Pfizer. På innpakningen stod ordet «Kraftfull» dokumentert med henvisning til to studier. I tillegg til tabasko inneholdt pakken produktinformasjon på ett ark. Tabasko-flasken er en foreløpig kulminasjon i strømmen av informasjon om valdekoksib, virkemidlet i Pfizers nye preparat.

I Legemiddelforskriften står det: «Reklame til helsepersonell må ikke være forbundet med utdeling av gjenstander, gaver, tjenester, premier eller noen annen form for ytelser av økonomisk verdi. Helsepersonell må heller ikke anmode om eller motta slike ytelser. Dette forbud er ikke til hinder for utdeling av gjenstander med ubetydelig verdi som står i forbindelse med utøvelse av vedkommende helsepersonells virksomhet.» (min utheving) (1).

Alene porto utgjør kr 20 for hver pakke utsendt. Innhold og emballasje kommer i tillegg. Ikke rart at preparatet koster minst tre ganger det behandling med for eksempel ibuprofen koster. Disse kostnader betales selvsagt av noen. Og «noen» er da dels

pasientene som får utskrevet dette preparatet, og i siste instans oss alle gjennom skatt. Det er i så måte en lykke at valdekoksib så langt ikke er tilskuddsberettiget.

Det er tidligere dokumentert at mengden av nyttig og produsentavhengig informasjon om legemidler langt overstiger tilgangen på produsentnøytral informasjon (2). Pfizer gjør narr av oss hvis de tror en flaske tabasko vil få oss til å forskrive valdekoksib, og det for pasientenes penger. Etter å ha mottatt denne pakken er jeg ikke lenger i tvil om hvorvidt reklame kan virke mot sin hensikt.

Torben Wisborg

Hammerfest

Litteratur

1. Forskrift om legemidler (Legemiddelforskriften). www.lovdata.no/for/sf/hd/-19991222-1559-044.html (21.7.2003)
2. Molaug PO, Spigset O. Ett års skriftlig legemiddelinformasjon til en kommunelege. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 585–8.

Politikk, personlig ansvar og egen helse

I Tidsskriftet nr. 12/2003 har Per Fugelli & Jan Helge Solbakk en artikkel om «forebyggende selvransakelse» med tilknytning til 400-årsjubileet for det norske helsevesen (1). Artikkelen gir en kritisk beskrivelse av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot individet som selv ansvarlig for egen helse, med tiltak som fysisk aktivitet og nøktern livsstil. Samtidig beskrives de politiske rammevilkår for helse og sykdom og relevante sosialmedisinske strukturer som glemt eller forsvunnet. Fugelli & Solbakk refererer i denne forbindelse til Stortingsmelding nr. 16, Resept for et sunnere Norge, som ble lagt frem av Helsedepartementet i januar 2003 (2). De samfunnsmedisinske institusjoner, Legeforeningen og Helsedepartementet oppfattes som ensidige talerør for det individrettede syn på sykdomsforebygging, mens de selv sterkt understreker at politikken og samfunnsutviklingen med forbedring og utjevning av levevilkårene er avgjørende for folks helse (1).

Vårt inntrykk er at forfatterne i sin polemikk mot det individrettede forebyggende arbeid, karakterisert som ensidig og moraliserende, selv har havnet på den motsatte flanke. En rimelig avveining av de forskjellige momenter er nødvendig. Vel er politikk og samfunnsutvikling med forbedring og utjevning av levevilkår av stor betydning for folkehelsen, men også under forskjellige økonomiske og sosiale kår vil individets ansvar for egen livsstil være viktig.

Det angis at helse og livsstil er et speilbilde av de rammevilkår som den enkelte er hensatt til å leve under. Dette er klart begripelig for folk som lever i flyktningleirer, asylmottak eller i fattige u-land, men er