

## Skadene ved passiv røyking

Under overskriften Skadene ved passiv røyking ikke klarlagt i Aftenposten 19. januar 2003 har 11 professorer funnet at det er riktig tid og sted å forsøke å trekke teppet bort under beina på helseministeren. Jeg tviler selvfølgelig ikke på professorenes kompetanse og rett til å stille kritiske spørsmål til noen av de studiene som er lagt til grunn for odelstingsproposisjonen om passiv røyking. Det jeg imidlertid tillater meg å undres over, er hvilke motiver som ligger til grunn for å velge debattsiden i Aftenposten for en artikkel, som i parentes bemerket, er forbausende inkonsekvent på vesentlige punkter.

I artikkelen hevdes det at «... Passiv røyking kan være en markør for den egentlige årsak til hjerteinfarkt og lungekreft. Aktiv og passiv røyking forekommer oftere i grupper med lav inntekt og utdanning, og det kan være fenomener knyttet til dette som er årsak til sykdom heller en passiv røyking...». Dette kan sikkert være riktig, men hva så? Mener professorene at når noen mennesker først har det vanskelig, så er det ikke så farlig om de utsettes for litt fare til? Siden mange afrikanske land sliter med fattigdom, er det da ikke så farlig om de får litt AIDS, alkohol- og tobakksskader i tillegg? Neppe i tråd med WHO's målsettinger.

Det står videre: «... Helsedepartementet har i Odelstingsproposisjon om passiv røyking foreslått sterke virkemidler som griper inn i enkeltmenneskes frihet...» Hver gang jeg setter meg inn i min bil for å kjøre, utsettes jeg for lover som griper inn i min personlige frihet, men jeg aksepterer at fartsgrensene er ment å skulle redusere faren for at jeg skal kunne påføre meg selv, og i alle fall andre, skade.

Artikkelen slår da også merkelig nok fast at «... Stortinget har rett og plikt til å vedta lover som beskytter oss alle mot passiv røyking...». Da skjønner jeg ærlig talt ikke poenget. Bli da den akademiske diskusjon om kvaliteten på den vitenskapelige basis for et lovforslag viktigere enn intensjonen med forslaget?

Til slutt foreslås det å «...nedsette en uavhengig ekspertkomité for å vurdere mulige helseskader ved passiv røyking...». Mens en slik komité kunne arbeide frem mot en mulig konklusjon, ville fortsatt mange mennesker på ubestemt tid være plaget med ubehaget av røyklukt, og mange allergikere være forvist fra de fleste utesteder.

For øvrig drømmer også jeg om å kunne gå ut og nyte et måltid uten å måtte henge jakken til lufting på verandaen etterpå.

**Olav Heen**  
spesialist i samfunnsmedisin  
Oslo

## Medikamenter mot urininkontinens

Truls E. Bjerkland Johansen gir i en artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2003 en kort oversikt over medikamenter mot urininkontinens (1). Han skriver at urgeinkontinens skal behandles med antikolinergika med tolterodin som førstehåndspreparat og at pasienten skal henvises til urolog dersom primærbehandlingen ikke har effekt.

Jeg savner en henvisning til at det også finnes ikke-medikamentelle behandlingsformer ved urgeinkontinens. Slik det er fremstilt i artikkelen, får leseren inntrykk av at det kun er tablettbehandling som er indisert. Imidlertid kan pasienter med urgeinkontinens også ha nytte av blæretrening, bekkenbunnstrening, livsstilsråd og elektrostimulering. Mange former for overaktiv blære, inkludert urgeinkontinens, er vanskelige å behandle, og det er nyttig å ha flere strenger å spille på. Som forfatteren selv påpeker, har antikolinergika ofte begrenset effekt. I tillegg skriver han at pasientene skal henvises til urolog dersom primærbehandlingen ikke har effekt. Jeg vil minne om at det er to andre yrkesgrupper som nok håndterer flere inkontinenspasienter enn urologene og som kan være vel så aktuelle å henvise til, nemlig gynekologer og uroterapeuter. Pasienter med inkontinens bør utredes og behandles av helsepersonell

med spesiell interesse og kompetanse. Hvilken spesialitet vedkommende representanter, er mindre interessant, og pasienten bør henvises til den lokale ekspert/poliklinikk uten hensyn til spesialitet.

Ved mange gynekologiske poliklinikker er det etablert betydelig kompetanse og gode rutiner for håndtering av pasienter med inkontinens. Vi har også en relativt ny yrkesgruppe med økende antall utøvere i Norge, nemlig uroterapeutene. Disse er spesialutdannet til å hjelpe både kvinner og menn med dysfunksjon i de nedre urinveier og bør i mange tilfeller være et naturlig førstevalg ved henvisning av inkontinenspasienter.

**Hjalmar Schiøtz**  
Tønsberg

### Litteratur

1. Johansen TEB. Medikamenter mot urininkontinens. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 178–9.

### T.E. Bjerkland Johansen svarer:

Artikkelen var bestilt av redaktøren til spalten Legemidler i praksis og skulle inneholde en kortfattet omtale av medikamentell behandling. Den pretenderer ikke å gi en fullstendig oversikt over behandling av urininkontinens.

Det er riktig at utredning og behandling av urininkontinens er vanskelig. Derfor er det viktig at de som tar hånd om slike pasienter har de nødvendige kvalifikasjoner. I spesialitetsrådets vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge 2002, heter det om spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer at «dette er et bredt sammensatt fagfelt med blant annet gynekologisk kirurgisk virksomhet». «Urologi omfatter forskning, diagnostikk, forebygging og behandling av kirurgiske tilstander og sykdommer i urinveiene, deriblant funksjonsforstyrrelser og skader.» Urethra er en del av urinveiene. Urininkontinens er en funksjonsforstyrrelse som ofte skyldes skade. Derfor bør pasientene henvises til urolog.

**Truls E. Bjerkland Johansen**  
Porsgrunn