



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Legionellatester

I kjølvannet av legionellaepidemien i Østfold i mai/juni 2005 er det i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 flere interessante artikler om legionella, herunder både en originalartikkel om smitteoppsporing og miljøkartlegging i Trondheim (1) og to lederartikler (2, 3). I den ene lederartikkelen skriver Preben Aavitsland: «Undersøkelse for legionella med dyrking eller polymerasekjedereaksjon er antakelig fåfengt. Verken et positivt eller negativt svar kan, når det foreligger, si om legionella er til stede i anlegget» (2).

Undertegnede har stusset over dette utsagnet. Vi kan være enig i at et negativt svar ikke utelukker tilstedeværelse av legionella. Et positivt svar fra de nye, hurtige PCR-baserte testmetodene vil, derimot, når testene utføres korrekt og kompletterende, kunne bekrefte tilstedeværelse av legionella. Hvis man i tillegg bruker testoppsett som er spesifikke for art og ved vekst også for serotype, vil dette kunne være grunnlag for pålitelige konklusjoner og kunne være retningsgivende for eventuelle tiltak. Slike undersøkelser har gjennom lengre tid vært benyttet i pasientdiagnostikk og i et samarbeidsprosjekt mellom Avdeling for mikrobiologi ved St. Olavs Hospital og SINTEF Helse i Trondheim vedrørende smitteoppsporing og miljøundersøkelser. Slike undersøkelser er også et bærende moment i den refererte originalartikkelen (1). Vi mener at Aavitslands formuleringer er uheldige og etterlyser en forklarende kommentar.

**Catrine Ahlén**  
SINTEF Helse

**Johan A. Mæland**  
Trondheim

#### Litteratur

1. Garåsen H, Sagvik E, Kvendbø JF et al. Legionella i Trondheim – smitteoppsporing og miljøkartlegging. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1791–3.
2. Aavitsland P. Legionærsykdom – smittevern med blåløys. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1787.
3. Midtvedt T. Er legionella på fremmarsj? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1790.

#### P. Aavitsland svarer:

Utsagnet blir ganske forståelig når det leses i sin sammenheng, nemlig som en beskrivelse av legionellatestenes manglende plass i risikovurdering av vannanlegg (1).

Legionella finnes i ferskvann og kan dermed bli påvist i anlegg som benytter

ferskvann. Antakelig vil man finne mer legionella jo mer man leter. I Trondheim fant man bakterien i en rekke vannanlegg da man først lette (2). Hyppigere testing av anleggene ville ganske sikkert ført til funn i enda flere anlegg (3).

Det naturlige forløpet av legionellaforurensning av vannanlegg er fortsatt for en stor grad ukjent. Sannsynligvis varierer forurensningen over tid. En studie fra Australia med to ukentlige prøver fra 28 kjøletårn viste store endringer fra uke til uke (4). Da dyrkingssvaret fra et tårn forelå etter 7–10 dager, kunne situasjonen i tårnet være helt endret og resultatet tilnærmet verdiløst.

Enhver legionellatest av et vannanlegg er derfor bare et øyeblikksbilde. Om variasjonen er så stor at også et PCR-resultat neste dag har liten verdi, må nyere studier avgjøre. Et tilleggsproblem ved PCR er at positivt svar kan skyldes døde legionellabakterier. Dessuten forteller ikke PCR-testen noe om mengde legionella.

Disse forholdene gjør at legionellatesting med dyrking eller PCR i dag antakelig er fåfengt i forhold til det formålet som ble omtalt i min leder, nemlig å vurdere risikoen for at et anlegg skal bli en smitekilde for legionellose. Folkehelseinstituttet anbefaler derfor at kjernen i smittevernet mot legionellose fra vannanlegg er risikovurdering og grundige vedlikeholdsrutiner (5). Rutinene skal hindre at legionella kan vokse i så store mengder at anlegget kan spre smitte. Rutinemessig legionellatesting av vannanlegg kan gi unødvendig uro eller falsk trygghet til en høy kostnad.

**Preben Aavitsland**  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Oslo

#### Litteratur

1. Aavitsland P. Legionærsykdom – smittevern med blåløys. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1787. ([www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/1787.pdf](http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/1787.pdf) (11.8.2005).)
2. Garåsen H, Sagvik E, Kvendbø JF et al. Legionella i Trondheim – smitteoppsporing og miljøkartlegging. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1791–3. ([www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/1791-3.pdf](http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2005/1791-3.pdf) (11.8.2005).)
3. Fliermans CB. Ecology of Legionella: from data to knowledge with a little wisdom. Microb Ecol 1996; 32: 203–28.
4. Benthams R. Routine sampling and the control of Legionella spp. in cooling tower water systems. Curr Microbiol 2000; 41: 271–5.
5. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Veileder for forebygging og av legionellasmitte fra VVS-anlegg. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2003. ([www.fhi.no/dav/F21E990DF5.pdf](http://www.fhi.no/dav/F21E990DF5.pdf) (11.8.2005).)

### Behandling av overaktiv blære-syndrom

Steinar Hunskaar gir i Tidsskriftet nr. 15/2005 en utmerket oversikt over medikamentell behandling av overaktiv blære-syndrom (1). I avsnittet om behandlingsstrategi tilrås han helt korrekt blæretrening som et godt supplement til medikamentell behandling. Det bør imidlertid også poengteres at blæretrening alene, gjerne sammen med livsstilsråd, kan være tilstrekkelig (2), slik at medikamentell behandling kan unngås. Medikamentell behandling kan gi bivirkninger, og effekten på symptomene er ofte ikke imponerende. Kun drøyt halvparten av pasientene kan sies å ha god nytte av tablettbehandling med antimuskariner (antikolinergika).

En alternativ behandlingsmetode som har effekt mot urgeinkontinens og trolig også mot overaktiv blære, er maksimal elektrostimulering (3, 4). Elektrostimulering kan gjennomføres både ved poliklinikk og av pasienten selv hjemme. Det er nyttig å ha andre behandlingsalternativer enn bare medikamenter.

Hunskaar skriver videre at henvisning til urolog er aktuelt «ved varselsymptom eller -funn, dersom allmennpraktikeren er usikker på diagnose eller behandling, eller ved dårlig respons på behandling» (1). Jeg er helt enig i dette når det gjelder mannlige pasienter, og også at kvinnelige pasienter skal henvises til urolog ved varselsymptomer eller -funn. Imidlertid vil det ofte være vel så naturlig å henvise kvinnelige pasienter med symptomer på overaktiv blære til en gynekologisk poliklinikk som til en urolog. Mange kvinneklinikker har også etablert egen urogynekologisk seksjon med betydelig kompetanse og gode rutiner for håndtering av disse pasientene.

En annen yrkesgruppe bør nevnes samtidig, nemlig uroterapeutene. Disse er spesialutdannet til å hjelpe både kvinner og menn med nedre urinveisdysfunksjon. Det finnes uroterapeuter ved en rekke urologiske og gynekologiske poliklinikker. Henvisning til en uroterapeut kan være et godt valg når allmennpraktikeren er usikker på egen kompetanse eller ønsker å henvise pasienten til instruksjon i blæretrening, elektrostimulering eller til videre vurdering.

**Hjalmar Schiøtz**  
Sykehuset i Vestfold

#### Litteratur

1. Hunskaar S. Behandling av overaktiv blære-syndrom. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2029–30.
2. Hunskaar S. Overaktiv blære. I: Hunskaar S, red. Allmennmedisin. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 580–1.
3. Wang AC, Wang YY, Chen MC. Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder. Urology 2004; 63: 61–6.
4. Indrekvam S. Electrical stimulation in female urinary incontinence. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2002.

#### S. Hunskaar svarer:

Eg takkar Hjalmar Schiøtz for innlegget med nyttige og supplerande kommentarar til artikkelen min. Eg kan i all hovudsak slutte meg til dei synspunkta han kjem med.

Når det gjeld blæretrening aleine, kan det godt prøvast først, men medikamenttilbodet er no så godt at dette i praksis blir forsøkt aleine, i beste fall samstundes med blæretrening. Eg synes kombinasjonen bør tilstrebast, og trening bør halde fram lenge aleine for dei som har dårleg effekt av medikament eller som har kontraindikasjonar. Eit tilleggsmoment er at muskarinreseptorantagonistane er godkjende for refusjon på blå resept berre for pasientar med urgeinkontinens, slik at dei som har overaktiv blære-syndrom utan lekkasje, må betale behandlinga sjølv.

Maksimal elektrostimulering kunne godt vore omtala, sjølv i ein artikkel om «Lege-midler i praksis», men dokumentasjonen for effekt er ikkje så god at eg vil tilrå slik behandling i første hand.

For meg var det viktig å få fram at fastlegane kan handtere dei fleste av desse pasientane, men at det finst gode grunnar for å tilvise til spesialist av og til. Då må ein ta omsyn til det lokale spesialisttilbodet og bruke det. Eg har ikkje noko ønske om å vurdere urologar mot gynekologar i så måte, og burde ha tatt med gynekologalternativet i artikkelen.

#### Steinar Hunskaar

Universitetet i Bergen

### Privat hamstring av influensamedisin

Bjørn-Inge Larsen ved Sosial- og helsedirektoratet svarer på mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 (1, 2). Jeg finner grunn til å bemerke følgende.

Jeg sår ikke tvil om nytten av at det offentlige har kjøpt inn 1,2 millioner doser Tamiflu, men påpeker den mulige utilstrekkeligheten. Larsen sier at det er bred enighet om at vaksiner er det viktigste tiltaket mot influensa, det være seg den årlige, så vel som ved en pandemi. Det er riktig, men når vi snakker om det første anslaget av en helt ny pandemi, kan vaksiner umulig ha noen særlig effekt.

Larsen anfører at det vurderes som lite sannsynlig at et virus som har tilegnet seg evnen til effektiv spredning mellom mennesker, vil gi like høy morbiditet og mortalitet som dagens fuglevirus. Dette kan ingen vite.

Larsen leverer ikke ett eneste argument mot privat hamstring i tillegg til den offentlige. I rapporten fra Kunnskapscenteret står det: «For offentlige myndigheter vil det finansielt være enklest å «løse» beredskapsproblemet ved å privatisere det. Dersom myndighetene gikk ut med opplysningskampanjer om pandemimuligheten, er det rimelig å tenke seg at en anseelig andel av befolkningen ville kjøpe oseltamivir for egen regning. Dette ville gi en desentralisert lagring av medikamentet og spare samfunnet for distribusjon ved aktuell pandemi. Det ville, alt annet likt, øke effekten av samfunnets beredskapstiltak» (3). Den eneste innvendingen de som har skrevet rapporten har kommet på, er at et slikt tiltak trolig vil gi størst beskyttelse for befolkningsgrupper med høy inntekt og utdanning.

Jeg skulle gjerne vite hvorfor et tiltak som er gratis for det offentlige, og nesten gratis for den enkelte, og dessuten helt ufarlig, skulle møte slik energisk motbør fra Sosial- og helsedirektoratet.

#### Gunnar Hasle

Reiseklinikken  
Oslo

#### Litteratur

1. Larsen B-I. Privat hamstring av influensamedisin. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1883–4.
2. Hasle G. Privat hamstring av influensamedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1883.
3. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Effekt av oseltamivir (Tamiflu) ved profylakse og behandling av influensa – implikasjoner for nasjonalt beredskap mot pandemisk influensa. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 1–2005. Oslo: Kunnskapscenteret, 2005.

### Hva er «å være hel»?

Forsiden på Tidsskriftet nr. 12/2005 provoserte meg. Ikke fordi det var mitt eget speilbilde som dukket frem mellom dagens aviser (jeg er også en av de 700 brystkreftopererte), men fordi kommentaren til bildet, undertegnet av Lise Høie fra Foreningen for brystkreftopererte, hadde som overskrift: Retten til å føle seg hel (1).

Jeg har forståelse for at mange kvinner – og menn – har sterke følelser knyttet til det å måtte fjerne et bryst. Men jeg mener Foreningen for brystkreftopererte har valgt feil fokus når retten til å få utført rekonstruksjon av bryst gjøres til en hovedsak, slik dette oppslaget preges av. Det er problemområder relatert til brystkreft som bør ha større interesse, både for Den norske lægeforening og for Foreningen for brystkreftopererte.

Kvinner blir fortsatt avvist eller feilaktig beroliget når de oppsøker lege med engstelse for at noe er galt i et bryst. De kan få svar som at de er for unge til å få brystkreft, at mammografien tatt for et halvt år siden var normal, eller at legen ikke kjenner noen kul. Men pasienten har som regel rett. Etter innføring av mammografiscreening er det stilt spørsmål ved verdien av regelmessig egenundersøkelse. Mange kvinner tror at normal mammografi garanterer for at alt er i orden og forblir så frem til neste undersøkelse. Ikke desto mindre har de fleste brystkreftopererte kvinner jeg kjenner, både gjennom min praksis og privat, oppdaget sykdommen selv. Kanskje bør Foreningen for brystkreftopererte bruke ressurser på å gi kvinnene tilbake troen på at egen vurderingsevne er like viktig som å sette sin lit til teknologien?

I et samfunn som fortsatt preges av angst og forakt for det syke, svake eller avvikende, bør hovedinnsatsen i en rehabiliteringsprosess etter fjerning av et bryst ligge i det å akseptere sin kropp og sin sykdom slik den er. Dette er i tråd med generell rehabiliteringsideologi. Det må dessuten gjøres mer for å oppnå økt forståelse hos leger, arbeidsgivere og trykdeetat av senvirkninger etter adjuvant behandling. Kvinner som sliter med asteni, konsentrasjonsvansker og liknende må bli trodd. De må få den nødvendige tilrettelegging på arbeidsplassen og aksept for at de ikke alltid har samme yteevne som før de ble syke.

Det synes ifølge Lise Høies kommentar (1) så enkelt å få bygd opp et bryst, men dette er faktisk en omfattende plastikkirurgisk operasjon, som for noen medfører en lengre uførhetsperiode enn det som fulgte med kreftoperasjonen. Derfor er det svært viktig at de kvinnene som ønsker å få bygd opp et bryst, informeres om at dette er et inngrep som også kan medføre komplikasjoner, og at prosedyren kan bli en belastning i seg selv.

#### Mari Kristin Johansen

Bodø

#### Litteratur

1. Høie L. Retten til å føle seg hel. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1613.

### Transcendental meditasjon og røykeavvenning

I Serena Tonstads oversiktartikkel i Tidsskriftet nr. 2/2005 om legemidler for røykeavvenning (1) skriver hun at ingen alternative behandlingsmetoder, som hypnose og akupunktur, har vist klar effekt.

En metaanalyse på transcendental meditasjon og reduksjon av bruk av nikotin har vist at transcendental meditasjon var signifikant mer effektivt enn alle andre intervensjonsformer (2). Middeffektstørrelsen for