

#### 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 spillbilde 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

transcendental meditasjon var 2–5 ganger større enn for andre intervensjonsformer, inkludert mer enn to ganger større enn effektstørrelsen for nikotinerstatning (15 studier) og klonidin (fem studier) (3). Metaanalysen som baserte seg på 12 meditasjonsstudier av ulike design, omfattet pga. alder ikke studier utført på bupropion. For å øke den statistiske styrken av en metaanalyse kan man inkludere studier av ulike design så lenge middeffektstørrelsene av disse er mindre enn middeffektstørrelsen av de randomiserte studiene. Et sammendrag av metaanalysen er tilgjengelig på Internett (3).

Transcendental meditasjon er en enkel, nøytral teknikk til stressreduksjon og personlighetsutvikling. Den utøves 20 minutter morgen og kveld, og en rekke randomiserte studier innen ulike områder har vist effekt av utøvelsen av denne teknikken (4). Metaanalyser har blant annet vist positiv effekt på mental helse (5). Den profileres som en teknikk til generell fremme av helse og helseatferd og ikke spesielt som en teknikk til røykeavvenning. Flere av studiene som ble inkludert i metaanalysen, er derfor ikke primært røykeavvenningsstudier og baserer seg på populasjoner som ikke i utgangspunktet behøvde å være motivert for røykeavvenning.

#### Lars Bjørn Rasmussen

Maharishi Ayurveda Helsecenter  
Mesnali

#### Litteratur

1. Tonstad S. Legemidler for røykeavvenning. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 178–80.
2. Alexander CN, Robinson P, Rainforth M. Treating and preventing alcohol, nicotine, and drug abuse through transcendental meditation: a review and statistical meta-analysis. Alcohol Treatment Q 1994; 11: 13–87.
3. www.ayurveda.no/forskning/metaanalyser.asp (1.8.2005).
4. Rasmussen LB. Medisinske effekter av transcendental meditasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 220.
5. Rasmussen LB. Transcendental meditasjon og mental helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 108.

## Metadon

Det er foreslått å gjøre det enklere å forskrive det narkotiske stoffet metadon. Hvis forslaget vedtas, vil det bli enda vanskeligere for leger å motstå det presset de stadig utsettes for fra narkomane som vil ha metadon. Det er ikke utenkelig at f.eks. skoleelever som ikke består en viktig eksamen, i stedet satser på en «metadonkarriere».

Det er ingen prinsipiell forskjell på alkoholisme og narkomani. Man behandler ikke alkoholikere ved å gi dem alkohol. Det er da heller ingen grunn til å behandle narkomane ved å gi dem narkotika (metadon). En slik politikk fører bare til nyrekruttering av narkomane. Det gir en svært dårlig signaleffekt at staten fremstår som landets største narkolanger. Metadon er ingen løsning,

verken på individets eller på samfunnets problemer.

Det tok 70 år før man forstod at det var et helsemessig mistak å tilsette bly til bensinen. Kommer det til å ta like lang tid før man forstår at dagens metadonpolitikk er feilslått?

#### Ivar Wessel

Oslo

## Avsporinger om distriktsmedisin

Vi er glad for at boken *Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid* (1), som vi var redaktører for, inspirerer til debatt. Vi oppfatter imidlertid kommentarene fra Steinar Hunskaar i Tidsskriftet nr. 13–14/2005 som avsporende (2), dels fordi han mistolker bokens budskap og dels fordi han ikke anerkjenner bokens grunnideer. Mye av bokens originalitet ligger i et flerfaglig perspektiv, og et samarbeid mellom praksis og akademi, mellom kunst og vitenskap og mellom medisin, sosiologi, historie, pedagogikk og filosofi. De ulike forfatterne har ulike syn, og vi har ikke tilstrebet ensretting eller klare svar, men å åpne opp for refleksjon. En bokomtale bør ta høyde for slike grunnforutsetninger.

Flere av Hunskaars synspunkter blir også stående som påstander uten argumenter og begrunnelser. Dette gjelder blant annet sterke utsagn som: «Etter mi mening er slik ideologisk basert praksis utøvd overfor ei befolkning som ikkje er spurt, og som heller ikkje vil ha noko val, i beste fall arrogant og i verste fall farleg». Hva i boken baserer han disse påstandene på? Hvilken praksis er det snakk om, hvorfor vil den være farlig, og hvem vil den være farlig for?

At flere av bidragene skal inneholde «... ei slags nedrakking på allmennmedisin i byar og bynære strok som ei enklare og sekunda vare», stiller vi oss også undrende til. Tvert imot mener vi boken målbærer en oppfatning av distriktsmedisin som en integreert del av det primærmedisinske praksisfeltet. Den er således relevant for allmennmedisin generelt, inklusive den som utøves i byene.

Distriktsmedisinen har likevel visse særtrekk. I boken er blant annet nærheten mellom lege og pasient fremhevet. Det særskilte med legerollen og lege-pasient-relasjonen i distrikt er at samhandlingen går for seg mellom totale personer. Denne rammebetingelsen er gitt av kvaliteter ved *stedet*, dvs. lokalsamfunnet. Stedet er her ikke forstått som fravær av bystatus, slik Hunskaar tolker oss, men som et sosiokulturelt felt. Vi har valgt å vektlegge de positive sidene ved distriktspraksis for å veie opp for litt av den ubalansen som er skapt av et ensidig fokus på problemer som rekrutteringssvikt, manglende stabilitet osv.

Hunskaar mener «allmennmedisinen må beskyttast mot biomedisinsk fundamentalisme, men også mot relasjonelt føleri utan medisinsk nytteverdi». Denne form for sluggerpolemik kan ha stor retorisk kraft, men er uten særlig saklig substans. Mener han at allmennmedisinen trenger å beskytte seg mot beskrivelser, analyser og refleksjoner? Hunskaar gjør allmennmedisinen en bjørnetjeneste hvis han kun vil tillate følelsesløse stemmer og analyser som reproducerer kjent og vedtatt tankegods. Hele bokprosjektet springer ut av et sterkt engasjement for distriktsmedisin og allmennmedisin, og vi vil fortsatt forbeholde oss retten til å opptre med lidenskapelig saklighet også i faglige sammenhenger.

#### Eivind Merok

#### Olaug S. Lian

Universitetet i Tromsø

#### Litteratur

1. Lian OS, Merok E, red. Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
2. Hunskaar S. Fri oss frå den nye distriktsmedisinen! Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1879.

## S. Hunskaar svarer:

Olaug Lian & Eivind Merok meiner at eg har mistolka budskapet i boka og heller ikkje aksepterer grunnideane ho bygger på. Mitt innlegg i «For og imot»-spalta var med vilje prega av spissformuleringar, slik sjangeren gir rom for, som også John Nessa sitt innlegg (1). Dei som vil lese ei tradisjonell bokmelding, finn den i same nummer av Tidsskriftet (2), der meningsinnhaldet ikkje er så ulikt mitt på fleire punkt. Eg tek gjerne opp att at eg tilrår boka som lesestoff i ein viktig debatt om distriktsmedisin og allmennmedisin. Og eg anerkjenner redaktørane sitt sterke engasjement for saka. Innlegget mitt var ikkje meint som stoppordre, men som eit kritisk varsku med på vegen vidare.

Men kritikken held eg fast ved. Redaktørane og Nessa bruker eit sjangerforsvar. Eg har sjølvsagt ikkje noko mot essaysamlingar med refleksjonar og analyser om allmennmedisin. Det eg påpeikte var at boka vert flagga som ei lærebok for medisinstudentar (s. 7). Da kjem også nokre andre sjangerkrav, og eg påpeikte at eg ikkje likte balansen. Eg trur ikkje boka vil fungere godt motiverande hos legestudentane når dei lurar på kva som ventar dei utanfor sjukehuset og om dei skal satse på eit legeliv i distrikta.

Fleire stader i boka vert det tydeleggjort fordelane med distriktspraksis til forskjell frå bypraksis. Når Lian & Merok på side 51–54 gjennom ei lang argumenttrekke konkluderer med at det er i eit lite lokalsamfunn legen har best føresetnader for både utgreiing, diagnostikk og behandling, så trur eg ikkje på det. Og det er arrogant