

#### 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