

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 sammenhengende metaanalyse 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 bodskapen 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