

Det medisinske fakultet i Bergen svarer:

Vi har ikke helt eksakte data når det gjelder det konkrete spørsmålet om kvote for samisktalende studenter og antall utdannede, men følgende opplysninger kan kanskje være til hjelp.

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen hadde fra 1964 en egen kvote på to samisktalende medisinstudenter. Frem til 1994 var det uteksaminert ca. 40 leger som dokumentert kunne snakke samisk. Etter den tid har også fakultetet i Tromsø hatt en slik ordning (samt en egen «nordnorsk ordning»). Dette har gjort at søkingen til medisinstudiet i Bergen på grunnlag av samekvoten har vært mer sporadisk.

Det har vært gitt tilbud om studieplass til søkere som har oppfylt kriteriene, men når det har kommet til stykket, har de fleste av dem valgt å studere ved et annet universitet enn i Bergen, dvs. at søkerne har kommet inn ved studiet i Tromsø eller i Oslo. Noen få har begynt å studere i Bergen, men har byttet studieplass, oftest til Tromsø, slik at det bare er noen få med samisk bakgrunn som har fullført studiet i Bergen etter 1994. Det kan tilføyes at det nok også har vært noen samisktalende som har kommet inn ved alle de fire medisinske fakultetene uten at de er blitt tatt opp på en egen «samekvote». Disse har ikke fakultetet i Bergen noen oversikt over.

Kvoten på to samisktalende studenter i henholdsvis Bergen og Tromsø gjelder fortsatt. Kriteriene er beskrevet i informasjon om opptak til medisinstudiet på universitetenes nettsider og på nettsiden til Samordna opptak (1).

Per Omvik

Det medisinske fakultet
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Samordna opptak. http://solan.uio.no/sokerinformasjon_2006/opptakskrav/medisin.html (29.6.2006).

Uklart om anastrozol og kreftbehandling

Tom Sundar og medarbeidere ved Statens legemiddelverk hadde i Tidsskriftet nr. 13–14/2006 en kronikk om den nye blåreseptordningen (1). Her skriver de at Statens legemiddelverk arbeider med å oppdatere og tydeliggjøre regelverket for blåreseptordningen. I figur 3 vises refusjonskriteriene slik de fremstår i dag, mens figur 4 viser hvordan forfatterne mener at refusjonskriteriene bør fremkomme i et nytt refusjonssystem. Som eksempel i begge figurene brukes legemidlet anastrozol (Arimidex).

AstraZeneca har søkt refusjon for et utvidet bruksområde for anastrozol og fått

innvilget dette fra 1.7. 2006. Fra denne datoen foreligger det nytt refusjonsgrunnlag. Dette er som følger: «Behandlingen skal være instituert i sykehus, i sykehuspoliklinikk eller av spesialist i vedkommende disiplin. Refusjon omfatter kun adjuvant behandling hos postmenopausale kvinner med hormonreseptor-positiv tidlig invasiv brystkreft og behandling av avansert brystkreft hos postmenopausale kvinner.» Denne informasjonen er også å finne på Legemiddelverkets hjemmesider (2).

Robert Rustad

AstraZeneca

Litteratur

1. Sundar T, Thuestad AB, Thomassen PT et al. Blåreseptordning i skrupelig forfatning? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1759–61.
2. Statens legemiddelverk. Preparatlisten 2006. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_18427.aspx (5.7.2006).

Myalgisk encefalomyelopati – upresis rapport med tvilsomme konklusjoner

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk nylig i oppdrag å klarlegge det vitenskapelige grunnlaget for diagnostikk og behandling av myalgisk encefalomyelopati (ME). Rapporten (1) er dessverre upresis og konklusjonene tvilsomme.

Myalgisk encefalomyelopati (ICD-10: G 93.3) er en sykdom eller et spektrum av sykdommer som er beskrevet i mange kliniske rapporter internasjonalt. Pasientene har symptomer fra flere organsystemer, ofte med utbredte smerter og nevrokognitive forstyrrelser, og de har en unormal reaksjon etter fysisk eller mental aktivitet, med til dels ekstrem utmattelse og forverring av symptomer og med lang restitusjonstid. Etiologien er uklar.

Da Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA grep fatt i denne problematikken i 1980-årene, utviklet de en detaljert sykdomsdefinisjon beregnet på forskning, og denne ble senere revidert (2). Tilstanden som defineres av disse kriteriene, kalles for kronisk tretthetssyndrom, også kalt kronisk utmattelsessyndrom (chronic fatigue syndrome). Med bruk av CDC-definisjonen har man i flere studier kunnet identifisere en pasientpopulasjon med patofysiologisk reaksjon på fysisk aktivitet (3, 4). Andre studier har vist at den kan identifisere en pasientpopulasjon som skiller seg fra normalbefolkningen med hensyn til genetiske og immunologiske parametere (5, 6). CDC-definisjonen er ikke perfekt, men den kan likevel være et nyttig arbeidsredskap inntil videre. Det er denne sykdomsdefinisjonen de fleste forskere internasjonalt nå benytter.

Hovedproblemet med Kunnskapssenterets rapport (1) er at man har blandet under-

søkelser basert på CDC-definisjonen sammen med undersøkelser av pasienter som man knapt vet mer om enn at de har følt seg veldig slitne noen måneder. Undersøkelser basert på ulike sykdomsdefinisjoner er kjørt i en og samme analyse. I tillegg er en av sykdomsdefinisjonene svært uspesifikk og vid. Pasientgrunnlaget blir dermed så sammensatt og utflytende at det er høyst usikkert hvilke pasientgrupper resultatene er representative for. Store deler av rapporten lider av denne manglende presisjonen, og konklusjonene blir følgelig tvilsomme.

Willy Eriksen

Nasjonalt folkehelseinstitutt
og
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalomyelopati (CFS/ME). Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
2. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I et al. The chronic fatigue syndrome, a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
3. De Becker P, Roeykens J, Reyniers M et al. Exercise capacity in chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3270–7.
4. Whiteside A, Hansen S, Chaudhuri A. Exercise lowers pain threshold in chronic fatigue syndrome. *Pain* 2004; 109: 497–9.
5. Nijs J, De Meirleir K. Impairments of the 2–5A synthetase/RNase L pathway in chronic fatigue syndrome. *In Vivo* 2005; 19: 1013–21.
6. Kaushik N, Fear D, Richards SCM et al. Gene expression in peripheral blood mononuclear cells from patients with chronic fatigue syndrome. *J Clin Pathol* 2005; 58: 826–32.

V. Bruun Wyller svarer:

Kronisk tretthetssyndrom, også kalt kronisk utmattelsessyndrom (myalgisk encefalomyelopati; CFS/ME) diagnostiseres på grunnlag av kliniske kriterier. Det er utarbeidet flere kriteriesett; mest brukt er de amerikanske CDC-kriteriene (1) og de britiske Oxford-kriteriene (2). Disse er svært like i oppbygning og innhold. Den viktigste forskjellen er at Oxford-kriteriene krever både kroppslig og mental utmattelse, mens CDC-kriteriene krever kroppslig utmattelse i kombinasjon med enkelte andre kroppslige symptomer. Noen mener derfor at Oxford-kriteriene i større grad selekterer pasienter der utmattelsen kan forklares av psykiske forhold, mens CDC-kriteriene hovedsakelig selekterer pasienter der utmattelsen kan ha en infeksios bakgrunn.

Kunnskapssenterets tverrfaglige ekspertgruppe, som undertegnede har vært faglig leder for, deler ikke denne oppfatningen og er dermed på linje med mange ledende internasjonale eksperter (3). Så vidt vi vet, finnes det ingen undersøkelser som har påvist patofysiologiske forskjeller mellom pasienter selektert etter ulike diagnostiske kriterier. Mange av de biologiske fenomenene man har påvist i nyere undersøkelser

(der CDC-kriteriene er lagt til grunn), er heller ikke spesifikke for kronisk tretthetsyndrom, men kan påvises ved andre sykdommer også.

I vår gjennomgang av det vitenskapelige grunnlaget for diagnostikk og behandling av dette syndromet har vi derfor valgt å slå sammen undersøkelser som baserer seg på ulike diagnostiske kriterier (4). Med denne tilnæringsmåten finner vi at kognitiv atferdsterapi og gradert treningsterapi, dvs. forsiktig fysisk aktivitet der pasienten ikke belastes utover sin individuelle tålegrense, har dokumentert effekt. Ulike former for farmakologisk behandling er derimot ikke virksomme. Hadde vi skilt mellom studier basert på ulike diagnosekriterier, ville grunnlaget for våre konklusjoner vært svakere, uten at vi – etter vår mening – hadde vunnet noe i presisjonsnivå.

Et prioritert område for fremtidig forskning er å vurdere behandlingseffekt i ulike undergrupper av pasienter, både når det gjelder sykdomsprofil, alvorlighetsgrad og alder. Samtidig er det viktig at alle samarbeider om å etablere gode helsetjenester basert på den kunnskapen vi allerede sitter inne med. Faglig uenighet må ikke ødelegge muligheten for et krafttak for denne – inntil nå – forsømte pasientgruppen.

Vegard Bruun Wyller

Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I et al. The chronic fatigue syndrome, a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953–9.
2. Sharpe MC. A report – chronic fatigue syndrome: Guidelines for research. *J R Soc Med* 1991; 84: 118–21.
3. Prins JB, van der Meer JWM, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet* 2006; 367: 346–55.
4. Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2006. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006. www.kunnskapssenteret.no/filer/CSF_ME_nettsversjon090606.pdf (2.8.2006).

Hvorfor K-vitamintilskudd til nyfødte?

Alle nyfødte får «tilbud» om K-vitamintilskudd umiddelbart etter fødselen. Som regel gis dette ved injeksjon uten at moren blir forespurgt. Hun blir heller ikke informert om «tilbudet» på svangerskapskurset eller på sykehuset i forbindelse med fødselen. Det er rutine og gis automatisk. I en bok beregnet for førstegangsfødende skriver dr.med. Gro Nylander: «Du la kanskje merke til at barnet ditt fikk en sprøyte i låret like etter at det var født? (...) Det gis for å forebygge alvorlig blødning hos den nyfødte» (1).

K-vitaminet skal forebygge alvorlig blødning. Men hvor ofte forekommer

alvorlig blødning hos nyfødte? Det har det ikke vært lett å finne ut av. Nylander skriver at det *en sjelden gang* er slik at koaguleringen fungerer *litt* dårlig. Er «en sjelden gang litt dårlig» nok til å gi alle nyfødte K-vitamintilskudd som skal forhindre alvorlig blødning? Burde vi ikke bli informert om hvor mange tilfeller av alvorlig blødning som opptrer årlig, slik at det er større mulighet for å ta et reelt valg?

Selv om K-vitamin gis tilnærmet automatisk, diskuteres fremdeles nytten og mulige bivirkninger blant fagfolk. Nylander skriver at K-vitamintilskudd har vært satt i sammenheng med en litt økt risiko for kreft senere i livet (1). Det gjøres altså undersøkelser, og vitamintilskuddet er kontroversielt. Hvorfor blir ikke blivende mødre informert om disse forholdene? Hvordan skal man kunne ta stilling til vitamintilskudd uten denne informasjonen?

I og med at K-vitamin virker koagulerende, også på det flertallet av barn som ikke har mangelfull koagulering, synes det nærliggende å gjøre undersøkelser om for sterk koagulering. Er det for eksempel registrert sammenfall mellom blodpropp i tidlig alder og K-vitamintilskudd hos nyfødte? Blodpropp var tidligere noe som angikk godt voksne eller gamle. Nå synes det å være et økende problem blant stadig yngre. Det har vært registrert blodpropp hos barn ned i treårsalderen. Tidligere lot man barn, unge og yngre voksne få ligge i ro etter en operasjon. I dag tvinges barn opp av sengen for å bevege seg ganske snart etter en operasjon. Begrunnelsen er faren for blodpropp. Hvorfor er faren for blodpropp blitt større blant barn og unge nå enn den var tidligere?

En forespørsel om informasjon vedrørende K-vitamintilskuddet til nyfødte hos Folkehelseinstituttet og et sykehus med fødselsklinikk ga null resultat. Folkehelseinstituttet hadde ingen informasjon. Sykehuset kunne ikke vise til noen forskning der nytten og/eller bivirkninger kom frem.

Hvordan er det mulig at helsepersonell har så liten kunnskap om en injeksjon som gis automatisk til alle nyfødte, og at forskningsinstituttet Nasjonalt folkehelseinstitutt ikke har noen opplysninger det vil ut med?

Trude Malthe Thomassen

Miljøpartiet De Grønne

Litteratur

1. Nylander G. *Mamma for første gang*. Oslo: Gyldendal, 1999.

G. Nylander svarer:

Innlegget fra Trude Malthe Thomassen er et sunt uttrykk for at man ikke uten videre skal godta etablerte rutiner, men alltid være skeptisk og jevnlig vurdere nytte mot reelt behov og mulige uheldige sider. Som populærvitenskapelig forfatter av bl.a. den nevnte boken *Mamma for første gang*, med

ni oppdaterte opplag bare i Norge på få år, føler jeg et stort ansvar. Informasjonen i boken er så langt mulig evidensbasert. (Med økende kunnskap om for eksempel morsmelkens fordeler blir randomisering økende problematisk.) Som obstetriker med amming som særlig interesseområde søker jeg selvsagt råd hos fremstående norske pediaterer når det gjelder barn, for eksempel hos Trond Markestad. I neste opplag av boken utgår setningen om at vitamin K har vært satt i sammenheng med en litt økt risiko for kreft senere i livet, da dette ikke er bekreftet i nyere studier (1). Ut fra det vi vet i dag, er det en tydelig gevinst ved å gi vitamin K til nyfødte, mens sikre bivirkninger ikke er kjent.

Gro Nylander

Nasjonalt kompetansesenter for amming Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Fear NT, Roman E, Ansell P et al. Vitamin K and childhood cancer: a report from the United Kingdom Childhood Cancer Study. *Br J Cancer* 2003; 89: 1228–31.

T. Markestad svarer:

Før man begynte å gi K-vitamin til nyfødte for 50–60 år siden var indre blødninger på grunn av K-vitaminmangel en fryktet, livstruende sykdom som rammet 0,25–1,7 % av nyfødte (1). Ved å gi forebyggende K-vitamin som sprøyte forsvant sykdommen. Slik behandling intramuskulært eller gjennom munnen anbefales over hele verden. Hvis man velger å gi vitaminet i munnen, må det gis flere doser, og det kan være vanskelig å vite om barnet får tilstrekkelig. Derfor velger de fleste å gi en enkelt dose intramuskulært like etter fødsel. Det har fra tid til annen vært reist spørsmål om slik behandling fortsatt er nødvendig, men også i senere år har det forekommet alvorlige hjerneblødninger hos brysternærte barn som ikke har fått K-vitamin. Den forskningsmessige begrunnelsen for å gi K-vitamin er nylig oppsummert i en av de fremste lærebøkene i nyfødtemedisin (1). For noen år siden ble det reist mistanke om at intramuskulært K-vitamin kunne føre til litt økt risiko for kreft i barneårene, men dette er blitt grundig tilbakevist (1, 2).

Trond Markestad

Sykehuset Innlandet Gjøvik

Litteratur

1. Roberts IAG, Murray NA. Hematology. I: Rennie JM, red. *Robertson's Textbook of neonatology*. 4. utg. London: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 758–59.
2. Nylander G. Hvorfor K-vitamintilskudd til nyfødte? Tilsvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2141.