

seksuelt overførbare sykdommer. I en mye brukt veileder for norske leger har jeg pekt på at informasjon om følelsesmessige forhold selvfølgelig hører med i konsultasjonen med kvinner som skal avbryte svangerskapet (3). Slik jeg kjenner Tidsskriftet, er abort heller ikke der tabu. Bare i perioden 2000–06 er det i *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* publisert nær 50 artikler og innlegg om abort, og flere av dem handler om de etiske problemstillingene.

Jeg ønsker mer seksualopplysning for dermed å bidra til færre uønskede svangerskap, som i seg selv for mange er en livskrise. God tilgjengelighet til prevensjonsmidler kan gjøre det enklere for mange kvinner å styre sin reproduksjon. To reformer er overmodne: P-piller må blir reseptfrie, slik Legemiddelverket for lengst har åpnet for, og nødprevensjon må kunne selges i alle godkjente medisinsutvalg.

Tidsskriftet oppfordret i sommernummeret Helse- og omsorgsdepartementet til å lytte til høringsinstansenes sterke innvendinger mot det nye sentralregisteret for kvinner som har tatt abort (4). Sentralregisteret kan gjøre det mulig for forskere å identifisere kvinnene. Kvinnene er ikke beskyttet mot eventuelt å bli kontaktet av forskere i fremtiden, og de kan heller ikke reservere seg mot å bli registrert. Også dette er en etisk problemstilling, som Tidsskriftet som foreløpig eneste fagtidsskrift har tatt opp. Jeg synes det er rimelig å spørre disse kvinnene om samtykke til å bli registrert og forsket på.

Anne Nordal Broen har gjort nettopp slik samtykkebasert forskning, og hun har publisert resultatene i tidsskrifter som er lett tilgjengelige for norske leger (5). Hun fant at blant 70 utvalgte kvinner som hadde avbrutt et svangerskap, var det én klart dominerende følelse fem år senere, nemlig lettelse (6). Følelsene sorg, skyld, skam, tap og sinne var heldigvis mindre uttalt. Dette indikerer at muligheten for svangerskapsavbrudd for mange kvinner er en nødutgang fra en vanskelig livssituasjon. Jeg forstår at Norges kristelige legeforening vil stenge denne nødutgangen for kvinnene. Det tror jeg er et dårlig bidrag til deres livssituasjon og mentale helse.

Preben Aavitsland
Tidsskriftet

Litteratur

1. Aavitsland P. Abortnemndene og kvinners rettsikkerhet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 17.
2. Aavitsland P. Svangerskapsavbrudd, mifepriston og pasientrettigheter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3261.
3. Aavitsland P, red. Metodebok. Oslo: Klinikk for seksuell opplysning, 1996.
4. Aavitsland P. Å telle aborter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1727.
5. Broen AN. Undring over Tidsskriftets prioritering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1768.
6. Broen AN, Moum T, Bødtker AS et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005; 3: 18.

Undring over prioritering i Tidsskriftet

Med redaktør Charlotte Haugs innholdstomme svar på et høyst adekvat spørsmål fra Anne Nordal Broen i Tidsskriftet nr. 13–14/2006 (1, 2) blir interessen og vitebegjæret virkelig styrket. Et begrunnet spørsmål avfeies med at «vi» ikke har «ønsket» å publisere. Snakk om redaksjonell «medisinsk-vitenskapelig» kapitulasjon, omgående manøver og avvergerrefleks. Dette temaet – kvinners reaksjon etter provosert abort – er jo kjempeinteressant i dagens Norge.

Foreligger det interessekonflikter – les: ubehagelige meningskonflikter? Altså fakta som «noen» ikke har interesse av skal komme ut? La oss lesere få vite hvem denne medisinske redaktøren er. Meningsinhabilitet? Trenger vi «redaksjonsvarsler»?

Per Arne Norum
Jeløy

Litteratur

1. Broen AN. Undring over Tidsskriftets prioritering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1768.
2. Haug C. Undring over Tidsskriftets prioritering. Tilsvar. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1768.

Glutenintoleranse, hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon – et nytt «syndrom»?

Noen få personer har fått diagnosene glutenintoleranse, hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon. De er i hovedsak plaget av tretthet og diaré, noe som bedrer seg etter overgang til et laktose- og fruktosefritt kosthold. Størst positiv virkning på energinivået oppnås først etter at pasienten har gått over på et glutenfritt kosthold.

Eksempelvis har pasient A glutenintoleranse, hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon. Det er ingen kjente tilfeller av cøliaki i familien, men moren har hypotyreose og søsteren moderat laktoseintoleranse. Pasient B har også glutenintoleranse, hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon. Pasienten har en datter med påvist cøliaki, og vedkommendes avdøde mor hadde tarmkreft, ifølge leger relatert til ubehandlet cøliaki. Pasient C har hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon. Pasienten er blitt oppfordret til å starte på glutenfri diett, for senere glutenprovokasjon.

Er det noen leger som har erfaring med koblingen mellom glutenintoleranse, hypotyreose og laktose- og fruktosemalabsorpsjon? Kan dette karakteriseres som et nytt «syndrom», eller er det et tilfeldig sammen treff av diagnoser? Ifølge dagens oppfatning skiller man mellom cøliaki, dvs. glutenintoleranse med atrofi av tarmtøtter, og glutenintoleranse, dvs. glutenindusert diaré

uten endring i tarmtøttene. Kan det nevnte «syndromet» være et forstadium til utvikling av cøliaki? Vil overgang til et glutenfritt kosthold i det lange løp kunne bedre begge typer malabsorpsjon, eventuelt også hypotyreosen? Jeg er selv ett av «tilfellene» og vil svært gjerne ha mer informasjon om dette. Jeg ønsker også å komme i kontakt med andre som har denne diagnosekombinasjonen.

Halldis Ringvold
Bodø

Epikrise til innleggende lege

Etter ni måneder i fast deltidsstilling ved allmennseksjonen ved Oslo Legevakt har jeg lagt inn anslagsvis 50 pasienter i diverse avdelinger ved Akershus universitetssykehus, Aker universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Rikshospitalet-Radiumhospitalet og Ullevål universitetssykehus. Jeg har kun mottatt én epikrise, altså etter skarve 2 % av innleggelsene! Jeg har sendt skriftlig etterlysning til arkivet ved alle sykehusene – uten å motta svar – og så meg i dag nødt til å bruke to timer av min fritid til å ringe samtlige institusjoner.

Jeg antar at mine erfaringer kan generaliseres til å gjelde flere legevaktleger på Østlandet. Denne gruppen består av en stor andel turnusleger og nyutdannede som generelt har stort behov for tilbakemelding på medisinske vurderinger. Kan noen ved de aktuelle sykehusene gi meg svar på hvor rutine glipper? Jeg kommer til å fortsette med å bruke min tid og deres tid til å belaste sentralbord og arkiver inntil jeg får epikriser tilsendt. Det håper jeg også andre legevaktleger gjør...

Harald Hrubos-Strøm
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Ullevål universitetssykehus svarer:

Ullevål universitetssykehus vil gjennomgå rutine for håndtering av epikriser. Epikrisene sendes p.t. til fastlegene. Sykehuset ser imidlertid behovet for at også innleggende lege ved legevakten får tilsendt epikrisene, i og med de trenger denne som en del av sin opplæring.

Vi ser det som svært positivt at legevaktleger tar opp denne type problemstillinger, men tillater oss å nevne at spørsmål som dette vil kunne løses enklere og raskere dersom henvendelsene tas opp med sykehusledelsen direkte og ikke via Tidsskriftet.

Tove Strand
Ullevål universitetssykehus