

hvordan ting faktisk bør gjøres. Her er vi ved den andre årsaken til at vi ikke ønsker å levere konkrete lister over prioriteringer. La oss anta at det hadde vært mulig å rangere alle tiltak i helsetjenesten i tråd med lovens formuleringer om prioritet. Da kunne det, i prinsippet, være mulig å presentere en konkret liste. Det er imidlertid avgjørende at en slik liste er fullstendig, ellers bidrar den bare til systematiske feilprioriteringer. Dette er en omfattende forskningsoppgave.

Det er imidlertid ikke nødvendig å ha en fullstendig prioriteringsliste for å påpeke at enkelte prioriteringer står i motsetning til lovens krav. Det er ingen tvil om at dårlig omsorg for syke gamle er brudd på målene for helsetjenesten. Det er også klart at god omsorg for syke gamle har høyere prioritet enn helsetjenester for friske mennesker med enkelte plager. Det er en slik tankegang vi har forsøkt å argumentere for i de nevnte artiklene (1, 2). Vi etterlyser altså større oppmerksomhet på spørsmålet om faktiske prioriteringer er i tråd med de politisk definerede prioriteringsmålene.

Berit Bringedal

Legeforeningens forskningsinstitutt

Litteratur

1. Bringedal B, Førde R. Helsebudsjettet bør begrenses. Kronikk. Aftenposten 10.9.2005.
2. Førde R, Pedersen R, Nortvedt P et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1913–6.

Et livreddende hefte

I min tid som distriktslege fant jeg frem til en rekke nye behandlingsmetoder, nye midler og livreddende råd. Det samlet jeg i *Det livreddende heftet*, som er tilgjengelig på Internett (1). Heftet ble i sin tid sendt til det amerikanske helsedepartementets avdeling for komplementær medisin, der man fant det «både interessant og lærerikt». I heftet vil mødre, som jo har radar når det gjelder syke barn, finne når de skal slå alarm ved hjernehinnebetennelse hos spedbarn og ungdom. Her finnes også HSG – Hernes' skuldergrep – for å kurere stive og vonde skuldre med et enkelt håndgrep. I tillegg er det oppskrift på termopunktur, som kurerer for eksempel lumbago på et øyeblikk. Viktig er også et skjema for smerteanalyse. Syke barn skal undersøkes nøye for å fastslå at det verken foreligger hjernehinnebetennelse (meningitt), strupelokkbetennelse (epiglottitt) eller invaginasjon («tarmslyng»).

Guttorm Hernes

Moldjord

Litteratur

1. Hernes G. Det livreddende heftet. www.wiba.no (19.9.2006).

Abort – ikke lenger behov for forskning?

I et innlegg i Tidsskriftet nr. 17/2006 hevder Preben Aavitsland at han ønsker mer debatt og forskning om svangerskapsforebygging og svangerskapsavbrudd (1). Samtidig oppfordrer han Helse- og omsorgsdepartementet til å «lytte til høringsinstansenes sterke innvendinger mot det nye sentralregisteret for kvinner som tar abort».

Forskning må bygge på holdbare data. Det er grundig dokumentert at det rutinemessig genererte datagrunnlaget knyttet til svangerskapsavbrudd i Norge må forbedres både for å oppnå en pålitelig oversikt og av hensyn til forskning. Aavitslands utspill kan vanskelig oppfattes som annet enn forskningsfiendtlig.

I tillegg fremsetter Aavitsland tre påstander i debatten rundt svangerskapsavbrudd som ikke medfører riktighet: «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.»

I dagens abortregister som omfatter selvbestemte svangerskapsavbrudd før 12. uke, registreres kvinnene anonymt. Forskere kan dermed ikke identifisere kvinnene. Hvis abortregisteret blir personidentifiserbart eller pseudonymisert som foreslått, vil registeret ikke brukes til å identifisere kvinnene eller kontakte dem. Data- og saksbehandlingsregler regulert av lov og forskrift og de regionale etiske komiteers godkjenningsordninger av forskningsprosjekter forhindrer bruk på denne måten. Et slikt regelverk praktiseres allerede.

Dagens senabortregister, som omfatter alle nemndbehandlede svangerskapsavbrudd etter 12. uke, har vært i drift siden 1999. De avbruddene som er utført av medisinske grunner (hos foster eller mor), er registrert med personidentifikasjon av kvinnene. Senabortregisteret er å regne som et sentralregister, og fra dette registeret er det kun generelle og summariske tall som publiseres. Bruken av opplysningene er strengt regulert for å forhindre bl.a. scenarier som skissert av Aavitsland og andre. Det har heller ikke forekommet noen form for liknende bruk eller misbruk av disse opplysningene. Registeret kobles årlig til Medisinsk fødselsregister for å belyse årsaker til og konsekvenser av slike svangerskapsavbrudd. Dette gir viktig kunnskap. Tilsvarende kunnskap om medisinske og sosiale forhold knyttet til svangerskapsavbrudd før 12. uke er nødvendig.

Kvinnen kan reservere seg mot å bli registrert i senabortregisteret, jf. forskrift for Medisinsk fødselsregister av 21.12. 2001 § 1-2, 2. ledd: «Direkte personidentifiserende opplysninger om kvinnen hvor svangerskapet er avbrutt etter første ledd nr. 3,

kan bare registreres permanent dersom kvinnen ikke motsetter seg det.» Dette betyr at kvinnen kan få slettet personidentifikasjon i senabortregisteret.

Registrering av personopplysninger og personvern står ikke nødvendigvis i motsetningsforhold, men kan praktiseres sammen, som det gjøres i dag i de sentrale registrene der personopplysninger er registrert.

I stedet for å bekjempe et bedre datagrunnlag bør vi heller ha fokus på hva man kan bruke et sentralt helseregister til som et supplement til både seksual- og prevensjonsopplysning og -veiledning. Den ene satsingen bør ikke utelukke den annen i en så viktig sak som forebyggingen av svangerskapsavbrudd.

Kristin Gåsemyr

Lorentz M. Irgens

Medisinsk fødselsregister
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Aavitsland P. Abort – mer enn tall, mer enn tidsskriftet. Tilsvar. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2285–6.

P. Aavitsland svarer:

I spørsmålet om det nye sentralregisteret over kvinner som har tatt abort, støtter forskernes interesser mot hensynet til kvinnene som skal registreres. Derfor har Tidsskriftet på lederplass bedt helseministeren nøye studere høringsinnspillene (1), herunder fra skeptikerne Legeforeningen, Jordmorforbundet, De nasjonale forskningsetiske komiteer, Ressursenteret for innvandrerkvinner og LO. Jeg tror at det epidemiologiske fagmiljøet, inkludert Folkehelseinstituttet, bør trå varsomt i denne saken.

Dersom et slikt register opprettes til tross for den brede skepsisen, kan det skape en langvarig mistillit mellom befolkning og epidemiologiske forskere. Alternativet for forskerne er å be om kvinnenes samtykke til å forske på dem, slik Folkehelseinstituttet har gjort med snart 80 000 gravide kvinner i den såkalte Mor-barn-undersøkelsen. Selve oversikten over aborter kan bli bedre hvis Folkehelseinstituttet og sykehusene jobber bedre med dagens anonyme register.

Så til de tre utsagnene som Gåsemyr & Irgens mener «ikke medfører riktighet», nemlig om identifisering av kvinnene, henvendelser til kvinnene i fremtiden og mangelen på reservasjonsrett.

En kvinne kan registreres slik (2): Født 6.7. 1975, bosatt i Tolga kommune (1 717 innbyggere), gift, to barn, seksårig universitetsutdanning, jobber som lektor, innlagt ved St. Olavs Hospital fra 4. til 5. mai 2008. Datatilsynets bemerket tørt at man «i stor grad legger til rette for bakveisidentifisering av kvinner som er registrert i registeret».

Pseudonyme helseregistre skal ikke benyttes til å kontakte de registrerte (2). Teknisk er det likevel mulig ved at pseudo-

nymiseringsnøkkelen finnes tilgjengelig, og jeg kan ikke se at noen bestemmelser i lovverket garanterer at det aldri vil skje.

Etter § 2-1 i forskriftsutkastet (2) skal helsepersonell «informere den registrerte om innsending av opplysninger til Abortregisteret», men kvinnen får ikke si nei takk, fordi (2): «Det er stor sannsynlighet for at et samtykkebasert register over svangerskapsavbrudd vil bli influert av skjevt bortfall, slik at registeret ikke vil fylle kravene til fullstendighet, kvalitet og validitet.» Med andre ord: Det er stor sannsynlighet for at kvinnene vil svare nei til å bli oppført i sentralregisteret, så derfor er det best ikke å spørre dem.

Hvorfor ikke gjøre en meningsmåling? Jeg foreslår at departementet anonymt spør et tilfeldig utvalg av kvinner som gjennomgår svangerskapsavbrudd i høst, om de ville ha godttatt å bli registrert i det foreslåtte registeret. Så får man iallfall en pekepinn fra dem det gjelder.

Preben Aavitsland

Oslo

Litteratur

1. Aavitsland P. Å telle aborter. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1727.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring om etablering av pseudonymt register over svangerskapsavbrudd, forslag til endringer i abortforskriften og forslag til endringer i reseptregisterforskriften. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2005.

Fred og helse

Fred og helse er like ubrytelig bundet sammen som krig og lidelse. Dette er hovedbudskapet fra den siste kongressen til International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) som ble holdt i Helsinki i september 2006. Kongressen gikk inn for en sterkere bevisstgjøring blant medisinstudenter, leger og annet helsepersonell om at krigens lidelser er helt uforenlig med de etiske idealer som vi ellers står for.

Som helsearbeidere har vi en plikt til å påpeke det uakseptable i at krig nå til dags i sterkere og sterkere grad rammer sivile mer enn militære. Vi kan ikke akseptere at våre pasienter blir drept. Krig er en epidemi som har herjet menneskeheten altfor lenge. Leger og andre må bruke sine kunnskaper til å bidra til en slutt på denne epidemien og til å befri verdens folk fra den stadig overhengende faren for at atomvåpen kan bli brukt.

Presidenten i World Medical Association, Kgosi Letlape fra Sør-Afrika, holdt et av hovedinnleggene på konferansen og etterlyste mer samfunnsansvar også i spørsmål om krig og fred fra dagens leger og deres organisasjoner. IPPNW lanserer en bredt anlagt kampanje for å spre kunnskaper blant medisinsk personell om sammenhengene mellom fred og helse, og for at man endelig skal få til en internasjonal avtale der målet er å bli kvitt alle atom-

våpen innen 2020. For det trenger vi enda mer støtte fra enda flere norske leger og fra Legeforeningen.

Tordis Sørensen Høifødt

Norske leger mot atomvåpen

Bjørn Hilt

International Physicians for the Prevention of Nuclear War

Skreddersydd psykiatri?

Kronikken til Jan C. Frich i Tidsskriftet nr. 18/2006 understreker at en grundig og systematisk familieanamnese er blitt en kilde til kunnskap om pasientenes arvelige disposisjoner for sykdom (1). For oss psykiatere som i snart 50 år har interessert oss for familiepsykiatri, er dette en fortreffelig setning! Nå er jo det aktuelle nummeret av Tidsskriftet lagt over en genmedisinsk lest, så det er vel litt udisiplinert å blande inn atferd og mønstre som går igjen fra generasjon til generasjon utenom genene?

I modeller fra familiepsykiatrien, som parterapi og ekteskaps- og flerfamiliegrupper, ser vi ofte at holdninger fra primærfamilien ikke passer i den aktuelle situasjonen. Det er ingen som trives med å bli behandlet som om hun eller han «var» sin ektefelles mor eller far. Som terapeut av eldre årgang blir jeg ofte behandlet i en sfære som er analog med den som pasienten opplevde i sin barndom og ungdom. Da blir det en styrke for meg å kjenne igjen mønstrene overfor den opprinnelige far!

Moralen er at grundige og systematiske anamneser er velgjørende både for psyke og soma.

Carl Severin Albretsen

Asker

Litteratur

1. Frich JC. Hvilken plass har pasientenes familiehistorie i morgendagens medisin? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2004–5.

Psykisk aktivitet er også viktig

På forsiden av Tidsskriftet nr. 15/2006 ser man en eldre sympatisk mann, som ifølge teksten på neste side står opp tidlig, gjør gymnastikk, etterpå spiser en bedre frokost og har enda mer fysisk aktivitet – en to timer lang trimtur (1). Det er selvfølgelig ingenting galt i at en eldre mann trimmer regelmessig. Det bør anbefales regelmessig fysisk aktivitet for alle.

I mange aviser, tidsskrifter og ukeblader skriver man mye om hvor viktig fysisk aktivitet er for at vi skal være spreke lenge. Men det er sjelden at man også skriver om hvor viktig cerebral trening er for å beholde vitalitet og menneskeverdier lengst mulig. Vi leger bør anbefale våre pasienter, men også oss selv, daglig fysisk aktivitet

sammen med psykisk aktivitet. Man bør lese, høre på musikk, se på malerier, og hvis man har ingenting å gjøre, lese eller se akkurat i øyeblikket, rett og slett tenke. Som Descartes sa: Cogito, ergo sum.

Grzegorz Gradek

Hjerte- og lungesenteret
Bergen

Litteratur

1. Johnsen AS. Ut på tur! Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1877.

Kan vi stole på Statens legemiddelverk?

Kan vi stole på Statens legemiddelverk når det gjelder bivirkninger av medisiner? Grunnlaget for dette spørsmålet er følgende angivelser av mulige bivirkninger:

- Glucosamin fra Pharma Nord Norge AS: «Sjeldne (færre enn 1 av 10 000 pasienter, men flere enn 1 av 1 000 pasienter,» ifølge pakningsvedlegg sist godkjent 17.11. 2004 på plastflaske med 400 tabletter
- Glukosamin Mezina fra Mezina UK Ltd: «Vanlige (flere enn 1 av 100 pasienter), færre enn 1 av 10 pasienter) [...] Mindre vanlige (flere enn 1 av 1 000 pasienter, færre enn 1 av 100 pasienter,» ifølge pakningsvedlegg sist godkjent 6.10. 2004 på glassflaske med 240 tabletter.

Som jevnlig glucosamin- og deretter glukosaminbruker (kfr. ulikt vareutvalg i to apotek) blir man heller forvirret av slik veiledning fra Statens legemiddelverk. Hva er riktig? Matematikkunnskapene er iallefall elendige!

Bjørn Nome

Fjerdingby

Statens legemiddelverk svarer:

Ja, man kan stole på Statens legemiddelverk, men dessverre kan vi også overse mindre feil. Legemiddelverket benytter følgende beskrivelse av frekvens på bivirkninger:

- Svært vanlige (> 1/10)
- Vanlige (> 1/100, < 1/10)
- Mindre vanlige (> 1/1000, < 1/100)
- Sjeldne (> 1/10 000, < 1/1000)
- Svært sjeldne (< 1/10 000, inkludert isolerte tilfeller)

Det har åpenbart skjedd en feil ved legemiddelproduzentens utarbeiding av pakningsvedlegg når det gjelder Glucosamin fra Pharma Nord. Preparatomtalen, den fullstendige legemiddelomtalen som pakningsvedlegget bygger på, er korrekt når det gjelder frekvensangivelse.

Det er selvfølgelig å beklage at det har sneket seg inn en feil i pakningsvedlegget, og vi har forståelse for at dette kan virke forvirrende på brukerne. Legemiddelverket