

Hilsningsritualer er ikke for de spesielt interesserte. Nylig gikk «hjertekirurgenes tidligere sjef, Mons Lie, i strupen på nåværende sjef Otto A. Smiseth og resten av ledelsen ved Oslo universitetssykehus» (2). Bakgrunnen var at en alvorlig hjertesyk pasient ble vekket opp av narkose rett før operasjonen og overflyttet fra Ullevål til Rikshospitalet, hvor han døde kort etter operasjonen. Lie innledet e-posten på følgende måte: «Kjære Otto» – Smiseth svarte med «Hei».

#### Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet.

#### Litteratur

1. Hem E. Privat eller profesjonell. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2141.
2. Gjerding ML, Utheim E, Sæther AS et al. «Hvor mange pasienter synes du det er rimelig å ofre, Otto?» VG 16.11.2012: 6–7.

## Livsviktige medisiner som mangler



Jeg er glad for at det er kommet en liste over viktige medisiner og utstyr til å redde kvinner og barn, slik Lie og medarbeidere beskriver det i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Allikevel er jeg nokså overrasket over listens innhold. Jeg vet at den initialt var lengre. Jeg ville trodd at sterile hansker var viktigere enn kvinnelig kondom. Jeg ville trodd at fungerende blodtryksapparater og apparater for å måle hemoglobinnivå var helt essensielt. Disse tingene kom ikke med. Det kan være at prioriteringene ser ulike ut fra ulike ststeder. Fra min erfaring i Afrika ser jeg at mange ikke vet når de skal føde, ikke får målt blodtrykket og ikke vet om de har anemi.

Men det er noe som er mer alarmerende, og det er at medisiner og utstyr som er billige og som kan redde kvinner fra å dø av farlig abort ikke er med. Manuelle vakuumaspirasjonsinstrumenter er både billige og livreddende. Medikamenter som misopristol kan også brukes for å stoppe blødning etter abort (eller igangsette abort der loven ikke forbyr det, som det så pent heter). Opptil en tredel av mødredødsfallene skyldes farlige aborter. Hvorfor har ikke legemidler mot dette kommet med på listen? Skyldes det politisk ambivalens? Eller det at man ikke har tenkt på det?

#### Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no

Johanne Sundby (f. 1951) er professor I ved Seksjon for internasjonal helse ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Lie SO, Apeland BG. Livsviktige medisiner til kvinner og barn. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2150.

Publisert som rask respons i nettutgaven 23.10. 2012

## Lavere inntekt, dårligere helse?

Jeg takker Vidar Hjellvik og medarbeidere for en interessant artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Det er forståelig at innbygere i Norge med høyere utdanning og god lønn har økonomi til å finansiere alternative behandlingsmetoder for sine «problemer». Det er for lett tilgang på narkotika og vanedannende medisiner. Jeg tror faktisk personer med lavere inntekt oftere tyr til en medisinsk behandlingsmetode. Forestill deg for eksempel antidepressiver kontra en samtale med psykolog.

Det er både lønnsommere med medisiner, og det gir forhåpentligvis raskere behandling av eventuelle «problemer». Legene må henvise, ikke misbruke retten sin ved å forskrive så lekende lett.

#### Mahdi Michael Fattouhi

michaelfattouhi@gmail.com

Mahdi Michael Fattouhi er student.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Hjellvik V, Mahic M, Tverdal A. Utdanning og legemiddelbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2166–70.

Publisert som rask respons i nettutgaven 26.10. 2012

## Høna eller egget?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 påviser Vidar Hjellvik og medarbeidere at den delen av befolkningen som har lavest utdanning, har høyest uttak av nesten alle typer medikamenter (1). En fellesnevner for en god del av disse medikamentene er at de på en eller annen måte griper inn i inflammasjonsprosesser. Dette gjelder blant annet TNF- $\alpha$ -hemmere, midler mot obstruktiv lungesykdom, protonpumphemmere og statiner. Forfatterne fant også høyere uttak av antidepressiver og sovemidler hos dem med kortest utdanning.

De diskuterer en rekke mulige årsaker til de forskjellene som er observert. Lars Slørdal kommer med flere innspill i en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet (2). Ingen av dem trekker bastante konklusjoner, selv om begge antyder at sosiale forskjeller i helse kan spille inn.

Da jeg så listen over de medikamentene som var mest skjevfordelt i forhold til utdanningsnivå, tok jeg frem igjen en artikkel av Linn Getz og medarbeidere (3). Her beskrives meget grundig endringer i kroppens biologiske funksjoner som følge av kronisk stress, krenkelser og overgrep. En fellesnevner er inflammasjon.

Som følge av dette vil jeg bringe til togs enda en mulig forklaring på forskjellene i uttak av medikamentgruppene som er nevnt over: En større andel av dem med lav utdanning enn av dem med høyest utdanning har stressomme liv. Kronisk stress og liten følelse av styring og kontroll over livet kan føre til inflammasjon. Dersom denne forklaringen er riktig, er de observerte forskjellene i medisintuttak logisk og rasjonell, men ikke oppmuntrende. Dette bør anses politisk og helsearbeidere til å arbeide enda sterkere for å utjevne sosiale forskjeller i helse og gi innbyggerne optimal kontroll over sine liv. Kanskje det til og med kan spare noen utgifter til inflammasjonsdempende medikamenter?

#### Dagfinn Haarr

dhaarr@online.no

Dagfinn Haarr (f. 1952) er allmennpraktiserende lege/fastlege ved Sentrum legesenter, Kristiansand. Ingen oppgitte interessekonflikter.