

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, Reynnders 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. Kaushikk 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