Hypnotherapists, Executive Coaches, Master Practitioners of NLP, Osteopaths and Healers» (2). Etter en rekke positive medieoppslag i Norge om metoden, var det på et tidspunkt registrert over 40 instruktører i Norge i følge Parkers nettside. Enkelte tjente mye penger på metoden. Kun Storbritannia hadde flere. I resten av verden fantes det fem stykker. Debatten er altså i stor grad et særnorsk fenomen.

En rekke udokumenterte metoder ligner på *Lightning Process* – for eksempel *Mickel Therapy*, *Reverse Therapy*, *Amygdala Retraining* og nevrologistisk programmering som *Lightning Process* i stor grad baserer seg på. Alle er fremmet som løsningen for en rekke lidelser. Men kun *Lightning Process* får oppmerksomhet fra det norske medisinske miljøet.

Ifølge Parkers bok *An Introduction to the Lightning Process: The Complete Strategy for Success* kan *Lightning Process* hjelpe med rusavhengighet, angst, tvangslidelser, depresjon, søvnproblemer, sceneskrekke, røyking, vektproblemer, ryggproblemer, eksem, migræne, psoriasis, ME med mer (3). Han skriver også at *Lightning Process* har hjulpet «popstjerner å lage albumene de alltid har drømt om» og «aksjehandlere til å doble sin profitt». Han hevder 90% oppnår resultatene de ønsker, og de resterende «er de som ikke bruker treningsprogrammet på den måten det er laget for å virke».

Ut fra påstandene vil dette være en ekstremt effektiv kur mot depresjon, noe som rammer millioner av mennesker. Men få argumenter for å bruke *Lightning Process* som behandling mot depresjon.

Parker viser også til oppsiktsvekkende pilotresultater ved bruk av *Lightning Process* for pasienter med multiippel sklerose (4). Resultatene er basert på selvrappotering fra pasientene. *Lightning Process* stresser betydningen av at pasientene ikke må fokusere på symptomer. Et åpenbart spørsmål er om det påvirker hvordan folk svarer på spørreskjemaer.

Kontrollerte studier bør inkludere flere pasientgrupper ettersom praktikerne hevder det hjelper for en rekke lidelser. Vil en eventuell effekt gjelde på tvers av forskjellige sykdommer? Hvis det er tilfellet, vil nok debatten om bruk av *Lightning Process* bli langt mer nyansert enn den har vært på ME-feltet. Det er flott om det finnes en vidunderkur for alt fra depresjon til ME og MS. Men fram til det er bevist, har medisinsk historie vist at man skal ha et skeptisk sinn.

Jørgen Jelstad
jelstad@gmail.com

Jørgen Jelstad (f. 1979) er journalist og forfatter av dokumentarboken *De Bortgjemte* om ME.

Oppgitte interessekonflikter: Han er pårørende til en pasient med ME.

Litteratur

1. Bringsli GJ, Gilje A, Getz Wold BK. ME-syke i Norge – fortsatt bortgjemt. <http://me-foreningen.com/meforeningen/innhold/div/2013/05/ME-forenings-Brukerunders%C3%B8kelse-ME-syke-i-Norge-Fortsatt-bortgjemt-12-mai-2013.pdf> (16.03.2016).
2. *Lightningprocess*. Phil Parker; biography. <https://web.archive.org/web/20080920121534/http://www.lightningprocess.com/phil-parker's-biography.aspx> (16.03.2016).
3. Parker P. *An Introduction to the Lightning Process: The Complete Strategy for Success*. Nipton Publishing. 2007.
4. Parker P. *Lightningprocess. MS – Proof of Concept Study*. <http://lightningprocess.com/wp-content/uploads/2013/12/MS-Proof-of-Concept-Study.pdf> (16.03.2016).

Re: På krykker over isen – hvorfor fritt valg ikke er løsningen på helsekøene

Flott kommentar (1). Det er en myte i samfunnet, om kortere ventetider i det private. På Helsenorge.no finner man raskt ut at det aller meste av ortopedisk kirurgi nesten ikke har ventetider. I hvert fall dagkirurgiske inngrep og protesekirurgi. Med røntgen under samme tak og så videre. Jeg synes det er fint at du skiftet fastlege. Ved-

kommende virket ikke spesielt godt orientert om tilbudene du burde fått. 4 uker matcher de fleste sykehus.

Wender Figved
wender@mac.com

Wender Figved er overlege og avdelingssjef ved Bærum sykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Huby G. På krykker over isen – hvorfor fritt valg ikke er løsningen på helsekøene. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 514.

G. Huby svarer:

Mange takk for svar! Under «fritt behandlingsvalg» på helsenorge.no ser det ut til at ventetiden for vurdering av hallux valgus varierer fra 2 til 100 uker, med 18 behandlingssteder med ventetid på over 18 uker (1). Som du antyder, ser det ikke ut til at private utøvere har mye korte ventetider enn offentlige. Jeg kunne ha fått behandling av en offentlig utøver med en helt akseptabel ventetid og innen rimelig rekkevidde.

Litteratur viser at «fritt valg» ytterst sjelden skjer ved at pasienter sitter alene og grubler over komparativ evidens om kvalitet og resultater hos ulike utøvere, og så etter nøye vurdering ber om henvisning på det grunnlaget. I mitt tilfelle var det min fastlege som valgte, ikke jeg (2). Fastleger har en meget viktig rolle når det gjelder «fritt valg» der valg foreligger. I tillegg til råd fra helsepersonale de kjenner og stoler på, bruker pasienter også egen erfaring og råd og informasjon fra kjente hvis de skal velge tjenester. Evidens antyder videre at pasienter kan være for «fritt valg» i teorien, men når det kommer til stykket velger de helst den nærmeste offentlige tjeneste såfram denne ikke har et spesielt dårlig rykte, pasienter og deres kjente ikke har spesielt dårlige erfaringer eller inngrepet det dreier seg om er av meget spesiell art. Til sist er det sjelden at utøvere konkurrerer seg imellom for å tiltrekke pasienter, men at de deler markedet mellom seg.

Helsenorge.no viser at variasjonen i ventetider på hallux valgus vurdering er utrolig stor. Med liten grad av konkurranse tjenester imellom er det lite sannsynlig at de med høye ventelister vil tvinges bort og ventetiden jevnes ut mot et akseptabelt nivå over hele linjen. Pasienter ser ut til å ville ha tjenester av god kvalitet i nærområder. Konkurransutsetting krever mye ressurser. Hvorfor ikke bruke ressursene på å sørge for at pasienter, som er skattebetalere og dermed betaler for tjenestene, får det de vi helst vil velge: et oversiktlig antall gode og integrerte tjenester i nærområdet, med rimelige ventetider? Og der gode tjenester med rimelige ventetider er tilgjengelige for alle, ikke bare dem med ressurser til å holde alle bitene på plass.

Guro Huby
guro.o.huby@hiof.no

Guro Huby (f. 1953) er førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Helsenorge.no. Ventetider for fot, hallux valgus. <https://helsenorge.no/velg-behandlingssted/ventetider-for-behandling?bid=250> (14.03.2016).
2. Victor A, Delnoij DMJ, Friele RD et al. Determinants of patient choice of health-care providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 272.

Re: Den akutt syke hjernen må håndteres allerede prehospitalt

Det er ikke usannsynlig at en tjeneste med prehospital CT og trombolisebehandling av hjerneslag både kan gi bedre utkomme og være kostnadseffektivt, selv om dette ikke enda er sikkert etablert. Forfatterne av en kommentarartikkel i *Tidsskriftet* kan dermed kanskje

>>>

unnskyldes for å, noe hastig, konkludere med at et slikt tilbud bør innføres i Norge i løpet av få år (1). Det er spennende og viktig at de europeiske studiene som er gjort på dette nå utprøves under norske forhold. Mens disse studiene utføres på det sentrale Østlandsområdet viser forfatterne til eksempler fra en betraktelig mer grisgrendt del av landet. Det ville vært interessant å høre forfatterens tanker om hva geografien vil kunne ha å si for effekt på tidsvinduet, og nytte-kostnad ved et slikt tilbud. Og hvordan ser en for seg å implementere en slik tjeneste i andre, mer spredtbygde deler av landet? Siden forfatterne hører til Stiftelsen Norsk Luftambulansedrifter jeg meg til å tro at svaret innebærer helikopter.

Håkon Kvåle Bakke
hakonkvalebakke@gmail.com

Håkon Kvåle Bakke (f. 1984) er lege i spesialisering i anesthesiologi og førsteamanuensis ved Helgelandssykehuset Mo i Rana. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hov MR, Lund CG. Den akutt syke hjernen må håndteres allerede prehospitalt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 515.

M.R. Hov & C.G. Lund svarer:

Kjære Håkon Kvåle Bakke, takk for din interesse for vår kommentar-artikkel. Det er udiskutabelt mange utfordringer rundt implementering av avansert og tidskritisk diagnostikk prehospitalt. Det er geografisk så vel som værmessige forhold som må tas med i betraktning. Vi ser for oss ulike modeller, der man kan basere seg på stasjonære CT-maskiner knyttet til luftambulansetjeneste eller ambulansetjeneste. Det absolutte målet er en bedret og mer avansert håndtering av pasienter med akutt sykdom eller skade i hjernen, og at dette bør gjøres allerede der pasienten oppholder seg. Forskingen vi gjennomfører er basert på å utforske mulighetene det ligger i tidlig diagnostikk, og dermed åpne for igangsettelse av tidlig behandling. Ved å spare flere pasienter for invalidiserende skade, ved at behandling og riktig behandlingsnivå oppnås tidlig i sykdomsforløpet, er det muligheter for å få en kostnadseffektiv tjeneste. Men som du påpeker har man ikke grunnlag enda for å trekke sikre slutninger.

Maren Ranhoff Hov
maren.ranhoff.hov@norskluftambulans.no
Christian Georg Lund

Maren Ranhoff Hov (f. 1983) er cand.med. og doktorgradsstipendiat ved Stiftelsen Norsk Luftambulansedrifter. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Christian Georg Lund (f. 1961) er dr.med., spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet og ved Stiftelsen Norsk Luftambulansedrifter. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Klimaavtalen bra for folkehelsen

Beregninger viser at klimaendringene allerede fra 1970-årene til årtusenskiftet globalt har forårsaket 150 000 dødsfall og tap av 5,5 millioner leveår justert for funksjonshemming (DALYs) (1). Den britiske legeforeningen (BMA) som fører an på klima og helse, skriver at direkte sannsynlige helsekonsekvenser av klimaendringene i Storbritannia er dødsfall, sykdom og skade som følge av ekstremvær (hetebølger, oversvømmelser, storm), økt spredning av infeksjoner, redusert matvaresikkerhet, sterkere eksponering for UV-stråling (bl.a. hudkreft) og hjerte- og karsykdom som følge av redusert luftkvalitet og mer pollen (1). Historiske sykdomsdata fra

tidligere varmere perioder antar jeg ikke finnes og regnes ikke relevant i denne sammenheng, da mennesker tidligere hadde en annen levestandard og en annen ytre miljøpåvirkning.

Det er som oftest en intuitiv og åpenbar sammenheng mellom lokale miljøproblemer og klimagassutslipp. For eksempel gir forbrenning av fossilt drivstoff i biler og industri helseskader lokalt, samtidig som det bidrar til global oppvarming (2). Kullkraftverk bare i Europa gir negative helseeffekter og helseutgifter til en beregnet verdi av 43 milliarder euro i året (3). Det oppsiktsvekkende med mange klimatiltak er det som internasjonalt beskrives som «co-benefits», på norsk «dobbeltefordeler». Kutt i klimagassutslipp gir samtidig positive helseeffekter. Om man for eksempel velger aktiv transport som sykkel i stedet for å kjøre bil drevet av fossilt drivstoff, gir dette minst fire fordeler: Mindre lokal luftforurensing, lavere klimagassutslipp, bedre egenhelse og sekundært mindre negative helsekonsekvenser av global oppvarming.

Derfor er det helt nødvendig at leger og andre helsearbeidere bidrar med helsekunnskap og helseperspektiv i det grønne skiftet. Vi, som leger i Norge, kan la oss inspirere av Verdens legeforening WMA (4), Den britiske legeforeningen BMA (5), våre naboer i Sverige (6) eller legeforeningens eget grunnlagsdokument om helse og global oppvarming godkjent av sentralstyret etter høring i 2009 (7).

Knut Erling Moksnes
knut.erling.moksnes@gran.kommune.no

Knut Erling Moksnes (f. 1968) er lege i Gran kommune. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. British Medical Association. Why does climate change matter to doctors? www.bma.org.uk/working-for-change/international-affairs/climate-change/why-does-climate-change-matter-to-doctors [15.03.2016].
2. World Health Organization. Burden of disease from ambient air pollution for 2012. Genève: WHO, 2014.
3. HEAL. The Unpaid Health Bill. www.env-health.org/IMG/pdf/heal_report_the_unpaid_health_bill_-_how_coal_power_plants_make_us_sick_final.pdf [15.03.2016].
4. WMA. Health and Climate. www.wma.net/en/20activities/30publichealth/30healthenvironment/10climate/index.html [15.03.2016].
5. BMA. Doctors for climate. www.bma.org.uk/working-for-change/international-affairs/climate-change [15.03.2016].
6. The Swedish Medical Association. Policy Climate and Health. http://slf.se/Pages/82076/Policy_climate_and_health.pdf [15.03.2016].
7. Legeforeningens engasjement i klimaendring www.regjeringen.no/contentassets/83adf487100e4415ac9ff73127be565a/den_norske_legeforening_vedlegg.pdf [15.03.2016].

Re: Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Den grundige og kloke studien kollegagruppen ved Haukeland sykehus har utført ved utmattelsstilstander viser at den mystifiseringen som inntreffer når utmattelse ensidig puttes i en somatisk bås, i første omgang kan utgjøre en lettelse for pasienten: «gudskjelov ikke noe psykisk, – ikke noe jeg kan klandres for» (1).

Men i andre omgang blir pasienten også overlatt til seg selv og får ikke den nødvendige hjelpen for å se nærmere på sin livssituasjon og den krisen han har havnet i. Mine egne erfaringer med disse tilstandene går i retning av at det som regel dreier seg om mennesker med spesielt høye krav til seg selv. Ofte befinner de seg i situasjoner med oppofring for andre (f.eks. pleieyrker), der deres idealer vanskelig lar seg innløse. Innsparing av personal, økende tidspress og angst for å miste arbeidsplassen gjør at kreftene tar slutt, noe slike pasienter ofte skammer seg over og har skyldfølelser for. En følelse av avmakt og hjelpeløshet fører ofte til at pasientene regredierer, – de mest ekstreme tilfellene vil ligge i sengen med fortrukne gardiner og bli stelt for som om de var spedbarn. Slike endepunkter i sykdomsforløpet viser at hjelpen har kommet altfor sent.

>>>