

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 Helgelandsykehuset 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 behandlingssnivå 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_finalpdf.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 mystifiseringsringen 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.

>>>

Som det vises til i studien er en rekonstruksjon av den utløsende situasjonen uhyre viktig. Da skammen spiller en så stor rolle har disse pasientene ofte vanskelig for å erkjenne at de har opplevet et press som har «tømt batteriene». Det kreves derfor innfølelse og tålmodighet i legekontakten for å få disse pasientene til å fortelle om det stresset de har vært utsatt for.

Den kontroversielle diskusjonen som føres omkring diagnosen «kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati» minner om den debatten som føres omkring ADHD-diagnosen. Også her proklameres nevrobiologiske årsaker som forhindrer grundige psykososiale utredninger.

Terje Neraal
t.neraal@t-online.de

Terje Neraal, f. 1939 er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykosomatisk medisin, bosatt i Tyskland.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Owe JF, Næss H, Gjerde IO et al. Utredning ved mistenkt kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 227–32.

Artikkelen Antidietten av vår gjesteskribent Andreas Viestad, som sto på trykk i nr. 5/2016, utløste mye debatt. Gå inn på våre nettsider for å lese flere innlegg i debatten.

Re: Antidietten

I Tidsskriftet nr. 5/2016 kan vi lese følgende: «Hvert år dukker det opp nye dietter. Det ene året skyller lavkarbobølgen over oss. Neste år er det glutenfritt som gjelder, eller lav-fodmap. Laktosefritt. Høyoktan. Lavsvovel. Paleo. 5-2. pH-dietten. Blodtypediett» (1).

Lav FODMAP-dietten og laktosefritt diett slås her i hartkorn med diverse andre dietter, på en slik måte at samtlige fremstår som useriøse, basert på ideologi eller ønske om vektreduksjon. Til informasjon: Lav FODMAP-dietten er en diett for syke mennesker, og den er forskningsbasert. Den er ikke ideologisk, historisk eller religiøst betinget og brukes heller ikke for å oppnå vektreduksjon. Det samme gjelder laktosefritt kosthold, i den grad det kan kalles en diett. Disse bør derfor ut av den aktuelle listen.

Ranveig Røtterud
rj.roetterud@gmail.com

Ranveig Røtterud [f. 1962] er cand.scient. og ph.d.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Viestad A. Antidietten. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 500.

Re: Frekkhet fører til feil

Jeg leste med interesse artikkelen om at frekkhet fører til feil (1). Studien er vel utført og resultatet ikke uforventet eller ubekjent. Negativ kritikk fører blant annet til dårligere prestasjoner og økt stressbelastning og frustrasjon (2). Stress fører så til sykdom. Hvordan kan det være annerledes i en belastet arbeidsdag i helsevesenet? Vi tilhører et yrke hvor hverdagen består av stress og uforventede hendelser. Leger er ledende individer og ledes av andre ildsjeler globalt, og fremskritt i faget skjer fort.

Ledelse er ettertraktet egenskap, men ledelse i Helse-Norge er blitt snudd opp ned. I stedet for ledelse har vi dirigering. Helsearbeidere styres ikke lenger av kolleger som verner om deres velvære på jobben. I tillegg til vår hverdag, som allerede er belastet av kritikk fra folk i nød, skal vi dirigeres til økt produksjon og ukritisk lydighet over for fort voksende styre, hvor det eneste formålet er å få årets budsjett og regnskap til å stemme. Vi er opplært til å møte kritikk fra folk i nød med forståelse, men settes de med svekket dømmekraft i førersetet, går det utover helsearbeiderens egen helse og fører til økt feil – det motsatte av hensikten

Pasientens helsevesen styres ikke av pasient eller pasientombud, det styres av økonomi og økonomi alene – med pasientens beste som skjold. Helseforetakene har snudd underskuddstall til overskudd og satser høyt. For å drive med overskudd i det offentlige helsevesenet, som vi betaler med egne skattepenger, skal man enten snyte de ansatte, de syke eller begge to. Produksjon er ikke et helsebegrep. Og gevinsten beregnes ikke i virksomheten, men i helseøkonomiske sammenhenger, selv om det er mange forskjellige budsjetter. Pasientens helsevesen trenger ikke økt styre og monitorering, men rekruttering av flere ledende fagpersoner med erfaring og visjon i spesialisert helsefag. Vi trenger færre og sterkere fagledere som verner om å skape arbeidsvilkår for sine medansatte med trivsel og helbred for alle. Da presterer vi også best. Er det ikke snart på tide å våkne opp?

Gudjon Gunnarsson
gudjonleifur@yahoo.com

Gudjon Gunnarsson [f. 1973] er overlege ved Sykehuset Telemark.
Ingen oppgitte interessekonflikter

Litteratur

1. Riskin A, Erez A, Foulk TA et al. The impact of rudeness on medical team performance: A randomized trial. Pediatrics 2015; 136: 487–95.
2. Baron RA. Negative effects of destructive criticism: impact on conflict, self-efficacy, and task performance. J Appl Psychol 1988; 73: 199–207.