

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 behandlingnivå 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 legeföreningen (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 legeförening WMA (4), Den britiske legeföreningen BMA (5), våre naboer i Sverige (6) eller legeföreningens 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. Legeföreningens engasjement i klimaendring www.regjeringen.no/contentassets/83adf487100e4415ac9ff73127be565a/den_norske_legeförening_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.

>>>