



Helse i høy hastighet

REDAKSJONELT

GULBRANDSEN P

I begynnelsen av dette århundret var det mange i vårt land som aldri forlot det stedet de vokste opp. Så sent som i 1960-årene var utenlandsreiser en sjeldenhet for de fleste nordmenn. Når Gardermoen hovedflyplass åpner 8. oktober 1998, er det for så vidt et monument over overvinnelse av avstand, men også et minnesmerke over den gang man hadde bedre tid. Flyet er et av hovedsymbolene på det effektive mennesket, og flyging har antatt epidemiske proporsjoner. Verdens flytrafikk ble fordoblet fra 1986 til 1996 (1), og antall avganger og landinger i Norge økte fra 413570 i 1973 til 884731 i 1997 (2). Med slike dramatiske endringer i livsmønstre følger nye medisinske problemstillinger, illustrert ved at det finnes et eget forum for reisemedisin i Norden (3). Åpningen av en ny, nasjonal hovedflyplass er en begivenhet vi finner grunn til å markere også i Tidsskriftets spalter (4-10).

Kliniske problemer knyttet til flyging spenner fra trykkutlikningssmerter i ørene til alvorlig hypoksi (4). Mange leger ser med ulyst på at de må trå til ved akutt behov for medisinsk kompetanse under reiser, både fordi de savner akuttmedisinsk erfaring og fordi de er usikre på gjeldende ansvarsregler. Råd om håndtering av slike situasjoner gis i dette nummer av Tidsskriftet (5). Ett viktig råd er at man, hvis det er mulig, bør opprette telefonisk støtteforbindelse med eksperter, et tilbud som alt er etablert i Norge (11).

Det er svært liten risiko ved å fly. Behandling av flyskrekk ved å anvende en kognitiv tilnærming der man tar utgangspunkt i de lave risikotallene, er i dag ofte vellykket (6). De særskilt strenge krav til flygeres helse bidrar til den lave risikoen (7).

Utbyggingen av den nye storflyplassen har budt på store utfordringer for samfunnsmedisinen (8, 10). Ofte bygger samfunnsmedisinske vurderinger på et utilstrekkelig faktagrunnlag, noe som avspeiles i uenigheten mellom ulike forvaltningsnivåer om støyforskrifter (8) og smitteverntiltak (8, 9). Rigide krav til dokumentasjon bør likevel neppe fraholde leger fra å anvende føre-var-prinsippet når det er spørsmål om helsefare.

Legekontorene kan sees som stetoskoper på samfunnets brystkasse. Lenge før depressiv reaksjon ble en tillatt diagnose på avisenes førstesider har leger observert misforholdet mellom samfunnsrytme og enkeltmenneskets biologiske behov. Men å dokumentere at de krav til ytelse per tidsenhet folk stilles overfor i dag er helsefiendtlige, kan vanskelig gjøres med kunnskapsbasert medisin.

Flyreiser i forbindelse med arbeid er for svært mange nærmest en dagligdags foreteelse, men dette forutsetter god helse. Hva dette hastige livet skaper av uheld, er i liten grad omtalt. Et unntak er jet lag, som rammer dem som krysser tidssoner, særlig på vei østover.

Dette moderne, fysiologisk begripbare fenomen viser seg bl.a. i form av tretthet, irritabilitet, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, generell svakhet og svimmelhet (12). Skulle liknende symptomer ramme en som hyppig reiser fra nord til sør i sin jobb, skyldes det kanskje heller hjemløshet eller ensomhet (13). At sikre sammenhenger mellom rastløst liv og funksjonshemmende symptomer ikke kan dokumenteres, betyr ikke at vi ikke bør rope et varsku når insidenskurvene stiger - slik det bl.a. kan avleses i det dramatisk økende forbruket av antidepressiver (14).

Som ledd i forebygging er leger aktører på to plan. I forhold til beslutningstakere i næringsliv og politikk bør vi fortløpende rapportere om omfanget av lidelser som vi mener kan tilskrives for liten tid. På det personlige plan er vår utfordring å lære pasientene å stoppe opp for å lytte til årtuseners finstemte rytme i egne hjerteslag. Trolig må vi selv først lære oss den øvelsen. Den krever aktiv og ubehagelig grensesetting, og at man trer ut av en offerrolle der andre, for eksempel politikere, gis skylden. Kanskje er det fordi legene selv har en intensjon om å rekke alt at de tyr til reseptblokken når andre merker byrden av en akselererende klokke.

Pål Gulbrandsen

LITTERATUR:

1. Bonde A. En stadig mindre verden. Aftenposten (morgenutgave) 30.6.1998.
2. Törnngren Y. Aldri fred å få. Aftenposten (morgenutgave) 9.8.1998.
3. Holmgren PG. Medicin inför resa viktigare. Dagens Medicin 19.5.1998.
4. Owe JO, Christensen CC. Helsemessige problemer hos flypassasjerer. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3623-7.
5. Andersen HT. Er det en lege om bord? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3630-2.
6. Ekeberg Ø. Flyredde kan få hjelp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3637-40.
7. Årva PH. Helse hos flygere og flysikkerhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3643-5.
8. Smith A, Holmsen E. Folkehelsearbeid og folkehelse ved en ny storflyplass. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118:3656-8.
9. Aavitsland P, Blystad H, Mehl R, Lystad A. Smittevern ved internasjonal flytrafikk til Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3649-53.
10. Husom N. Christian Mothes: Kommunelege med hovedflyplass i fanget. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3678-9.
11. Hafstad A. Norsk luftambulansesatser nytt: telefonisk legehjelp i fly. Aftenposten (morgenutgave) 16.3.1998.
12. Waterhouse J, Reilly T, Atkinson G. Jet-lag. Lancet 1997; 350: 1611-6.
13. Rayner R. Nowhere, U.S.A. The New York Times Magazine 8.3.1998.
14. <http://www.trygdeetaten.no/stat/basisrapport.1997.11.html>(1.9.1998)

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no