

Global barnehelse – tiltak som virker

I Tidsskriftet nr. 22/2001 har Karl-Olof Wathne & Erik Bøhler en viktig artikkel om tiltak som kan bidra til å bedre barns helse verden over (1). Mer enn ti millioner barn under fem år dør hvert år av sykdommer som kunne vært forebyggt eller helbredet med eksisterende kunnskap og teknologi. Over 70% av dødsfallene blant barn i denne aldersgruppen skyldes akutte nedre luftveisinfeksjoner, diaré, malaria, meslinger eller perinatale tilstander. Artikkelen understreker nytteverdien av velkjente tiltak: bedre vann og sanitærforhold, oral rehydreringsvæske, vaksiner, antibiotika, nok og riktig mat, svangerskapsomsorg, fødselshjelp, amming.

Et stort potensial for å forebygge dødelige lungeinfeksjoner hos barn er imidlertid ikke omtalt i artikkelen. Pneumonier tar flere barneliv enn diaré/sykdommene (2). I fattige land over hele verden, spesielt på landsbygden, tilberedes maten over åpen ild uten avtrekk. Brenselet er oftest ved, kull, tørket avføring fra husdyr eller rester fra avling, og røyken fra denne forbrenningen fører til svært høye nivåer av svevestøvpartikler innendørs (2, 3). Konsentrasjoner målt i slike røykfylte boliger er mange ganger høyere enn utendørs partikkelkonsentrasjoner målt selv i de sterkeste forurensede av verdens storbyer. Observasjonsstudier viser at innendørs forurensning av denne typen er en viktig årsak til akutte nedre luftveisinfeksjoner hos barn i fattige land (2, 4). Installasjon av enkle ovner med avtrekk kan redusere partikkelnivåene i hjemmene dramatisk (2). Slike ovner kan mange steder produseres lokalt, og er ofte rimelige og raske å installere. Dersom ovnene baserer seg på samme type brensel som familien bruker fra før, er det vist at de blir godt mottatt av kvinnene som tilbereder maten (5).

Til tross for omfanget av dette helseproblemet har inneklimate i utviklingsland hittil vært viet lite oppmerksomhet. Forskning på feltet har konsentrert seg om inneklimateproblemer i den rike del av verden. Store forskningsprosjekter er imidlertid på trappene, for å tallfeste sammenheng mellom innendørs svevestøvbelastning og insidens av pneumoni blant barn i fattige land, og dermed gi mål på nytten av intervensjon med ovner (4). Vi spår at om fem år vil en oversiktsartikkel om global barnehelse helt selvfølgelig inkludere reduksjon av inneforurensning som et viktig tiltak på linje med de

andre som omtales i Wathne & Bøhlers artikkel.

Bergen/Berkeley *Tone Smith-Sivertsen*
førsteamanuensis
Edvin Schei
førsteamanuensis
Seksjon for allmenmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Morten Schei
stipendiat
School of Public Health
Environmental Health Sciences Division
University of California, Berkeley

Litteratur

1. Wathne KO og Bøhler E. Global barnehelse – tiltak som virker. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2607–11.
2. Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge for the new millennium. Bull World Health Organ 2000; 78: 1078–92.
3. Ezzati M, Kammen DM. Indoor air pollution from biomass combustion and acute respiratory infections in Kenya: an exposure-response study. Lancet 2001; 358: 619–24.
4. McMichael AJ, Smith KR. Air pollution and health: seeking a global perspective. Epidemiology 1999; 10: 1–4.
5. Barnes DF, Openshaw K, Smith KR, van der Plas R. What makes people cook with improved biomass stoves? A comparative international review of stove programs. Washington D.C.: World Bank, 1994.

Begreper om sykdom

I Tidsskriftet nr. 22/2001 vil Oddmund Søvik vise «at forståelsen av sykdomsbegrepet varierer med menneskelige forutsetninger og ståsted» (1). Søviks artikkel er viktig fordi den utfordrer stivbeinte forståelser av «sykdom». Noen kommentarer er imidlertid på sin plass.

Ordet «begrep» har ingen presis preteoretisk mening. Enhver vitenskapelig diskusjon om begreper bør referere til en generell teori om hva begreper er slik at ordets innhold blir klart, og slik at debattanter ikke snakker forbi hverandre fordi de har forskjellige «intuisjoner» om ordets innhold (2). Søvik refererer ikke til noen slik teori.

Noen vil kanskje hevde at Søviks synspunkter til sammen i det minste skisserer en generell teori. I alle fall burde synspunktene vært systematisert slik: først den generelle teorien, så anvendelsen innen det gitte område.

Generelle teorier om begreper hører primært inn under filosofi og kognisjonsforskning. Standardteorier er på viktige punkter uforenlige med Søviks syn. Søvik snakker bl.a. om «sykdomsbegrepets mangfold», at personer forstår det på forskjellig vis. Slik jeg forstår ham, mener han at mens begrepet kan stå for noe hos en person, så kan det stå for noe annet hos en annen. På samme måte mener han at begrepet kan stå for noe forstått «reduksjonistisk», men noe annet forstått «holistisk». Standardteorier innen filosofi gir ikke rom for denne ideen. De antar at hvis to begrepsforståelser står for forskjellige ting, så dreier det seg om to forskjellige begreper (3). Ideen er at hva et begrep står for, bestemmer dets identitet.

Søvik tenker muligens på begreper som ord, men også dette er radikalt forskjellig fra standardsyn innen filosofi (4, 5). Begreper er elementer av tanker vi uttrykker med ord, men tanker er ikke ord (man kan f.eks. tenke uten å snakke høyt).

Søvik kunne ha argumentert mot slike antakelser eller ha innrettet seg etter tradisjonen. Om han valgte det siste, kunne hans hovedpoenger være de samme og heller styrkes enn reduseres. Den vesentlige forandringen ville være å snakke om forskjellige forståelser og forskjellige begreper istedenfor forskjellige forståelser og «begrepets mangfold».

Oslo

Halvor Nordby
Filosofisk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Søvik O. Sykdomsbegrepet i historisk og dagsaktuell sammenheng. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2624–7.
2. Peacocke C. A study of concepts. Cambridge: MIT Press, 1992.
3. Fodor J. Concepts. Oxford: Clarendon Press, 1998.
4. Carruthers P, Boucher J, red. Language and thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
5. Pessin A, Goldberg S, red. The twin earth chronicles. Armonk: ME Sharpe, 1996.

O. Søvik svarer:

Jeg takker Halvor Nordby for kommentarer til min artikkel, hvor han argumenterer mot uttrykket «sykdomsbegrepets mangfold». Han påpeker at hvis begrepsforståelser står for forskjellige ting, så dreier det seg om forskjellige begreper. Jeg aksepterer den filosofiske sakkyndighet, men vil vise til Nordenfelt (1), som sier at «Begrepp är inte en gång

för alla givna. De undergår en kontinuerlig historisk förändring i takt med att människans värdsbild och därmed också hennes språk förändras». Jeg oppfatter det slik at gamle begreper om sykdom endres og nye oppstår, ut fra en historisk og kulturell sammenheng. Det er dette mangfold jeg sikter til. Men alle enkeltbegrepene om sykdom må også ha et navn, og dette vil jeg kalle Sykdomsbegrepet, med stor S.

I sin bok *Sygdomsbegreper i praksis* har Juul Jensen (2) lansert et interessant skille mellom praksisbegrep og idealbegrep. Et idealbegrep er bestemt av en formulert definisjon. Men ikke alle begreper er presist definert. De eksisterer da som praksisbegreper. Ifølge Juul Jensen går praksisbegrepet forut for idealbegrepet. I begynnelsen finnes en viss praksis, en viss språkavendelse. Først på basis av denne praksis kan vi lage definisjoner og formulere idealbegreper. Juul Jensen avviser abstrakte definisjoner av sykdom fordi de, etter hans mening på en utilbørlig måte «fryser» virkeligheten. Mangfoldet og foranderligheten blir ikke belyst. Det primære mål for vårt studium må være praksisbegrepet og ikke idealbegrepet. Så langt Juul Jensen.

En mangel ved min artikkel er at jeg ikke presiserer skillet mellom et sykdomsbegrep og en empirisk teori for sykdom. Det overrasker meg at ikke Nordby griper fatt i dette. Nordenfelt (2) påpeker at distinksjonen mellom en empirisk teori og en definisjon er blitt særlig tydelig i moderne filosofi. Tidligere var begrepsbestemmelse og empirisk analyse deler av en og samme prosess: «Medicinhistoriens giganter søkte inte primært att fastställa några språkliga regelsystem. Deras hovudsyfte var att beskriva hälsans och sjuklighetens verklighet, att t ex förstå vilka kroppsliga mekanismer som är en förutsetning för hälsa och vilka förändringar som leder till sjukdom.»

Bergen

Oddmund Søvik

Litteratur

1. Nordenfelt L. Begreppen hälsa och sjukdom. I: Nordenfelt L, red. Hälsa, sjukdom, dödsorsak: studier i begreppsteori och historia. Malmö: Liber, 1986: 43–73.
2. Jensen UJ. Sygdomsbegreper i praksis. København: Munksgaard, 1986.

Kolloidalt sølv istedenfor antibiotika?

Børje Wallheden spør i et korrespondanseinnlegg i Tidsskriftet nr. 21/2001 (1) om det ikke er behov for kolloidalt sølv som et hjelpemiddel for skolemedisinen, og refererer til en hjemmeside på Internett (www.aa-micro.com), der kolloidalt sølv roses opp i skyene (1).

Denne Internett-siden åpner med å erklære at en kaukasiske folkegruppe, Hunzakuts,

ikke rammes av nyrestein, tannproblemer, artritt, osteoporose eller hjertesykdom, at de er spesielt sjarmerende og intelligente, og at dette skyldes inneholdet av «nesten alle kjente mineraler» og spesielt mye kolloidalt sølv i drikkevannet. Kolloidalt sølv kan angivelig kurere alle våre lidelser og gi oss et langt liv, og det bivirkningsfritt.

Denne og minst 40 andre hjemmesider på Internett er anmeldt av Food and Drug Administration i USA for å komme med påstander det ikke er belegg for og for å selge produkter som er klassifisert som legemidler, slik sølv er (2).

Sølvforbindelser har vært brukt som et forebyggende og terapeutisk middel i århundrer (3). Sølvprotein og kolloidalt sølv har vært brukt i øyedråper og til sårbehandling (4), og frem til den annen verdenskrig var sølv i utstrakt bruk i behandling av forkjølelse, syfilis og gonoré. Det ble inntil for få år siden brukt profylaktisk mot konjunktival gonoré hos nyfødte, og inngår i sølvsulfadiazin-krem ved behandling av brannår. Sølv er tatt i bruk som belegg på intravasale katetre, og brukes til desinfeksjon av vann der koking ikke er mulig. Sølvacetat inngikk også i antirøyketabletter (5).

Siden 1990 har sølv fått fornyet interesse som et «essensielt» mineraltilskudd og lanseres med en rekke påstander om positive helseeffekter, bl.a. ved kreft, diabetes, AIDS og herpes. Det hevdes også at sølvmangel fører til redusert immunitet, som igjen fører til kreft.

Sølv er ikke noe essensielt mineraltilskudd. Sølv har ingen kjent fysiologisk funksjon. Påstander om at sølv ikke er toksisk er usanne. Dyreforsøk viser at sølv akkumuleres i kroppen, og det finnes mange rapporter om irreversibel blålig misfarging av huden hos mennesker (argyri). Absorbert sølv kan gi flere alvorlige skader (3). Det mangler dokumentasjon på effekt og mulig toksisitet av sølvprodukter.

Sølv er altså et legemiddel som skal behandles med nødvendig respekt. Man må ikke å la seg blende av Internett-sider som lanserer udokumenterte påstander.

Oslo

Kirsten Myhr
RELIS Øst

Litteratur

1. Wallheden B. Colloidalt silver i stället för antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2541.
2. FTC cracks down on false dietary supplement ads. Am J Health Syst Pharm 2001; 58: 1382–3.
3. Fung MC, Bowen DL. Silver products for medical indications: risk-benefit assessment. Clin Toxicol 1996; 34: 119–26.
4. Martindale: The complete drug reference. 32. utg. London: The Pharmaceutical Press, 1999: 1629–30.
5. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. The Cochrane Collaboration: www.cochrane.org/cochrane/revabstr/ab000191.htm (5.10.2001).

Tempelhøyden og reisebrev

Min gamle klassekollega Haakon Aars har vært på oppdrag i Midtøsten og skriver reisebrev til Tidsskriftet, publisert i nr. 22/2001 (1). Det skjer jo alltid «wenn jemand eine Reise tut...», da blir man så påvirket at noe kan komme ut feil. Når han kommer med en del politiske konklusjoner basert på fakta, da må disse faktaopplysningene kvalitets-sikres. Aars gjentar under mellomtittelen *Den andre intifadaen* flere ukorrekte påstander (1), som er blitt motbevist en rekke ganger. Må det derfor være tillatt å fastslå følgende:

Daværende boligminister Ariel Sharon entret Tempelplassen (Haram al Sharif) fulgt av 12–15 sikkerhetsvakter, ikke flere tusen soldater (det er vel knapt plass til et slikt antall soldater). Som vanlig var det flere hundre politifolk til stede rundt Tempelhøyden. Dette er dessverre ganske vanlig, da Klagemuren, der tallrike jøder ber hver dag, ligger under Tempelhøyden.

Sharons handling var politisk utfordrende, men den var ikke i strid med gjeldende avtaler, verken med avtaler med de jordaniske myndighetene som har administrert de muslimske hellige stedene, med Oslo-avtalen eller med de avtalene som følger med de palestinske selvstyremyndighetene (Palestine National Authority; PNA).

Aars gjentar også at det var Sharons handling som gav starten til de urolighetene vi har sett i områdene siden. Men både boligministeren i PNA, Falladji, og PLO-rådgiveren Abu Mazen, har i ettertid offentlig gått ut med informasjon om at disse aksjonene var planlagt i etterkant av Camp David-forhandlingene for å påvirke forhandlingsresultatene. Falladji har gjentatt dette flere ganger, og Abu Mazen er kjent som en troverdig deltaker i prosessen helt siden begynnelsen av Oslo-avtalene.

Tempelplassen er viktig i historisk og religiøs sammenheng. Der to moskeer ble bygd etter muhammedanismens tilkomst på 600-tallet, lå allerede 900 f.Kr. det første tempel, bygd av kong Salomo. Etter babylonernes ødeleggelse ble tempelet gjenoppbygd på 400-tallet f.Kr. og var jødedommens sentrum, hvorfra også Jesus prekte. Den eneste delen som står igjen av tempelet, er Klagemuren, som danner den ene siden av Tempelhøyden, og som vel må regnes som jødedommens helligste sted.

At det pågår en aktiv kampanje for å benekte at det noensinne har ligget noe jødisk tempel her, på tross av historiske, bibelske og arkeologiske fakta, er slikt det også kan skrives reportasjer om. Men det må bli en annen gang.

Oslo

Rolf Kirschner

Litteratur

1. Aars H. Palestina: Helsedelegat på Vestbredden og i Gaza. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2628–9.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 26, 2001; 121