

de to omtalte artiklene har oppgitt mulige interessekonflikter i henhold til retningslinjene og Tidsskriftets praksis. Dette er et godt signal om mer åpenhet på området. Hvordan samarbeidet eller kontakten har vært gjennomført i praksis, kan ikke vurderes ut ifra de to artiklene. Det må dog ikke bli slik at samarbeid mellom leger og næringsliv i seg selv skal diskvalifisere leger fra å komme med ytringer eller delta i fagutvikling, men det må informeres om hvordan samarbeidet har foregått og med hvem man har samarbeidet og hvilke økonomiske forpliktelser det er mellom partene.

Utfordringen blir å fremme det nødvendige og åpne samarbeidet og samtidig hindre uønsket sammenblanding av roller og økonomisk binding som svekker tilliten til legestanden. Mye av dagens medisinske forskning i verden styres i for stor grad av næringslivet. Skal universitetene, andre fagmiljøer og myndighetene få større innflytelse innen forskning og prioritering av helseressursene, trengs det en betydelig større offentlig økonomisk satsing.

Torunn Janbu
president
Den norske lægeförening

Redaktøren svarer:

Det er en kontinuerlig diskusjon både i Tidsskriftet og i internasjonale tidsskrifter om hvordan interessekonflikter skal håndteres og publiseres. Hovedpoenget er bevissthet og åpenhet om mulige konkurrerende interesser – også ikke-økonomiske. Disse tar vi hensyn til i de redaksjonelle vurderingene, og vi trykker dem slik at leserne er klar over dem. Jeg er enig i at for lange lister med interessekonflikter ikke er hensiktsmessig. Ikke fordi det alminneliggjør og ufarliggjør interessekonfliktene, men fordi det blir vanskelig å sortere det vesentlige fra det uvesentlige. I dette tilfellet var det naturlige årsaker til at listen måtte bli lang, noe Eivind Myhre redegjør for i sitt svar.

Charlotte Haug
redaktør

Forløsning av tvilling nr. 2 hos sirkulatorisk ustabil mor

Thomassen & Wisborg presenterte i Tidsskriftet nr. 24/2006 en kvinne som ble forløst med keisersnitt under en tvillingfødsel på et tidspunkt da hun var sirkulatorisk ustabil (1). Den til grunnliggende årsak var og er ukjent. I en kommentar til artikkelen drøfter Guttorm Brattebø generell håndtering av akuttmedisinske katastrofesituasjoner (2). Vi synes forløsningen av tvilling nr. 2 og tidspunktet for denne er så sentralt i sykehistorien at det bør kommenteres.

Antall tvillingfødsler har økt betydelig

de siste årene og utgjorde i 2005 knapt 2 % av alle fødsler i Norge. En tvillingfødsel er mer komplisert enn fødsel av ett barn, spesielt byr tvilling nr. 2 på utfordringer (3). Forløsning av tvillinger krever derfor erfaring, overvåking og teamarbeid. Det er imidlertid en økende tendens til kombinerte forløsninger, slik som i den presenterte kasuistikken (1). Praktiske øvelser og nasjonale kurs er derfor nødvendig for å opprettholde kompetansen i vaginal forløsning av tvillinger.

I den refererte kasuistikken ble resultatet nesten en katastrofe (1). Vi mener det ville vært av interesse å få vite hvorfor man ikke forsøkte å forløse tvilling nr. 2 vaginalt. Ved en rekke obstetriske akutsituasjoner er eller blir pasientene sirkulatorisk ustabile (3). Da er det viktig å stabilisere pasienten før man vurderer kirurgisk intervensjon, med mindre akutsituasjonen er betinget av forhold som må korrigeres kirurgisk. Hos en obstetriske pasient er det kvinnen, ikke barnet, som er førsteprioritet ved et sirkulatorisk kollaps hos moren, selv om fosteret som en konsekvens av dette blir truet. En for tidlig kirurgisk intervensjon uten at pasienten er stabilisert kan føre til at man mister både mor og barn.

Den refererte pasienthistorien illustrerer hvor viktig det er at alle som er involvert i slike dramatiske hendelser klarer å håndtere utfordringene med høy faglig kompetanse og presisjon. Vi slutter oss til Thomassen & Wisborgs anbefaling av god kommunikasjon mellom obstetrikere og anestesileger ved vurdering av hastegrad og av tidsforbruk før narkose innledes.

Line Bjørge
Per E. Børdahl
Thomas Hahn
Ferenc Macsali
Svein Magne Skulstad
Kåre Augensen
Susanne Albrechtsen
Kvinneklinikken
Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Thomassen Ø, Wisborg T. En 33 år gammel kvinne med hjertestans under keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3270–1.
2. Brattebø G. Håndtering av akutte situasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3272.
3. Sand S, Øyan P, Henriksen T, red. Veileder i fødselshjelp 2006. http://www.legeforening.no/asset/32196/2/32196_2.pdf (25.1.2007).

Bekymringsfri refusjonsordning ved KOLS

Alf Henrik Andreassen & Sverre Lehmann spør i Tidsskriftet nr. 2/2007 om refusjonsendring for medisiner ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) bør gi grunn til bekymring (1).

Statens legemiddelverk er enig i at informasjonen til leger om refusjonsendringene for pasienter med astma og kronisk obstruktiv lungesykdom kunne vært mer

effektiv. Endringene hadde virkning fra 1.7. 2006, med en overgangstid til 1.7. 2007. Legemiddelverket har brukt sin nettside www.legemiddelverket.no som hovedkanal for å informere om denne refusjonsendringen, slik vi gjør i andre liknende saker. Vi er klar over at ikke alle leger har Internett på kontoret, likevel håper vi at informasjon om endringen av regelverket etter hvert begynner å bli kjent hos allmennleger og spesialister i indremedisin og lungesykdommer. Oppmerksomheten i mediene kan tyde på det.

Endring i refusjonsrettighetene gjelder bare pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom i forhold til kombinasjonspreparater med steroider på vanlig blåresept. Dette krever nå søknad etter § 10a. Det må foreligge en spirometriundersøkelse som viser FEV₁ under 50 % av forventet verdi samt kliniske opplysninger om hyppige eksaserbasjoner. Det er nytt og viktig i forskriften at spirometri blir grunnlaget for diagnostisering av sykdom, og at FEV₁-verdien for disse pasientene blir avgjørende for hvilke preparater det ytes refusjon for på vanlig blåresept.

Vi skrev sist om dette på Legemiddelverkets nettsider i oktober 2006, og vi oppfordrer alle leger til å abonnere på våre nyheter på e-post. Slik får man tilsendt fersk informasjon om nye legemidler, terapibefalinger, endringer i refusjonsstatus m.m. Man velger selv de temaene man er interessert i. Det er enkelt å melde seg på tjenesten fra www.legemiddelverket.no. Vi besvarer gjerne enkelthenvendelser fra leger som ikke finner frem på Internett og oversender skriftlig informasjon på papir ved behov. Ta gjerne kontakt med undertegnede.

Björg Nitteberg Sørensen
Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Andreassen AH, Lehmann S. refusjonsendring for KOLS – grunn til bekymring? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 206–7.

Kommer det nye St. Olavs Hospital til å grunnstøte?

I Tidsskriftet nr. 1/2007 hadde Sven Erik Gisvold et aktuelt og tankevekkende innlegg om St. Olavs Hospital (1). Siden jeg i mange år var overlege ved dette sykehuset og sammen med Gisvold og flere andre overleger var blant tvilerne når det gjaldt dette prosjektet, må jeg få fremføre at jeg deler Gisvolds oppfatning av situasjonen.

Han var ikke og er ikke alene om å være skeptisk til de årlige driftsmessige innsparingene. Forslaget om å samle akuttfunksjonene på ett sted må gjelde døgnet rundt – ikke bare kanskje, som uttrykt av Gisvold (1). Da er vi omtrent tilbake der vi var tidligere. Dette kan oppfattes som et nederlag for beslutningstakerne. At disse skal gå inn for forandringer, er sannsynlig for optimistisk.

Gisvold ser også faren for fagmiljøene (1), noe jeg sier meg enig i. Av Adresseavisen 4.11. 2006 fremgår det at flere leger slutter eller vurderer å slutte ved sykehuset, noe også sykehusdirektør Gunnar Bovim er bekymret for. Uten at det der kom frem, antar jeg at forandringene i forbindelse med det nye St. Olavs Hospital spiller en rolle? Jeg har også inntrykk av at flere fra andre personellgrupper heller ikke er udelte begeistret for utviklingen. Spørsmålet i overskriften kan etter min mening besvares med ja.

Er det for sent å gjøre noe? spør Gisvold (1). Sannsynlig ikke, hvis beslutningstakerne snarest er villige til å innse rekkevidden av sine beslutninger og hvilket utføre man er i ferd med å havne og har mot til å sørge for å få til et mer helhetlig og funksjonelt sykehus – som man har råd til å drive. For oss som har fulgt prosessen fra begynnelsen, kan mye sies om prisutviklingen, men dette vil jeg ikke gå inn på her. Så lenge Norge har enorme oljeinntekter, vil sannsynlig byggingen fortsette som planlagt, men det er lov å håpe på forandring.

Arne Hedemark
Schiffdorf, Tyskland

Litteratur

1. Gisvold SE. Er det nye St. Olavs Hospital i ferd med å grunnstøte? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 126: 60.

Legene og klimaforandringene

I *BMJ* er det nylig på lederplass argumentert for at leger bør engasjere seg kraftfullt i klimaproblemene (1). En global oppvarming er i gang, og en vesentlig del av denne skyldes menneskelig aktivitet. Oppvarmingen fører til forstyrrelser i naturens økologiske balanse og vil derfor få alvorlige konsekvenser for menneskenes livsbetingelser og helse. Eksemplene er mange: Man må regne med økt dødelighet på grunn av varmebølger. Tropiske sykdommer som malaria vil spre seg til større områder. Vekstbårne sykdommer vil spre seg også i Norge. Flått, som kan overføre bakterien Borrelia burgdorferi og encefalittvirus, forekommer allerede i dag i landsdeler hvor den tidligere var ukjent. Vannmangelen ventes å øke dramatisk, og i mange byer og tettsteder ved kysten vil det bli oversvømmelser på grunn av stigende havnivå. Flom og tørke vil gi dårligere avlinger. I mange havområder er bestanden i dag truet pga. stort overfiske. Fiskefangstene kan bli enda mer redusert fordi havene tar opp CO₂. Mange fiskeslag tåler ikke at vannets pH synker.

Helsevesenet har lang tradisjon i å identifisere folkehelseproblemer og å bidra til å redusere dem (1). Men legene har ikke beskrevet virkningene av klimaforandringene på folkehelsen, slik man har gjort når

det gjelder røyking, sosiale forskjeller, personlig livsstil og annet, til tross for at konsekvensene kan bli vel så store. Legene har både posisjon, kunnskap og plikt til å spille en ledende rolle i klimaarbeidet (2). *BMJ* har etablert et karbonråd (carbon council) som skal påvirke leger og andre i helsevesenet til å arbeide for en lavkarbonverden (low carbon world). For det første ønsker rådet å rekruttere så mange leger som mulig til å delta arbeidet med å samle dokumentasjon og informere myndighetene og befolkningen om helseskadelige konsekvenser av klimaforandringene. For det andre vil man prøve å finne frem til den mest effektive politikk for å minske CO₂-utslipp, samtidig som man må sikre velferdsutviklingen i fattige land. For det tredje vil man danne en koalisjon av helsearbeidere som skal påvirke politikere nasjonalt og internasjonalt til å fatte gode beslutninger. Endelig vil man oppmuntre til en miljøvennlig livsstil hos helsearbeidere rundt omkring i verden, ut fra tanken om at eksemplets makt er viktig.

I *BMJ* tar man altså klimaspørsmålet alvorlig og vil gjøre noe i praksis. I Sverige har foreningen Läkare för miljön oppfordret Läkarförbundet og Läkarsällskapet til å foreta seg noe (2).

Kan vi gjøre noe i Norge? Vi burde føle en plikt til det. Norge er et av verdens mest velstående land. Vårt forbruk er enormt. Vi er blitt rike på olje og gass. Menneskene i fattige land er mest utsatt for følgene av klimaforandringene. Afrika bidrar minst til utslipp av klimagasser, men lider mest. Våre CO₂-utslipp øker – i Sverige går de ned. Norge var en gang en ledende nasjon i miljøarbeidet – nå ligger vi langt etter mange land. Kan Legeforeningen gjøre noe? Kan Tidsskriftet?

Helge Dyre Meen
Hakadal

Litteratur

1. Stott R, Godlee F. What should we do about climate change? *BMJ* 2006; 333: 983–4.
2. Årman T. Läkare har en central roll i klimatrådan. *Lakartidningen* 2006; 103: 4019.

Transcendental meditasjon og helse

Transcendental meditasjon er en enkel mental teknikk som utøves 20 minutter morgen og kveld. Det er utført omfattende forskning på teknikkens innvirkning på helsen. Randomiserte studier med aktive kontrollgrupper har blant annet vist redusert blodtrykk hos hypertensive (1, 2) og normotensive (3) individer.

I en studie ble 202 deltakere med hypertensjon (alder \geq 55 år) fra to tidligere randomiserte studier med aktive kontrollgrupper fulgt opp i 7,6 år (gjennomsnittlig). Utøvere av transcendental meditasjon hadde en redusert samlet dødelighet på 23 % ($p = 0,039$), 30 % reduksjon av raten av døde-

lighet pga. hjerte- og karsykdommer ($p = 0,045$) og 49 % reduksjon av raten av dødelighet pga. kreft ($p = 0,16$) sammenliknet med kontrollgruppene samlet (4).

Det kan tenkes at det metabolske syndrom bidrar til hjerte- og karsykdom, og at nevrohumoral aktivisering relatert til psykososial stress bidrar til syndromet. En randomisert studie over 16 uker omfattet 103 deltakere med stabil hjerte- og karsykdom – det var en gruppe som drev med transcendentale meditasjon og en kontrollgruppe som fikk helseundervisning. Studien viste gunstige endringer av systolisk blodtrykk ($p = 0,04$), insulinresistens ($p = 0,01$) og hjertefrekvensvariabilitet ($p = 0,07$) hos meditasjonsutøverne i forhold til kontrollgruppen. Det var ingen effekt på arteriell reaktivitet (5). Dette viser at utøvelse av transcendental meditasjon kan ha en modulerende effekt på den fysiologiske respons på stress og en gunstig innvirkning på risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer.

Lars Bjørn Rasmussen
Maharishi Ayurveda Helsecenter
Mesnali

Litteratur

1. Schneider RH, Staggars F, Alexander CN et al. A randomized controlled study of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension* 1995; 26: 820–7.
2. Schneider RH, Alexander CN, Staggars F et al. A randomized controlled trial of stress reduction in African Americans treated for hypertension for over one year. *Am J Hypertens* 2005; 18: 88–98.
3. Barnes VA, Treiber FA, Johnson MH. Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African-American adolescents. *Am J Hypertens* 2004; 17: 366–9.
4. Schneider RH, Alexander CN, Staggars F et al. Long-term effects of stress reduction on mortality in persons > or = 55 years of age with systemic hypertension. *Am J Cardiol* 2005; 95: 1060–4.
5. Paul-Labrador M, Polk D, Dwyer JH et al. Effects of a randomized controlled trial of transcendental meditation on components of the metabolic syndrome in subjects with coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1218–24.

Bekymringsmelding fjernet

I februar 2006 publiserte Tidsskriftet en bekymringsmelding om tre av Jon Sudbøs artikler (1). To av disse artiklene er nå trukket tilbake (2, 3). Den tredje har gjennomgått fornyet faglig vurdering, og man har ikke funnet noe å utsette på den (4). Bekymringsmeldingen er derfor fjernet.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Haug C. Bekymringsmelding. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 413.
2. Warloe T, Aamdal S, Reith A, Bryne M. Tilbaketrekking av: Diagnostikk og behandling av forstadier til munnhulekreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2287.
3. Haug C. Tilbaketrekking av: Kjemoprevensjon av munnhulekreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 2287.
4. Sudbø J. Kjemoprevensjon – primærforebyggende behandling ved høy kreftrisiko. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1514–7.