

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 CO<sub>2</sub>. 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 CO<sub>2</sub>-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 CO<sub>2</sub>-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 ≥ 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.