

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Ambulansetjenesten og primærhelsetjenesten

Oddvar Førland og medarbeideres artikkel i Tidsskriftet nr. 11/2009 om samhandling innen prehospital akuttmedisin er kjærkommen og nyttig lesing (1). Halvor Nordby kommer med betimelig respons i nr. 15/2009, som representant for den første av landets paramedicutdanninger (2). Både artikkelforfatterne og respondenten er enige om at rolleavklaringene der ute er den store utfordringen (3).

Dette er ikke en ny debatt i Norge. En kikk på referanselisten i artikkelen til Førland og medarbeidere avslører at den har gått i *Utposten* i alle fall siden 2004 (4, 5). Omtrent like lenge har et prosjekt for å bedre nettopp samhandlingen mellom ambulansetjeneste og primærhelsetjeneste pågått i Nord-Norge. Om lag halvparten av de 80–90 kommunene i regionen har til nå fått trene i tverrfaglige lokale akuttmedisinske team etter en pedagogisk mal. Teamtreningkonseptet kalt Kommune-BEST ble beskrevet i Tidsskriftet i 2008 (6). Her er mange aktuelle helsepersonellgrupper, både allmennleger, ambulanspersonell, sykepleiere og helsesekretærer representert, noen steder også andre grupper. De lokale forhold vil avgjøre hvilke grupper man lokalt ønsker å trene til akuttmedisinsk innsats. Noen steder forefinnes ambulanse, men ingen legevaktlenger, andre steder er det lege, men ingen ambulanse. Forskriften avgrenser ikke det bindende kravet om trening i samhandling til kun å gjelde allmennleger og ambulanspersonell (7). Lokale forhold vil derfor kunne påvirke den interne rollefordelingen både inne på legekantoret, på sykestuen, i sykehjemmet, på legevakten og utenfor. Det er godt mulig Førland og medarbeidere har rett i at «rollefordelingen må konkretiseres og trenes lokalt» (1).

Helen Brandstorp

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Samhandling mellom ambulansarbeider og legevaktlege. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1109–11.
2. Nordby H. Samhandling mellom leger og ambulanspersonell. Leserbreve. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1484.
3. Førland O, Zakariassen E, Hunskaar S. Tilsvaretsrett. Samhandling mellom leger og ambulanspersonell. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1484.

4. Gilbert M. Allmennlegen må være en akuttmedisinsk ressurs! Er norske allmennleger engasjerte og motiverte for prehospital akuttmedisin? Utposten 2004; nr. 3: 22–8.
5. Brandstorp H. Allmennlegen som akuttmedisinsk teamleder med oversikt og innsikt. Utposten 2006; nr. 5: 7–11.
6. Utsi R, Brandstorp H, Johansen K et al. Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1057–59.
7. Forskrift av 18.3.2005 nr 252 om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Sol, D-vitamin og helse

Vi har tidligere vist at for pasienter med kreft er prognosen best hos dem som begynner behandlingen om høsten når D-vitaminstatusen er gunstigst. Men et forsvarlig D-vitaminnivå er godt for mer enn kreftprognose. Som et ferskt eksempel på dette vil vi nevne en artikkel i *Journal of Thrombosis Haemostasis* (1). En studie basert på 40 000 svenske kvinner viser at de som soler seg mest eller bruker solarier, har 30 % færre tilfeller av blodpropp enn andre. Dette er høye tall, sammenliknbare med dem vi finner for bedret kreftprognose.

Det er altså ikke tilstrekkelig å fokusere bare på hudkreftfarene forbundet med UV-stråling, men også på positive helseeffekter ved litt soling og bruk av solarier. Solen er hovedkilden til D-vitamin, og solarier virker på samme måte. En halv times sommersol midt på dagen gir like mye D-vitamin som 250 ml tran. Det er enkelt å oppnå sommerkvaliteter av D-vitamin om vinteren ved forsiktig solariebruk. Med D-vitaminet følger en rekke helseeffekter: Redusert risiko for å få kreft i indre organer, redusert fare for diabetes, multippel sklerose, beinskjørhet, influensa, hjerte- og karsykdommer osv. Det er grunn til å tro at til og med aldringen går saktere, fordi D-vitamin stabiliserer kromosomene litt (2).

Hvit hud ble utviklet da menneskene beveget seg nordover fra solrike ekvatorialområder fordi vi i disse områdene trenger mer D-vitamin. Svart hud må ha seks ganger mer sol enn hvit hud. Så viktig synes dette å være at en rekke forskjellige mutasjoner gir lysere hud. Asiatene har for eksempel andre mutasjoner i de melaninrelaterte genene enn vi har.

Jevn UV-eksponering er minst farlig. Observasjoner fra den tiden bønder og fiskere ennå var jevnlig ute i solen, viser at

disse gruppene fikk melanomer sjeldnere enn ventet. Solkremer, brukt i anbefalte doser, fjerner nesten all D-vitaminsyntese, men hindrer solbrenthet som er særlig hudkreftdannende. Det ville være sunt å opprettholde et sommernivå av D-vitamin gjennom vinteren, slik menneskene hadde det den gangen alle bodde under ekvator (3).

Asta Juzeniene

Johan Moan

Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet

Litteratur

1. Lindqvist PG, Epstein E, Olsson H. Does an active sun exposure habit lower the risk of venous thrombotic events? J Thromb Haemost 2009; 7: 605–10.
2. Richards JB, Valdes AM, Gardner JP et al. Higher serum vitamin D concentrations are associated with longer leukocyte telomere length in women. Am J Clin Nutr 2007; 86: 1420–5.
3. Moan J, Porojnicu AC, Dahlback A et al. Addressing the health benefits and risks, involving vitamin D or skin cancer, of increased sun exposure. Proc Natl Acad Sci USA 2008; 105: 668–73.

Informert samtykke ved mammografiscreening

Jeg har tidligere i Tidsskriftet etterlyst fyllestgjørende informasjon til kvinner som inviteres til å delta i mammografiscreening (1). Informasjonen er fortsatt mangelfull fordi det ikke informeres om psykiske og sosiale skadevirkninger av falskt positive funn. Det informeres også mangelfullt om faren for overdiagnostikk ved at ikke-biologisk kreft diagnostiseres og behandles som kreftsykdom. Legeforeningens etiske råd vil ikke engasjere seg i denne saken da de mener at et helsetjenestetiltak iverksatt av myndighetene ligger utenfor rådets myndighetsområde.

Det er fortsatt kritikkverdige at myndighetene ikke vil etterleve reglene for informert samtykke på dette området. Det eksisterer derved en tydelig diskrepans mellom den informasjon som gis til menn i forbindelse med PSA-screening og den informasjon som kvinner får i forbindelse med mammografiscreening. Myndighetene mener med andre ord at menn kan gjøre sine beslutninger basert på avveininger mellom fordeler og ulemper, mens kvinner bør oppildnes til deltakelse gjennom slagord å la «En enkel undersøkelse kan redde liv!». Kravet om fullt informert samtykke har