

Hilsningsritualer er ikke for de spesielt interesserte. Nylig gikk «hjertekirurgenes tidligere sjef, Mons Lie, i strupen på nåværende sjef Otto A. Smiseth og resten av ledelsen ved Oslo universitetssykehus» (2). Bakgrunnen var at en alvorlig hjertesyk pasient ble vekket opp av narkose rett før operasjonen og overflyttet fra Ullevål til Rikshospitalet, hvor han døde kort etter operasjonen. Lie innledet e-posten på følgende måte: «Kjære Otto» – Smiseth svarte med «Hei».

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem (f. 1970) er dr.med. og assisterende sjefredaktør i Tidsskriftet.

Litteratur

1. Hem E. Privat eller profesjonell. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2141.
2. Gjerding ML, Utheim E, Sæther AS et al. «Hvor mange pasienter synes du det er rimelig å ofre, Otto?» VG 16.11.2012: 6–7.

Livsviktige medisiner som mangler



Jeg er glad for at det er kommet en liste over viktige medisiner og utstyr til å redde kvinner og barn, slik Lie og medarbeidere beskriver det i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Allikevel er jeg nokså overrasket over listens innhold. Jeg vet at den initialt var lengre. Jeg ville trodd at sterile hansker var viktigere enn kvinnelig kondom. Jeg ville trodd at fungerende blodtryksapparater og apparater for å måle hemoglobinnivå var helt essensielt. Disse tingene kom ikke med. Det kan være at prioriteringene ser ulike ut fra ulike ststeder. Fra min erfaring i Afrika ser jeg at mange ikke vet når de skal føde, ikke får målt blodtrykket og ikke vet om de har anemi.

Men det er noe som er mer alarmerende, og det er at medisiner og utstyr som er billige og som kan redde kvinner fra å dø av farlig abort ikke er med. Manuelle vakuumaspirasjonsinstrumenter er både billige og livreddende. Medikamenter som misopristol kan også brukes for å stoppe blødning etter abort (eller igangsette abort der loven ikke forbyr det, som det så pent heter). Opptil en tredel av mødredødsfallene skyldes farlige aborter. Hvorfor har ikke legemidler mot dette kommet med på listen? Skyldes det politisk ambivalens? Eller det at man ikke har tenkt på det?

Johanne Sundby

johanne.sundby@medisin.uio.no

Johanne Sundby (f. 1951) er professor I ved Seksjon for internasjonal helse ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Lie SO, Apeland BG. Livsviktige medisiner til kvinner og barn. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2150.

Publisert som rask respons i nettutgaven 23.10. 2012

Lavere inntekt, dårligere helse?

Jeg takker Vidar Hjellvik og medarbeidere for en interessant artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Det er forståelig at innbygere i Norge med høyere utdanning og god lønn har økonomi til å finansiere alternative behandlingsmetoder for sine «problemer». Det er for lett tilgang på narkotika og vanedannende medisiner. Jeg tror faktisk personer med lavere inntekt oftere tyr til en medisinsk behandlingsmetode. Forestill deg for eksempel antidepressiver kontra en samtale med psykolog.

Det er både lønnsommere med medisiner, og det gir forhåpentligvis raskere behandling av eventuelle «problemer». Legene må henvise, ikke misbruke retten sin ved å forskrive så lekende lett.

Mahdi Michael Fattouhi

michaelfattouhi@gmail.com

Mahdi Michael Fattouhi er student.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hjellvik V, Mahic M, Tverdal A. Utdanning og legemiddelbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2166–70.

Publisert som rask respons i nettutgaven 26.10. 2012

Høna eller egget?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 19/2012 påviser Vidar Hjellvik og medarbeidere at den delen av befolkningen som har lavest utdanning, har høyest uttak av nesten alle typer medikamenter (1). En fellesnevner for en god del av disse medikamentene er at de på en eller annen måte griper inn i inflammasjonsprosesser. Dette gjelder blant annet TNF- α -hemmere, midler mot obstruktiv lungesykdom, protonpumpehemmere og statiner. Forfatterne fant også høyere uttak av antidepressiver og sovemidler hos dem med kortest utdanning.

De diskuterer en rekke mulige årsaker til de forskjellene som er observert. Lars Slørdal kommer med flere innspill i en lederartikkel i samme nummer av Tidsskriftet (2). Ingen av dem trekker bastante konklusjoner, selv om begge antyder at sosiale forskjeller i helse kan spille inn.

Da jeg så listen over de medikamentene som var mest skjevfordelt i forhold til utdanningsnivå, tok jeg frem igjen en artikkel av Linn Getz og medarbeidere (3). Her beskrives meget grundig endringer i kroppens biologiske funksjoner som følge av kronisk stress, krenkelser og overgrep. En fellesnevner er inflammasjon.

Som følge av dette vil jeg bringe til togs enda en mulig forklaring på forskjellene i uttak av medikamentgruppene som er nevnt over: En større andel av dem med lav utdanning enn av dem med høyest utdanning har stressomme liv. Kronisk stress og liten følelse av styring og kontroll over livet kan føre til inflammasjon. Dersom denne forklaringen er riktig, er de observerte forskjellene i medisintak logisk og rasjonell, men ikke oppmuntrende. Dette bør anses politisk og helsearbeidere til å arbeide enda sterkere for å utjevne sosiale forskjeller i helse og gi innbyggerne optimal kontroll over sine liv. Kanskje det til og med kan spare noen utgifter til inflammasjonsdempende medikamenter?

Dagfinn Haarr

dhaarr@online.no

Dagfinn Haarr (f. 1952) er allmennpraktiserende lege/fastlege ved Sentrum legesenter, Kristiansand. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Hjellvik V, Mahic M, Tverdal A. Utdanning og legemiddelbruk. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2166–70.
2. Slørdal L. Høna, egget og forskjellene. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2142.
3. Getz L, Kirkeengen AL, Ulvestad E. Menneskets biologi – mettet med erfaring. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 683–7.

Publisert som rask respons i nettutgaven 6.11. 2012

Uberettiget kritikk

Tusen takk for anmeldelsen av *Elektrolyttveileder* i Tidsskriftet nr. 19/2012 (1). Vi vil gjerne knytte noen kommentarer til den. Det står at heftet er gratis, noe som ikke stemmer helt. Den er tilgjengelig på helsebiblioteket.no, men den trykte versjonen koster kr 45, kr 35 dersom man bestiller 50 eller flere eksemplarer. Dette går til trykk og forsendelse. Vi informerte om dette i e-post til Tidsskriftet da vi ba om en omtale av veilederen.

Vi synes at en del av kritikken mot veilederen er uberettiget. Hans Flaatten skriver at omtale av den viktigste elektrolyttforstyrrelsen, nemlig hypokalemi, mangler. Under avsnittet om kalium står det imidlertid om anbefalt dosering, maksimal konsentrasjon, maksimal infusjonshastighet, forsiktighetsregler og monitorering. Videre skriver han at det bør stå anbefalt hastighet for korrigerende av hyponatremi. Dette står under avsnittet om natrium.

Flaatten skriver at under omtale av kalsiumklorid står en indikasjon som ikke har med hyperkalsemi eller hypokalsemi å gjøre, nemlig hypokalemi. Dette stemmer ikke, da vi har tatt med dosering av kalsiumklorid ved hyperkalsemi, noe som er en viktig del av akuttbehandlingen av pasienter med alvorlig hyperkalsemi. Vi anså det som viktig å ha med dette, da vi omtaler bruk av kalsiumklorid under dette avsnittet. Det at dette burde være tatt med under et eget avsnitt om hyperkalsemi er vi helt enige i, og dette vil komme i neste utgave.

Tidsskriftet ble informert om at neste utgave av veilederen kommer til å inneholde mer detaljerte prosedyrer for samtlige elektrolyttforstyrrelser. Denne opplysningen synes ikke å ha blitt brakt videre til Flaatten, hvilket var litt uheldig. Punktene over kan gi feilaktig inntrykk av veilederen for lesere som ikke er kjent med den.

Vi takker igjen for omtalen av *Elektrolyttveileder*. Hvis Tidsskriftet velger å omtale 2. utgave når den kommer, håper vi at dere vil sørge for at omtalen er mer nøyaktig.

Kiarash Tazmini
kiakol3@gmail.com
Tonje T. Johansen

Kiarash Tazmini (f. 1976) er lege ved Diakonhjemmet Sykehus og stipendiat ved Diakonhjemmet Sykehus og Institutt for eksperimentell medisinsk forskning (IEMF), Oslo universitetssykehus, Ullevål. Han er en av forfatterne av veilederen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tonje T. Johansen (f. 1970) er cand.pharm., klinisk farmasøyt ved Diakonhjemmet sykehusapotek og mastergradsstudent i erfaringsbasert klinisk farmasi ved Universitetet i Oslo. Hun er den andre forfatteren. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Flaatten T. Væske- og elektrolyttbehandling – en god veileder. Anmeldelse av: Tazmini K, Johansen TT. Elektrolyttveileder. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2196.

Publisert som rask respons i nettutgaven 27.10. 2012

Evolusjonær tilpasning og kronisk utmattelsessyndrom

Rune Karlson mener i Tidsskriftet nr. 4/2012 at kronisk utmattelsessyndrom er en tilpasning i evolusjonær forstand som har fungert som en adaptiv barriere mot kollaps i fortiden (1). Jeg mener det er mer sannsynlig at sentrale årsaker til kronisk utmattelsessyndrom er nye miljøfaktorer som ikke eller i langt mindre grad var til stede i fortidsmiljøet og som vi derfor verken tåler godt eller har effektive forsvarsmekanismer mot (2). Når sykdomstilstanden først er utløst av infeksjoner, vaksiner eller dramatiske livshendelser, vil slike evolusjonært sett nye faktorer bidra til å vedlikeholde den. Dette kan for eksempel være endringer i kostholdet eller eksponering for kjemiske og/eller fysiske miljøfaktorer. Disse bidrar til at personen forblir i en alvorlig kronisk sykdoms- og stresstilstand (2).

Karlson svarer med at forutsetningen for at kronisk utmattelsessyndrom kan være en tilpasning, er at personer med omsorgsansvar blir vernet av gruppen de tilhører, selv når de er inne i en langvarig og plagsom utmattelse. Hans premiss for å forstå kronisk utmattelsessyndrom som en adaptiv barriere mot kollaps er at mennesker kan overleve i lange perioder uten optimalt overskudd og årvåkenhet fordi vi lever i gjensidig forpliktende og beskyttende grupper (3).

Et slikt argument kan brukes for enhver sykdom. Det har lenge vært karakteristisk for vår art at en storfamilie, eventuelt støttet av et nettverk av ubeslektede individer, tar del i omsorgen for syke mennesker, eventuelt deres barn. Det er derfor ikke noe som spesifikt har med kronisk utmattelsessyndrom å gjøre.

Mitt hovedpoeng er derfor at kronisk utmattelsessyndrom primært skyldes nyere miljøfaktorer. Da er det ikke noe behov for å konstruere et adaptivt scenario for hvorfor en slik tilstand kan ha vært fordelaktig i fortidsmiljøet, slik Karlson har gjort. Hvis fremtidig forskning finner bred støtte for den typen årsaksfaktorer jeg har skissert, har den samtidig underminert Karlsons adaptive hypotese. Tilstander som skyldes moderne miljøfaktorer, trenger ingen adaptive hypoteser om fordelaktige effekter i fortidsmiljøet. Så vidt jeg vet, foreligger det ingen forskning som underbygger at denne tilstanden er påvist eller utbredt hos mennesker som i moderne tid har en livsstil som jegere og sankere. Den typen livsstil brukes ofte som en (forenklet) modell for hvordan fortidens liv har vært i lange tidsrom før jordbruket oppsto.

Iver Mysterud
mysterud@bio.uio.no

Iver Mysterud (f. 1966) er dr.philos. i biologi. Han er tilknyttet Biologisk institutt ved Universitetet i Oslo som forsker/foreleser og er fagredaktør i helsemagasinet VOF. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Karlson R. En evolusjonær forståelse av kronisk utmattelsessyndrom. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 400–1.
2. Mysterud I. Kronisk utmattelsessyndrom og evolusjon. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1060.
3. Karlson R. Kronisk utmattelsessyndrom og evolusjonær tilpasning. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1317.

Publisert som rask respons i nettutgaven 7.8. 2012