

Vegard Lysne (f. 1988) er klinisk ernæringsfysiolog og forsker ved Haukeland Universitetssykehus.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Benestad HB. Paradoksal virkning av kunstige søtningmiddel. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 321.
2. Miller PE, Perez V. Low-calorie sweeteners and body weight and composition: a meta-analysis of randomized controlled trials and prospective cohort studies. Am J Clin Nutr 2014; 100: 765–77.
3. Hill JO. What do you say when your patients ask whether low-calorie sweeteners help with weight management? Am J Clin Nutr 2014; 100: 739–40.
4. Helsedirektoratet. Utvikling i norsk kosthold 2014. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/802/Utviklingen-i-norsk-kosthold-2014-IS-2255.pdf> (7.3.2015).

## Re: Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler

I en nyhetssak i Tidsskriftet nr. 4/2015 (1) omtales en ny studie fra Nature (2). Det er rart at artikkelen ikke nevner noe om mengdene som ble gitt til musene og de syv personene som deltok i studien. Her ble det gitt sakkarin tilsvarende øvre tolerable grense (ADI) på 5 mg/kg kroppsvekt, noe som for en voksen på 70 kilo tilsvarer 6 liter sakkarinsøtet lettbrus (sakkarin brukes som regel ikke lenger i drikkevarer), eller 90 suketter per dag. Hos menneskene ble dette fordelt på tre doser per dag.

Blant lettbrusforbrukere i Norge er inntaket av sakkarin langt under ADI. Vitenskapskomiteen for Mattrygghet har videre estimert at selv om alt sukker i brus og saft ble byttet ut med kunstige søtstoffer, ville inntaket i befolkningen være langt under denne grensen (3, 4). Merk også at forskerne ikke undersøkte effekten av mer brukte søtstoffer som aspartam eller sucralose.

At forskerne fant en sammenheng mellom inntak av søtningmidler og metabolske risikofaktorer i tverrsnittstudien er ikke uventet, ettersom mange som inntar sukkerfrie søtningmidler gjør det som en konsekvens av at de er overvektige eller har høyt blodsukker, ikke omvendt. Når det gjelder den lille intervensjonsstudien bidrar blant annet fraværet av en kontrollgruppe til at det er vanskelig å si om sammenhengen med glukoseintoleranse var kausal eller tilfeldig.

#### Erik Arnesen

[erikarnesen@hotmail.com](mailto:erikarnesen@hotmail.com)

Erik Arnesen (f. 1986) er helsefaglig rådgiver og har en mastergrad i samfunnsnærings.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Benestad HB. Paradoksal virkning av kunstige søtningmidler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 321.
2. Suez J, Korem T, Zeevi D et al. Artificial sweeteners induce glucose intolerance by altering the gut microbiota. Nature 2014; 514: 181–6.
3. Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Impact on health when sugar is replaced with intense sweeteners in soft drinks, 'saft' and nectar. Rapport nr. 1/2007. Oslo: Vitenskapskomiteen for mattrygghet, 2007.
4. Vitenskapskomiteen for mattrygghet. Risk assessments of cyclamate, saccharin, neohesperidine DC, steviol glycosides and neotame from soft drinks, «saft» and nectar. Oslo: Vitenskapskomiteen for mattrygghet, 2014. [www.english.vkm.no/eway/default.aspx?pid=278&trg=Content\\_6444&Main\\_6359=6582:0:31,2565&Content\\_6444=6393:2066981::0:6596:1::0:0](http://www.english.vkm.no/eway/default.aspx?pid=278&trg=Content_6444&Main_6359=6582:0:31,2565&Content_6444=6393:2066981::0:6596:1::0:0) (9.3.2015).

## Re: Når eldre tar sitt eget liv – gjør det noe?

Jeg leste med glede Ildri Kjølheths velskrevne kronikk om selvmord blant eldre i Tidsskriftet nr. 4/2015 (1). Hun bidrar vesentlig til en dypere og mer nyansert forståelse av et vanskelig og dypt alvorlig spørsmål. Jeg synes det er særlig betimelig at forfatteren, slik jeg leser henne, er så klar på at dette ikke først og fremst handler om bedre instrumentelle løsninger (selv om det også

trengs). Forfatteren skriver om betydningen av tap av opplevelse av kontroll og håp. Egentlig må all behandling og omsorg ha som mål å øke den lidendes opplevelse av kontroll over sitt eget liv – som enn aldri så lite. Behandling som ikke når dette målet kan være «medisinsk» vellykket, men av liten verdi for personen den gjelder. Bare å øke forutsigbarhet uten andre tiltak gir en vesentlig bedret opplevelse av kontroll. Dyreforsøk viser for eksempel at hvis en stressor kommer til forutsigbare tidspunkter, tåler dyret mye mer før det viser atferdsmessige og nevrobiologiske tegn på lært hjelpeløshet (brukt som modell for depresjon) (2). Det er ingen grunn til å tro at det er annerledes hos mennesker. Men poenget er jo dessverre som forfatteren fremhever: hvis ikke holdninger endres, kommer ikke praksis til å endres vesentlig. Hvis ikke målet er viktig nok – fordi vår holdning dypest sett er at gamle skrøpelige mennesker har liten verdi – blir ikke tiltak som kan øke deres kontroll over eget liv prioritert. Og hvor viktig målet er, vises ikke ved uendelige gjentakelser av honnørord, men gjennom handlinger.

#### Per Brodal

[pabrodal@gmail.com](mailto:pabrodal@gmail.com)

Per Brodal (f. 1944) er professor emeritus ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Kjølheth I. Når eldre tar sitt eget liv – gjør det noe? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 346–8.
2. Maier SF. Learned helplessness and animal models of depression. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry 1984; 8: 435–46.

## Re: Legelivsstil

I Tidsskriftet nr. 4/2015 skriver Olaf Aasland at «Det finnes knapt en friskere yrkesgruppe i Norge enn legene» og at «Leger er levende dokumentasjon på hva slags helse man kan forvente i en populasjon som har optimal kunnskap om god helseatferd» (1). I samme utgave av Tidsskriftet skriver Erlend Hem at «Leger har forhøyet selvmordsrate» (2). Dette må vel være et helseparadoks, eller..?

#### Rolf-Inge Nodberg

[nodber@live.no](mailto:nodber@live.no)

Rolf-Inge Nodberg (f. 1959) er manuellterapeut.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Aasland OG. Legelivsstil. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 362.
2. Hem E. Selvmord blant leger. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 305.

## O.G. Aasland svarer:

Jeg vil ikke kalle det et helseparadoks. Legenes selvmordsrater går nedover og nærmer seg befolkningens. I et folkehelseperspektiv oppveies legenes noe høyere selvmordsdødelighet av lavere dødelighet på de viktigste dødsårsakene (1). Dessuten er legenes selvmordstanker ikke mer frekvente enn i andre grupper (2).

#### Olaf Gjerløw Aasland

[olaf.aasland@legeforeningen.no](mailto:olaf.aasland@legeforeningen.no)

Olaf Gjerløw Aasland (f. 1944) er seniorforsker og professor ved Lege-forskningsinstituttet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T et al. Mortality among Norwegian medical doctors 1960–2000. BMC Public Health 2011; 11: 173.

2. Rosta J, Aasland OG. Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 322.

## Re: Kommuniserbar sykdom

Jeg er enig i at mediene kan påvirke folks helse negativt, slik Sigurd Høye skriver på lederplass i *Tidsskriftet* nr. 3/2015 (1). Vi tenker sjelden på hva som skjer med mennesker som via medier får servert grusomme inntrykk fra alle kanter av verden. Tragiske bilder og tekster fra naturkatastrofer og kriger fyller TV-skjermer og første-sider i avisene. Tilskuere og lesere er emosjonelt og etisk nødt til å ta stilling til ubehagelige saker. Grusomme bilder vekker reaksjoner og kan traumatisere folk som ikke har evne til å bearbeide så store mengder ondskap og smerter. Grupper som mediene stigmatiserer kan få dårlig kvalitet på livet og helsen (2), og bli værende i en tilstand hvor de er i beredskap for å forsvare seg.

Jeg har drevet med forskning rundt dette temaet i tidligere Jugoslavia og fant at medieoverførte traumer øker antall psykosomatiske sykdommer, spesielt stress ulcerus (bløende mavesår), hjerte- og hjerneinfarkter (3). Folk som ikke har deltatt aktivt i krigen ble rammet av slike sykdommer mer enn de som har deltatt i krig fra det samme miljø.

Nye teorier viser til nødvendigheten av en defensiv orientert respons i farlige situasjoner (4, 5). I overført (sekundær) traumatisering finnes ikke de defensive responser. Aktivisering av det autonome nervesystemet er til stede, men hjelpeløshet blokkerer forsvaret. Kort sagt: Det finnes ikke egnet forsvar for de som rammes av medieoverførte traumer. Forsvarssystemene deres blir overbelastet og utslitt i det lange løp.

Jeg mener det er viktig at både mediene og helsepersonell forstår dette. Det er mulig at bilder og tekst som utløser adrenalinrespons kan virke nedbrytende på helsen for noen.

**Sarah Zorica Mitic**  
zormitic@gmail.com

Sarah Zorica Mitic (f. 1956) er overlege i anestesi ved Oslo universitetssykehus og SE traumeterapeut. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Høye S. Kommuniserbar sykdom. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 209.
2. Gina Ross. *The media and the understanding of the trauma vortex at the political level*. Los Angeles, CA: Trauma Healing Institute, 2010.
3. Mitic ZS. Stress ulcerus som uttrykk for psykisk stress under krigsomstendigheter i Smederevoområdet (Serbia) i perioden 1990–1993. Mastergradsavhandling. Beograd: Tverrfaglig Institutt, Universitet i Beograd, 1995.
4. Levine PA. Somatic experiencing trauma institute. <http://traumahealing.org/> (9.3.2015).
5. Porges SW. *The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York, NY: Norton, 2011.

## Re: Kjernejournalen som arbeidsverktøy?

Kommentartikkelen «Kjernejournalen som arbeidsverktøy» konkluderer med at «Journalens endelige form må utformes gjennom prosjekter både i og utenfor sykehus» (1). Barnehjerteseksjonen, Rikshospitalet (BHS-RH), har siden 1990 hatt sin egen elektroniske journal Berte (navnet dannet av ordene Barne-hjerte) for pasientgruppen barn med hjertefeil/hjertesykdommer. 25 års erfaring med denne viser at det ikke nødvendigvis behøver å være konflikt mellom en komplett journal og en oversiktlig journal.

I Berte er *kontaklinjen* et sentralt element. En kontakt kan være en konsultasjon, en behandling, en telefonsamtale, et røntgen-svar, en innkommet epikrise, en tanke osv. Det opprettes en ny kon-

taklinje hver gang det skjer noe vis à vis pasienten. Bertes motto er: «Data skal registreres der de oppstår når de oppstår». Derfor blir en kontaklinje opprettet omgående av den i teamet som står for kontakten. I kontaklinjen skrives det vesentlige ved kontakten i telegramstil med ca. 80 tegn til rådighet. Eksempelvis: «Spt-fri, card.bilyd. m-VSD, henv. op». Ved å rulle seg nedover kontaklinjene på skjermen får man kjapt en god oversikt over pasientens sykehistorie.

Kontaklinjene er gruppert i *kontakttyper*, eksempelvis «konsultasjon», «operasjon» etc. Ved et tastetrykk kan man velge om man ønsker å lese eller skrive ut på papir kontaklinjene for alle kontakttyper eller for bare et utvalg av disse.

Til hver kontaklinje kan det knyttes en eller flere *journal-sider*. Dette kan være det komplette skrevne journalnotat, en mottatt epikrise, et foto, en EKG-registrering osv. Journalsidene er skjult, inntil man ved et museklikk på kontaklinjen aktiverer den aktuelle journalside.

Hver gang en pasient åpnes i Berte, møter man et vindu med *Resymé*, dette viser hele pasientens samlede sykehistorie på én linje. Eksempelvis kunne denne være slik: «VSD op+ reop. Liten AoI. CoA». Dessuten finnes et eget meget i øyefallende felt med viktig informasjon om medikamentintoleranse mm.

Ved denne kombinasjonen av stikkordsmessig informasjon, som er meget oversiktlig og lett tilgjengelig, og komplett informasjon, som er logisk tilordnet den stikkordsmessige og som enkelt fås frem med et tastetrykk, har BHS-RH fått et journalsystem som tilfredsstiller kravet til samtidig oversiktighet og fullstendighet. Streng og kontinuerlig internjustis har medført at det å holde Berte oppdatert til en hver tid er blitt en selvfølge.

I Berte finnes også en alarmfunksjon som sikkerhet mot at noen pasienter faller ut av oppfølging. Ved hver kontakt justeres alarmdato, og når en satt alarmdato overskrides, utløses automatisk en alarm. Berte har for øvrig mange andre aspekter som gjør det hensiktsmessig i daglig bruk, for eksempel ferdigdefinerte rapporter og rapportgenerator egnet til forskning, osv..

Berte ble utviklet i 1989 av Victoria Data, firmaet som senere ble til DIPS, og disse sto for en signifikant oppgradering av Berte til Windows-basert program i 2002. For brukerne er det derfor mange likhetspunkter mellom Berte og DIPS. Kombinasjonen av øyeblikkelig oppdatering, oversiktighet og fullstendighet har gjort Berte til en brukersuksess (2) i en klinisk setting med stort pasientgjennomtrekk og svært mange kontakter til og fra andre instanser.

**Petter S. Hagemo**  
pshagemo@broadpark.no

Petter S. Hagemo (f. 1943) er spesialist i pediatri, mangeårig overlege ved Barnehjerteseksjonen, Rikshospitalet, nå pensjonist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Haffner J. Kjernejournalen som arbeidsverktøy? *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 112.
2. Andersen R. Berte – en case-studie ved Barnehjerteseksjonen på Rikshospitalet. Prosjektrapport i IN364. Oslo: Institutt for informatikk, Universitetet i Oslo, 1997.

### J. Haffner svarer:

Jeg er imponert over at Barnehjerteseksjonen på Rikshospitalet innførte en betydelig forbedring av journalen allerede i 1990. Så vidt jeg kan forstå er den viktigste forbedringen for oversikten det som står i 5. avsnitt: «Hver gang en pasient åpnes i Berte, møter man et vindu med Resymé, dette viser hele pasientens samlede sykehistorie på én linje. Eksempelvis kunne denne være slik: «VSD op+ reop. Liten AoI. CoA». Dessuten finnes et eget meget i øyefallende felt med viktig informasjon om medikamentintoleranse mm.» Hvis journalen skal være allmenngyldig, tror jeg imidlertid at det er

&gt;&gt;&gt;