

- Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Ebola er ikke Sierra Leones største problem

Takk til forfatterne for en interessant artikkel i Tidsskriftet nr. 23–24/2015 om helseutfordringene i Sierra Leone (1). Mange, både nasjonale og utenlandske helsearbeidere, gjorde en fantastisk innsats mot ebola. Men det er tankevekkende at det kanskje var de forholdsvis få sykdomstilfellene blant internasjonale helsearbeidere, og potensialet for smitte til vestlige land, som bidro mest til den massive hjelpen som ble gitt etter hvert.

Som forfatterne påpeker, var dårlig utbygde nasjonale helse-systemer i de aktuelle landene antagelig den viktigste årsaken til at epidemien ble så alvorlig.

Helsesystemer bygges ikke over natten. I årene fra 1972 til 1996 ga Norge betydelig støtte til utvikling av primærhelsetjenesten i Botswana. Det ble satset på utbygging av infrastruktur (helseposter, klinikker og boliger for helsepersonell) på landsbygda og det ble gitt personellstøtte, særlig til distriktshelseteam. I tillegg bidro Norge til å bygge opp et robust system for innkjøp og distribusjon av legemidler og til utvikling av tannhelsetjeneste.

Primærhelsetjenesten i Botswana regnes for en av de beste i Afrika. Selv om dette kan tilskrives flere forhold, ikke minst en god økonomisk utvikling, mener mange at det norske bidraget var vesentlig. Vi snakker da om en vid tilnærming gjennom mer enn 20 år (2).

Norge bidrar med store summer til det Globale fondet og til den globale vaksinealliansen. Men kunne vi ikke også gjøre noe lignende i Sierra Leone som vi gjorde i Botswana?

Tore Wælgaard Steen
torewsteen@hotmail.com

Tore W Steen (f. 1950) er smittevernoverlege i Helseetaten, Oslo kommune.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Tranvåg EJ, Onarheim KH. Ebola er ikke Sierra Leones største problem. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2192–3.
2. Evaluation of Norwegian health sector support to Botswana. Report 10/2011. Oslo: Norad, 2012.

E.J. Tranvåg & K.H. Onarheim svarer:

Vi vil takke Tore Wælgaard Steen for positiv respons på og refleksjoner rundt vår artikkel. Norads evaluering av Norges langsiktige støtte til oppbyggingen av primærhelsetjenesten i Botswana er et interessant eksempel på hvordan historien kan lære oss mye (1). Tidligere erfaringer fra Botswana og fra dagens ebola-diskusjoner er viktige når vi ønsker å forbedre dagens og fremtidens helse-systemer. En rapport nylig publisert i The Lancet fremhever store mangler i nasjonale og internasjonale institusjoner med ansvar for å forebygge, oppdage og respondere på slike utbrudd (2).

Men som vi skriver i artikkelen vår, respons på sykdomsutbrudd må regnes som en bonus – og bare en del av oppgavene til et sterkt og godt fungerende helse-system. Land må ha muligheten til å forebygge og behandle de sykdommene som er tilstede her og nå, i tillegg til å sikre seg mot fremtidige trusler. I løpet av de siste 96 dagene av 2015, fra den siste ebola-pasienten testet negativt i Sierra Leone 26.09.15 (3) og ut året, har malaria og luftveisinfeksjoner tatt flere liv enn det ebolaviruset gjorde under hele epidemien (egne kalkulasjoner, basert på (4)). Nettopp derfor må prioriteringene våre styres av gode og rettferdige kriterier.

I et nylig publiserte notatet fra Civita om norsk helsebistand bemerkes det at «[det] er ingen vei til bærekraftig bedring av folkehelse utenom nasjonale systemer og nasjonalt eierskap.» (5) De peker også på Norges sterke økonomi og oppslutning rundt bistand og mulighetene dette gir til å fokusere på blant annet helsesystemer. Vi er enig i dette og mener Norge bør prioritere satsning på helse-systemer høyere enn i dag.

Eirik Joakim Tranvåg
eirik.tranvag@uib.no
Kristine Husøy Onarheim

Eirik Joakim Tranvåg (f. 1984) er lege og jobber i forskningsgruppen Globale helseprioriteringer ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kristine Husøy Onarheim (f. 1987) er lege og ph.d.-student i forskningsgruppen Globale helseprioriteringer ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Evaluation of Norwegian health sector support to Botswana. Report 10/2011. Oslo: Norad, 2012.
2. Moon S, Sridhar D, Pate MA et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. Lancet 2015; 386: 2204–21.
3. 2014 Ebola Outbreak in West Africa – Case Counts. www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html (21.12. 2015).
4. HELLERINGER S, NOYMER A. Magnitude of Ebola relative to other causes of death in Liberia, Sierra Leone, and Guinea. Lancet Glob Health 2015; 3: e255–6.
5. Hegertun N, Wilhelmson SR. Civita-notat 31/2015 «Norsk helsebistand: fra helseklinikk til global politikk. www.civita.no/publikasjon/nr-31-norsk-helsebistand-fra-helseklinikk-til-global-politikk (18.1.2016).

Re: Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati – sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling

Retorisk utmattelsessyndrom. Det er synd at debatten om kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati er så betent at en kronikk om sykdomsmekanismer, diagnostikk og behandling i Tidsskriftet nr. 23–24/2015 munner ut i en høystemt hyllest av sannheten som man tilsynelatende selv mener å ha et ganske godt grep om (1). Dette i motsetning til synsende meningsmotstandere som mangler kompetanse og etisk standard, og som farer med retorikk og «vitenskapelig abdikasjon». Abdikasjon betyr å si fra seg embete eller verdighet, og brukes gjerne om monarker. Vi snakker med andre ord om knall og fall og retorikk på svært høyt nivå. Denne høyden er neppe et fjell av solid empirisk kunnskap, noe det ser ut til å være lite av ved denne gåtefulle tilstanden.

Jeg har ingenting imot Wyller og medarbeideres modell for forståelse av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati, som integrerer psyke og soma. Et problem kan imidlertid være at en slik forklaringsmodell vanskelig lar seg teste som en vitenskapelig hypotese. Enten man finner eller ikke finner biologiske forandringer er det like forenlig med forklaringsmodellen.

Redaktør Are Brean skriver at skillet mellom «psykisk» og «fysisk» står i veien for en integrert forståelse av mennesket (2). Det kan man vanskelig være uenig i. Erfaringer som oppdagelsene av *Helicobacter pylori* ved magesår, NMDA-reseptorantistoffer ved

>>>