

Dette har vi visst lenge!

I Tidsskriftet nr. 7/2013 var det informasjon om en ny Cochrane-analyse om generell helsekontroll (1). Allerede i 1980-årene lærte jeg at det eneste ved en helsekontroll som kan gi noen gevinst, er å måle øyetrykket og å rektaleksplorere. Om heller ikke dette har effekt, vet jeg ikke, men det høres uansett som om ny forskning bekrefter «det alle har visst lenge»!

Aage Sand

a-san@online.no

Aage Sand (f. 1941) er overlege ved Medisinsk klinikk ved Sørlandet sykehus og spesialist i allmenmedisin. Han er skolelegevikar og vikar ved ulike legepraksiser. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Høye S. Helsekontroll gir ingen helsegevinst. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 743.

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 4.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2991307/>

Oppfølging etter 22. juli

Manglende beredskapsretningslinjer ble omtalt i Tidsskriftet nr. 7/2013 (1). Oppfølgingen av de anbefalte tiltakene etter 22. juli er godt i gang.

Helsedirektoratet vurderer og utreder tiltak og gjennomføring i samarbeid med de regionale helseforetakene, Kommunesektorens organisasjon (KS), Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap. Noen tiltak er allerede gjennomført, andre er til utredning. Tiltak som har relevans for beredskapen ved store ulykker er blant annet følgende:

- Helsedirektoratet har nylig anbefalt at sentrale helsemyndigheter finansierer et nasjonalt innkjøp og distribusjon av bæreposer med lette katastrofebærer og ulltepper
- Helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene utarbeidet utkast til standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner og dekomponerte ulykker. Utkastet ble sendt på høring med frist 10.4. 2013 (2)
- Hendelsene 22. juli viste at gjeldende planverk for organisering av større skadesteder (*Redningshåndboken*) ikke er oppdatert. Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin ved Oslo universitetssykehus (NAKOS) har på oppdrag fra Helsedirektoratet satt i gang et prosjekt med å utarbeide et revidert planverk for helsetjenestens organisering av større skadesteder. Et første utkast vil bli fremlagt for nødetatens felles samarbeidsforum i nær fremtid, med henblikk på en tverretattlig forankring av det videre arbeidet. Planverket forutsettes lagt til grunn for en revidert utgave av *Redningshåndboken*.

Uavhengig av myndighetenes og helsetjenestens oppfølgingstiltak vil vi minne om at både kommunene og de regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å organisere tjenesten slik at de er tilstrekkelig rustet i hverdag og ved større eller mindre hendelser.

Cecilie Daae

postmottak@helsedir.no

Cecilie Daae (f. 1962) er divisjonsdirektør i Helsedirektoratet og sitter i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rehn M. Manglende retningslinjer for beredskap ved store ulykker. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 744.
2. Forslag til nasjonal standard for triagering av pasienter i masseskadesituasjoner. <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/-forslag-til-nasjonal-standard-for-triagering-av-pasienter-i-masseskadesituasjoner.aspx> (10.5.2013).

Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 4.3. 2013. <http://tidsskriftet.no/article/2991377/>

Kvalitetskontroll av dødsmeldinger

I Tidsskriftet nr. 7/2013 var det tre artikler om viktigheten av å kvalifisere offisielle dødsmeldinger, som også offentlig statistikk over dødeligheten bygger på (1–3). Siden andre undersøkelser om temaet etterlyses (1), kom jeg på at dette har jeg gjort selv (4).

I en undersøkelse fra 1960-årene om dødeligheten i en gruppe forhenværende mannlige alkoholister, observert i årene 1925–62, beregnet jeg denne for 18 nærmere definerte dødsårsaksgrupper slik de var anført på dødsmeldingene. Som ledd i undersøkelsen ble det også definert en revidert dødsårsak for samtlige 1 061 dødsfall. Denne revisjonen var basert på systematiske studier av tilgjengelig medisinsk informasjon: journaler med obduksjon (39%), andre journaler med nyttige tilleggsopplysninger (29%) og dødsattestene alene (32%). Revisjonen belyste hvordan slik korreksjon påvirker «normal dødelighet» basert på offisiell nyansert dødelighetsstatistikk for perioden. For ni dødsårsaker (visse typer kreft, apopleksi, noen hjertesykdommer, selvmord, sykdom i fordøyelsesorganer og ulykker) førte revisjonen til betydelig oppjustering av offisiell dødelighet. Dødsårsaker med betydelig overdødelighet i utgangspunktet fikk denne ytterligere hevet ved revisjon.

Overdødelighet som følge av forgiftning var knyttet til både selvmord og ulykker. Den ble justert vesentlig opp ved revisjonen. Mye av revisjonene her var basert på at det forelå sterke indisier på at mange av ulykkesforgiftningene faktisk var selvmord. Dette illustrerer at intoksikasjonsdødsfall hos rusmisbrukere er vanskelig å diagnostisere på dødsattester. Det beror vel like mye på sosiale holdninger til disse tragiske dødsfall som på medisinske overveielser. Dilemmaet her er like aktuelt fremdeles.

Ni andre grupper av dødsårsaker ble nedjustert. Det dreide seg blant annet om tuberkulose, levercirrhose, syfilis, alkoholisme, lungesykdommer, hjerteinfarkt, diabetes og urogentialsykdommer. Nedjusteringene skyldtes blant annet at flere tilfeller diagnostisert som alkoholisme måtte revideres ifølge senere kodepraksis til (alkoholisk) psykose og til alkoholisk kardiomyopati/hjertesvikt. Revisjonene styrket også inntrykket av at overdødeligheten av hjertelidelser var vesentlig større enn det de offisielle dødsårsakene tilsier.

I ettertid kan man gjøre følgende refleksjoner om betydningen av revisjon av offisielle dødsårsaker. Der overdødeligheten i utgangspunktet ble funnet ekstremt høy, forsterket revisjonen av diagnosene denne tendensen. Der overdødeligheten var mindre fremtredende, med lavere signifikansnivå, ble den også oppjustert. Den risikofaktoren (alkohol) som den påviste overdødeligheten knyttes til, gjør seg som kjent gjeldende også i normalbefolkningen. Det er ikke tatt med i de statistiske analysene.

Per Sundby

hilchenseniorgmail.com

Per Sundby (f. 1926) er pensjonert lege. Ingen oppgitte interessekonflikter.