I helseretten er det gjennom de siste tiårene gitt stadig flere tvangshjemler, og jeg pekte innledningsvis i lederen på de mange lovene med slike hjemler. Jeg er derfor uenig i deres utsagn om at det ikke er holdepunkter for en økning av paternalistiske trekk i helselovgivningen. De fleste reglene som åpner for paternalistisk inngripen, er basert på balanserte avveininger.

Deres eksempel om at dødsmåte har betydning for inngrepsplikt eller ikke, finner jeg uten interesse i denne sammenhengen. De synes å ønske en lovgivning som gir svar på alle mulige situasjoner i klinikken. Slik vil aldri helselovgivningen kunne bli. Det er godt mulig at avveiningen mellom inngrepsplikt etter helsepersonellovens § 7 og pasient- og brukerrettighetslovens § 4-9 kunne vært utformet bedre, men neppe mer konkret. Der gjenstår en uenighet.

De avslutter kommentaren med et retorisk spørsmål: «Er Syse av den oppfatning at valg av dødsmåte virkelig er et godt kriterium for å avgrense hjelpeplikten?». Svaret er nei. For å komme til et slikt spørsmål har de tolket lederen mer vrangvillig enn jeg har tolket deres spennende og utfordrende artikkel om en sultestreikende asylsøker.

Aslak Syse
aslak.syse@jus.uio.no

Aslak Syse (f. 1946) er professor ved Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 850–1.
2. Frøland SS. Når tvang er nødvendig. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1342.

Re: Mens vi venter på Høie

Fritt behandlingsvalg, som omtales i presidentens leder (1) i Tidsskriftet nr. 22/2014, gir pasientene mer makt og legene mindre makt på godt og vondt. Lovforslaget som nylig ble lagt frem av Høie (2), vil etter mitt syn føre til mest vondt, blant annet fordi penger kommer til å dreneres vekk fra vital medisinsk virksomhet til meningsløse og kostbare medisinske åtgjerder.

Hvis jeg får problemer tennene mine, vil jeg lytte til en ekspert, og får jeg problemer med bilen, vil jeg lytte til en ekspert. Men stortingspolitikene synes ikke at pasientene trenger å lytte til de menneskene som har tilegnet sitt liv til å bli leger. Det er meget alvorlig.

Dette lovforslaget kommer til å få meget store konsekvenser for alle leger, da man underminerer profesjonens autoritet for all framtid. Å underminere og minske autoriteten hos samfunnskritiske profesjoner som leger, lærere, dommere, politi med flere, leder selvfølgelig til at man overfører mer makt til motparten. Hvordan ville klasserommet se ut hvis studentene hadde all makt? Hvem vil bli lærer under slike vilkår? Hvordan vil det se ut på gaten hvis politiet fikk mindre makt?

Denne gangen må vi leger si i fra at det er vi som er medisinske eksperter, ikke pasientene eller stortingspolitikere!

Peter Olsson
petermgolsson@gmail.com

Peter Olsson (f. 1972) er fastlege.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Gjessing H. Mens vi venter på Høie. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2219.
2. Krekling DV. Her legger Høie frem ett av Høyres største valgløfter. Nrk.no www.nrk.no/nyheter/1.12168050 (23.1.2015)

Re: Kjernejournalen som arbeidsverktøy?

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 2/2015 beskriver Jon Haffner sin egen store journal som ustrukturert og uoversiktlig, og stiller spørsmål ved hvorvidt kjernejournal vil løse et slikt problem (1). Han refererer til vår artikkel «Kritisk informasjon i kjernejournal» i Tidsskriftet nr. 20/2014 (2).

Vi anerkjenner og deler Haffners oppfattelse av at store, uoversiktlige journaler er et problem i helsevesenet. Dette var et problem allerede på slutten av 60-tallet (3). Haffner har også rett i at kjernejournalen ikke er et arbeidsverktøy som kan bøte på dette problemet. Det var da heller ikke meningen ved etableringen av kjernejournal. Derimot er kjernejournal et supplement i de situasjonene hvor helsepersonell ikke har tilgang til nødvendig informasjon om pasienten, først og fremst når pasienten ikke har journal på det stedet han kommer til for å få behandling. Da vil kjernejournalen kunne vise «kjerneopplysninger» om pasienten, slik som utleverte legemidler, kontaktinformasjon til pårørende og kritisk informasjon (eksempelvis: allergier, alvorlige diagnoser og pågående behandling). Kjernejournalen er altså ikke et sammendrag av pasientjournalen, men utvalgte sentrale opplysninger som i all hovedsak innhentes automatisk fra andre registre (4).

Haffners virkelighetsbeskrivelse er, som han selv skriver, fanget opp og beskrevet i Stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal». Problemstillingen er også anerkjent internasjonalt (5, 6). Arbeidet med å utrede omfanget av «Én innbygger – én journal» pågår nå i Helsedirektoratet. Vi vil ta med Haffners gode innspill videre i den utredningen.

Bent Asgeir Larsen
bentasgeir.larsen@helsedir.no
Eirik Nikolai Arnesen

Bent Asgeir Larsen (f. 1955) er spesialist i allmennmedisin, fastlege på Karrestad legekontor og konsulent for kjernejournalprosjektet i Helsedirektoratet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eirik Nikolai Arnesen (f. 1974) er lege i spesialisering i samfunnsmedisin og seniorrådgiver i Seksjon arkitektur, Divisjon e-helse og IT, Helsedirektoratet.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur
1. Haffner J. Kjernejournalen som arbeidsverktøy? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 112.
2. Arnesen EN, Larsen BA. Kritisk informasjon i kjernejournal. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1927–8.
3. Weed LL. Medical records that guide and teach. N Engl J Med 1968; 278: 593–600.
4. Helsedirektoratet. Opplæring av helsepersonell. http://helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/opplering-for-helsepersonell/Sider/default.aspx (20.1.2015).
5. Cimino JJ. Improving the electronic health record–are clinicians getting what they wished for? JAMA 2013; 309: 991–2.
6. Kuhn T, Basch P, Barr M et al. Clinical Documentation in the 21st Century: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians. Ann Intern Med 2015; Jan 13.

J. Haffner svarer:

Hensikten med min kommentarartikkel er ikke å kritisere kjernejournalen, hvis det er noen tvil om det. Jeg synes den er et vesentlig fremskritt. Hensikten er å få i gang en diskusjon om hvordan den medisinske journal kan forbedres som arbeidsverktøy. Jeg er glad for at Larsen & Arnesen svarer at Helsedirektoratet vil ta mine innspill med i den videre utredning.

På Legeforeningens Landsstyremøte i 2014 fremmet jeg et forslag som ble oversendt Sentralstyret med støtte fra Rolf Schøyen, leder i Eldre legers forening:

>>>

1. Legeforeningen skal opprette et utvalg som skal gjennomgå utformingen av den medisinske journal med det formål å bedre oppsummeringene slik at journalen blir bedre egnet som arbeidsverktøy for helsepersonell og for pasienters medbestemmelse.
2. Pensjonerte leger med egenerfaring som pasient skal trekkes aktivt med i arbeidet.

Jeg er spent på hvor langt foreningen er kommet med dette.

Men det er uvesentlig om det er Helsedirektoratet, Legeforeningen eller andre aktører som gjør noe med dette – det viktigste er at vi får resultater slik at opplysningene i journalen kan bli lettere tilgjengelige. Som Larsen & Arnesen skriver har dette vært et problem iallfall siden 1960, og problemet øker for hvert år ettersom befolkningen blir eldre, oftere søker lege, gjennomgår stadig nye undersøkelser med økende hyppighet, og i stadig større grad bruker legemidler, til dels flere samtidig.

Jeg oppfordrer alle som har gode ideer om hvordan dette kan gjøres til å komme med innlegg i Tidsskriftet. Hvis dette oppleves som tungvint, tar jeg gjerne imot forslag på mail, for videreformidling.

Jon Haffner
Jon.Haffner@gmail.com

Jon Haffner (f. 1940) er pensjonert kirurg
Ingen oppgitte interessekonflikter

Re: Femurfraktur og kjeveleddsdestruksjon etter bruk av bisfosfonater

I sin artikkel i nr. 2/2015 beskriver Skoglund & Hjortdal alvorlige bivirkninger etter langvarig bruk av bisfosfonater (1). Den tyske anatomen Julius Wolff fra Berlin har gitt navn til «Wolff's lov», som uttaler at beinvevet tilpasser seg den belastning det utsettes for ved strukturelle forandringer (2). Slik er skjelettet i en stadig ombygging som forutsetter intakte biologiske prosesser (bl.a osteoklastaktivitet).

Osteoporose med tap av beinmasse er et ledd i aldringen hos de fleste. Således har vi her vanligvis med en fysiologisk prosess å gjøre og ikke noen «sykdom» i utgangspunktet (3). Osteoporosen gjør at knokkelen blir fragil og utsatt for brudd ved lavere kraftpåvirkning enn normalt. Osteoporosen gir også problemer i behandlingen av brudd ved at frakturfiksasjonen er vanskeligere å gjennomføre ved operativ behandling, særlig ved brudd i de vektbelastende knoklene i underekstremitetene (4). Osteoporose kan også være forårsaket av sykelige tilstander, vanligvis av hormonell karakter, eller oppstå iatrogent ved behandling med forskjellige medikamenter.

Den postmenopausale osteoporosen hos kvinner forsterkes av den senile osteoporosen i alderdommen, som forekommer hos begge kjønn, i varierende grad. En av hovedårsakene til osteoporosen, både i menopausen og i alderdommen, er tap av muskelmasse og manglende belastning. Dette forstyrrer knokkeltransformasjonen.

Det at man, for å øke kalkinnholdet i beinvevet (særlig spongiøst beinvev), i tiltagende grad anbefaler bruk av såkalte «osteoklasthemmere» synes jeg er betenkelig. Tiltagende ukritisk bruk av «osteoklasthemmere» i form av bisfosfonater gir grunn til bekymring. Ved at man hemmer osteoklastene, fratar man naturen muligheten til å tilpasse seg forskjellige belastninger gjennom strukturelle forandringer. Man øker det målbare kalkinnholdet, men reduserer kvaliteten i beinvevet (særlig styrken i de lange rørknoklene) (5).

Gjennom de siste 15 årene er det kommet betydelig kunnskap om de negative følgene av langvarig behandling av osteoporose, uten at dette er blitt ofret særlig oppmerksomhet i Helse-Norge (6). Bisfosfonater må benyttes med stor forsiktighet, og foreskrivningen av slike medikamenter bør forbeholdes spesialisthelsetjenesten.

Bare i årene mellom 1998 og 2009 behandlet vi ved ortopedisk avdeling på tidligere Aker universitetssykehus (nå Oslo universitetssykehus) mer enn 10 pasienter for atypiske proksimale lårbeinsbrudd. Alle var blitt behandlet med bisfosfonater pga målt redusert kalkinnhold. Noen hadde bruddhistorikk ved lavenergitraume, men det var også yngre pasienter som hadde fått slik behandling på grunn av opplysninger om osteoporose (med og uten bruddhistorikk) i familieanamnese. Ukritisk bruk av bisfosfonater vil øke forekomsten av slike brudd. Jeg mener Felleskatalogen bør være klarere på dette området.

Knut Strømsøe
knst@online.no

Knut Strømsøe (f. 1946) er professor emeritus ved Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Skoglund K, Hjortdal O. Femurfraktur og kjeveleddsdestruksjon etter bruk av bisfosfonater. Tidsskr Nor Legeforen – Publisert først på nett 16. januar 2015 doi: 10.4045/tidsskr.14.1108
2. Wolff J. Das Gesetz der Transformation der Knochen. Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1892
3. Strømsøe K, Høiseth A. «Osteoporose» og fysiologisk variasjon. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126: 483.
4. Strømsøe K. Fracture fixation problems in osteoporosis. Injury 2004; 35: 107–13.
5. Ettinger B, Burr DB, Ritchie RO. Proposed pathogenesis for atypical femoral fractures: lessons from materials research. Bone 2013; 55: 495–500.
6. Schilcher J. Epidemiology, radiology and histology of atypical femoral fractures. Acta Orthop Suppl 2013; 84 (S352): 1–26.

Re: Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?

Meland & Samdal har en interessant kommentar om overvekt og vektfokus i Tidsskriftet nr. 23–24/2014 (1). Det er vanskelig å være uenig i artikkelens hovedbudskap om respekt for alle kroppsfasonger. Jeg synes likevel påstanden «med unntak av artrose og noen få typer kreft er kausale forbindelser mellom fedme og sykdom hypotetiske» ikke kan stå uimotsagt.

Mitt spesialfelt er obstruktiv søvnapné (OSA). Sykdommen er ubehandlet relatert til økt risiko for hjerte- og karsykdom og trafikkulykker, og kausal sammenheng mellom vekt og sykdomsalvorlighet er svært godt dokumentert. Endringer i vekt i befolkningen er tett korrelert med økende forekomst av sykdommen (2). Vi beregnet i 2010 at 8 % av befolkningen mellom 30–65 år har behandlingstrengende OSA. Estimatet samsvarer med 20 år gamle estimater fra USA da andelen overvektige der var tilsvarende Norge i dag (3). En norsk studie dokumenterte i 2013 god effekt av vektreduksjon både ved kirurgi og konservative tiltak på sykdomsalvorlighet (4). Vektreduksjon sammen med andre livsstilstiltak, er anbefalt i alle retningslinjer for behandling av OSA.

Samvalg om atferdsendring er utfordrende og krever eksplisitt kommunikasjon både mellom lege og pasient og mellom behandlere (5). Såkalt «jojoslanking» kommer ofte som følge av kortsiktige intervensjoner initiert av unyansert markedsføring. Det er derfor viktig at vi som helsepersonell tilstreber å lytte til pasientens perspektiv, problematisere dysfunksjonelle oppfatninger om kropp og helse og gir korrekt informasjon. Det er gjennom et slikt samvalg og ikke ved å underslå viktig informasjon, at pasientens valg om kroppsfasong eller annen uheldig helseatferd respekteres.

Harald Hrubos-Strøm
harald@sleepicus.no

Harald Hrubos-Strøm (f. 1975) er lege i D-stilling ved Akershus Universitetssykehus.
Interessekonflikter: Har eierinteresser i www.somnify.no

>>>