

1. Legeforeningen skal opprette et utvalg som skal gjennomgå utformingen av den medisinske journal med det formål å bedre oppsummeringen slik at journalen blir bedre egnet som arbeidsverktøy for helsepersonell og for pasienters medbestemmelse.
2. Pensjonerte leger med egen erfaring 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 frakturfiksjasjonen er vanskeligere å gjennomføre ved operativ behandling, særlig ved brudd i de vektbelastende knokkene i underekstremitetene (4). Osteoporose kan også være forårsaket av sykelige tilstander, vanligvis av hormonell karakter, eller oppstå iatrogen 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, fratras man naturen mulighetene til å tilpasse seg forskjellige belastninger gjennom strukturelle forandringer. Man øker det målbare kalkinnholdet, men reduserer kvaliteten i beinvevet (særlig styrken i de lange rørknokkene) (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 Lægeforen 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. Estimert 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 vekt-reduksjon både ved kirurgi og konservative tiltak på sykdomsalvorlighet (4). Vekt-reduksjon sammen med andre livsstiltiltak, 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