

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 *kontaktlinjen* 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-

taktlinje hver gang det skjer noe vis à vis pasienten. Bertes motto er: «Data skal registreres der de oppstår når de oppstår». Derfor blir en kontaktlinje opprettet omgående av den i teamet som står for kontakten. I kontaktlinjen 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 kontaktlinjene på skjermen får man kjapt en god oversikt over pasientens sykehistorie.

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

Til hver kontaktlinje 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 kontaktlinjen 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 øyenfallende 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 øyenfallende felt med viktig informasjon om medikamentintoleranse mm.» Hvis journalen skal være allmenngyldig, tror jeg imidlertid at det er

>>>

hensiktsmessig å unngå forkortelser. De kan være vanskelige å forstå for andre enn de som er i samme spesialitet.

Bruken av kontaktlinjer synes jeg også er en god ide, og bedre enn bare datering. Gruppering i kontakttyper virker hensiktsmessig, men er vel egentlig en variasjon av de inndelinger som allerede brukes i de fleste journalsystemer.

Alarmfunksjonen synes jeg også er fin, og jeg vil tro den kan brukes til å sette en dato for oppfølging av patologiske funn innen alle kontakttyper.

Jeg bemerker at Petter Hagemo skriver at «Streng og kontinuerlig internjustis har medført at det å holde Berte oppdatert til en hver tid har blitt en selvfølge.» De fleste jeg har kommunisert med om dette, fremhever at den største vanskeligheten når det gjelder oppdaterte resyméer og andre endringer i journalsystemet, er å få alle brukere til å følge det opp. Hvem står for internjustisen? Hvis det har vært Hagemo selv, hvordan har det gått etter at han ble pensjonist?

Siden systemet ble utviklet av Victoria Data, nå DIPS, er jeg overrasket over at jeg ikke har hørt om det før. Brukes det av andre seksjoner/ avdelinger/ sykehus?

Ved siden av å bedre kvaliteten i pasientbehandlingen, kan forbedringer i journalsystemet også gi betydelige tidsbesparelser. Norske medisinske journaler brukes minst 28 millioner ganger i året ved konsultasjoner hos fastleger, i legevakter, hos avtalespesialister og i sykehus (innleggelse, dagbehandling, poliklinikk). Tusenvis av kontakter med, er jeg kommet til at norske pasientjournaler blir brukt minst 40 millioner ganger i året (basert på Helsedirektoratets og SSBs statistikker (1, 2)).

Hvert minutt som spares på mer effektiv bruk av journalen vil derfor bety 40 millioner minutter i året, hvilket tilsvarer 222 222 konsultasjoner av 20 min per år, eller 342 årsverk av 1950 timer. Jeg tror vi kan spare mer enn ett minutt, kanskje tre til fem minutter per konsultasjon. Gevinsten blir da tilsvarende større. Tiden som spares kan brukes til bedre pasientbehandling, eller behandling av flere pasienter, og arbeidet blir langt mere meningsfylt enn å lete i journaler.

Jeg håper vi kan ha en fortsatt diskusjon om journalforbedringer i Tidsskriftet, alle leger er jo meningsberettigede i dette.

Jon Haffner

Jon.Haffner@gmail.com

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

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=PasLegekont05&KortNavnWeb=helsetjko&PLanguage=0&checked=true [25.2.2015].
2. Statistisk sentralbyrå. Spesialisthelsetjenesten, 2013. www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar [25.2.2015].

Re: Forekomsten av foflekkreft øker igjen

I denne kronikken diskuteres økende forekomst av foflekkreft (1). Viktigste årsak til at aldersjustert forekomst av malignt melanom har økt 1100 prosent på 60 år (2) mener jeg er overdiagnostikk (3). Overdiagnostikk av malignt melanom er et velkjent fenomen. Welch & Blacks artikkel (3) om overdiagnostikk av kreft i *Journal of the National Cancer Institute* er referert 548 ganger de siste fem årene, og økningen i forekomst av malignt melanom er et klassisk eksempel på overdiagnostikk.

Overdiagnostikk er definert som diagnostikk av små lesjoner som aldri ville blitt til sykdom i pasientenes levetid (4). Til sammenlikning er dødelighet av malignt melanom bare økt med rundt 300 prosent for menn og 150 prosent for kvinner (2). Forskjellen i trender i forekomst og dødelighet av malignt melanom kan ikke

forklares med bedre behandling, fordi det knapt har skjedd noen forandringer i behandlingen.

Overdiagnostikk er nok vanskelig å unngå – man kan ikke nekte å ta biopsier når pasientene ønsker det eller når legene er redd for å overse en liten svulst. Men man må ikke unngå å diskutere problemet med overdiagnostikk når man skal diskutere årsaker til økning i forekomst.

Per-Henrik Zahl

per-henrik.zahl@fhi.no

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er forsker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Veierød MB. Forekomsten av foflekkreft øker igjen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 450–2.
2. NORDCAN prosjektet. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/NO/frame.asp [9.3.2015].
3. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102: 605–13.
4. Zahl P-H, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overestimated lead times in cancer screening has led to substantial underestimation of overdiagnosis. *Br J Cancer* 2013; 109: 2014–9.

Re: Cannabis som medisin

Takk til Jørgen G. Bramness for en mer nyansert beskrivelse av cannabis enn det som har kommet frem tidligere (1). Jeg sliter likevel med noen av konklusjonene, først og fremst frykten for feildosering. Cannabis har svært lav giftighet. Virkningen er svært individuell, og må derfor måles på respons. Derfor er det omtrent umulig å skape en «riktig» dosering. Å kaste barnet ut med badevannet av den grunn, må kunne kalles medisinsk vanetenkning. Man har faktisk med en medisinsplante å gjøre. At medisinsk vanetenkning har ført oss bort fra naturmedisinen er dessverre et faktum, og hvis jeg har noe negativt å tilføye til Bramness' kronikk, så er det at han med sin holdning langt på vei avskriver bruken av medisinsplanter.

Store deler av moderne medisin bygger på kunnskap vi har fått fra naturen. Et eksempel på dette er salisylsyre, som i sin syntetiske form acetylsalisylsyre kan brukes som et blodfortynnende middel. Problemet med acetylsalisylsyre er at det er veldig skadelig for slimhinnene i magen, og kan skape magekatarr og magesår. Salisylsyre inntatt som mjødurt-te skal i folkemedisinen virke mot magesår og sure oppstøt, men har den samme blodfortynnende effekten. Mjødurt kan i følge folkemedisinen drikkes som en hvilken som helst te hver dag uten bivirkningene fra acetylsalisylsyre (2). Mjødurt brukes til saft og gele, og jeg har ikke hørt om andre bivirkninger enn at det gir reaksjon for dem som er overfølsomme for salisylsyre.

Hvorfor velger da skolemedisinen acetylsalisylsyre? Nettopp på grunn av det Bramness bruker som argumenter mot cannabis. Det blir lettere å dosere i sin kjemiske form. Det virker også mye fortere, og er derfor mer effektivt. Jeg er overbevist om at det finnes noen kommersielle årsaker i tillegg, men jeg ønsker ikke å bli plassert som konspirasjonsteoretiker, så jeg lar det ligge.

Det er med andre ord mye enklere for legen å gi en pille, selv om den kanskje er mer skadelig. Er dette mer medisinsk holdbart? Det vi tross alt sitter igjen med etter hundrevis av forskningsrapporter om cannabis, er at skadevirkningene er så diffuse at man knapt kan bli enige om dem. Hvorfor er det da så vanskelig å tillate en litt mer eksperimentell tilnærming? Avhengighetsfaren mener jeg er overspilt. Fysisk avhengighet er fraværende, og psykisk avhengighet henger først og fremst sammen med hvor positivt man opplever virkningen. Redselen for at man skulle oppleve noe positivt blir jo nesten gammeltestamentlig.

Når Bramness trekker sin konklusjon; at det er en dårlig idé å gi planten medisinsk status, vil jeg likevel rose ham for den pragma-

>>>