

- » 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.

I Tidsskriftet nr. 22/2016 sto på trykk en kronikk av G. Roksund og medarbeidere om Norsk forening for allmennmedisins strategidokument om overdiagnostikk. Vi bringer her to kommentarer.

Re: Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei

I en viktig kronikk om overdiagnostikk skriver Roksund og medarbeidere at koblingene mellom sykdomsdiagnoser og velferdsgoder også bør debatteres (1). Som trygdemedisinsk forsker vil jeg bidra til slik debatt ved å hevde at Nav kan basere seg på funksjonsevnevurderinger ved å nedtone diagnosers betydning. Men en forutsetning er at legene har det blikket som Cassell beskriver slik: «The knowledge of disease, medical science, and the technology of medicine remain crucial but not central. Persons are central, as are knowledge of persons and their functioning and knowledge of what is required to restore them to agency given whatever impairments remain» (2). Cassell anbefaler sine legekolleger å ta i bruk det begrepsapparatet som WHO har utarbeidet for å beskrive menneskets funksjonsevne, som kropp, aktør og som deltaker i samfunnet (3).

To helt forskjellige funksjonsevne-modeller blir debattert i internasjonal trygdemedisin (4). Den ene er biomedisinsk uførhetsmodell. Den beskriver sykdom/skade som årsak til vesentlig redusert funksjonsevne. En funksjonshemming blir ansett for i hovedsak å være knyttet til sykdom/skade. Diagnosen har overordnet betydning. Personen selv beskrives kun som atomisert organisme. Biomedisinsk uførhetsmodell har vært trygdens stadfestede modell og viktigste hjelpemiddel for å merke dem som skal få sikret sin inntekt med trygd.

Den andre modellen kalles evnebasert helsemodell (4). Den er utviklet innen rehabilitering og attføring, mye i regi av WHO (3). Denne modellen beskriver funksjonsevne relasjonelt, knyttet til personen i kontekst. Følgende komponenter inngår: å være aktør i eget liv, den sosiale verden (og hvilke hindre og muligheter som finnes i den, arbeidslivet inkludert), målene som bruker/pasient kan trekke seg mot sammen med hjelpere og endelig evner, ferdigheter og kompetanse og hvordan disse kan videreutvikles.

Vesentlig og varig redusert arbeidsevne er et fenomen som ikke er direkte knyttet til diagnose. For å sikre inntekt kan et vilkår om funksjonshemming erstatte sykdom, for eksempel «vesentlig og varig aktivitetsbegrensning».

Medisinsk og juridisk er det mulig å erstatte biomedisinsk uførhetsmodell med evnebasert helsemodell i Nav. Et slikt skifte vil føre til mindre trykk fra Nav om diagnoser. Både leger og Nav kan konsentrere seg om reelle utfordringer når det gjelder pasienters hverdagslige funksjonsevne og deltakelse på sosiale arenaer.

Hans Magnus Solli
hmsolli@online.no

Hans Magnus Solli (f. 1948) er forsker i trygdemedisinsk etikk ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1903–5.
2. Cassell EJ. The nature of healing. The modern practice of medicine. Oxford: Oxford University Press, 2013: 13.
3. ICF. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. Oversatt og tilrettelagt av KITH. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2003. https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/493/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf [23.2.2017].

4. Solli HM, Barbosa da Silva A, Egeland J. Usefulness of an ability-based health model in work ability assessments provided by psychiatrists and psychology specialists writing social security certificates. Disabil Rehabil 2015; 37: 571–8.

Re: Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei

En viktig og bevisstgjørende artikkel som burde leses av mange, også spesialister i ymse fag (1). Flott fremheving av «Når helse gjøres til en vare i et marked med gode profittmuligheter, er risikoen stor for at slutteffekten blir mindre helse for mer penger». Helsetjenestens mål bør debatteres bevisst og åpent – dets oppgave er ikke å skape evig liv eller paradiset på jorden. Målet bør være noe mer i retning av «hjelp til å mestre livet på egen hånd».

Hans Erik Heier
heheier@online.no

Hans Erik Heier (f. 1944) er pensjonist og professor emeritus ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE et al. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1903–5.

Re: Stoff, straff og sosial smitte – en uheldig sammenblanding

Takk til Helge Waal & Jørg Mørland (1) for kommentar til min lederartikkel (2). Forfatterne har helt rett i at Evang ikke snakket om det stoffrie samfunn, snarere skrev han at «misbruk av narkotika er ikke et problem som kan løses. Vi vil, med mindre menneskene er i stand til i fremtiden radikalt å endre sine livsformer, alltid ha det hos oss» (3). Likefullt skulle fenomenet bekjempes bredt, og han argumenterte primært som samfunnsmedisiner i epidemiologiske termer: «Vi må erkjenne betydningen av det man etter mitt skjønn med rette kan betegne som *sosial smitte*» (4). Jeg har derfor færre problemer enn Waal & Mørland med å trekke paralleller fra Evangs begrep om samfunns-hygiene i 1930-årene (5) til hans forståelse av narkotikaproblemet og håndteringen av dette 30 år senere.

Det er ingen tvil om at man helt fra starten av norsk narkotikapolitikk i 1960-årene fryktet at narkotika skulle bli sosialt akseptert, og at man derfor innførte strenge straffesanksjoner med den hensikt å virke avskrekkende. Ifølge Astrid Skretting ble strenge straffereaksjoner ansett som «det kanskje viktigste virkemiddelet, selv om en tidlig også erkjente behovet for ulike hjelpe- og behandlingstiltak» (6). Den omfattende rettsliggjøringen av feltet fikk vi med legemiddel-loven av 1964, forskrift om forbud mot bruk i 1965, tillegg til straffeloven § 162 om alvorlige narkotikaforbrytelser med øvre strafferamme på seks år i 1968 og heving av strafferammen for alvorlige narkotikaforbrytelser til ti år i 1972 (6). Det strafferettslige fundamentet for en streng kriminalisering av feltet ble altså lagt allerede i 1960-årene og tidlig i 1970-årene. Derfor følger jeg ikke Waal & Mørland i deres forsøk på å skape et skarpt skille mellom den Evangske metode i 1960-årene og en moralsk panikk i 1980-årene.

>>>

Videre skriver medisinhistoriker Aina Schiøtz at Evang spilte «en viktig rolle i det forberedende arbeidet med hensyn til kriminalisering av feltet» (7). Hvorvidt det var reell uenighet mellom Evang og Justisdepartementet, er et interessant spørsmål som gjerne kan belyses ytterligere.

For øvrig er jeg glad for at også Waal & Mørland ønsker en reformert narkotikapolitikk velkommen, og at de også trekker frem at det er lite forskningsmessig støtte for kriminalisering. Et første steg for norsk politikk bør være å avkriminalisere bruk, besittelse og salg av mindre mengder narkotika og å styrke medisinske og sosiale alternativer til juridiske sanksjoner (8).

Ketil Slagstad

ketil.slagstad@tidsskriftet.no

Ketil Slagstad (f. 1983) er lege og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Waal H, Mørland J. Stoff, straff og sosial smitte – en uheldig sammenblanding. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 262.
2. Slagstad K. Stoff, straff og sosial smitte. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1871.
3. Evang K. Narkotika, generasjonene og samfunnet. 2. utg. Oslo: Tiden, 1974: 16.
4. Evang K. Narkotika, generasjonene og samfunnet. 2. utg. Oslo: Tiden, 1974: 180.
5. Slagstad R. De nasjonale strategier. Oslo: Pax forlag, 1998.
6. Skretting A. Konseptualisering av narkotika i sentrale offentlige dokumenter. www.forebygging.no/Global/KonseptualiseringSkretting_rev.pdf [29.1.2017].
7. Schiøtz A. Rus og rusmiddelpolitikk i Norge: Et historisk tilbakeblikk. Oslo: Den norske legeforening, 2012.
8. Cssete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M et al. Public health and international drug policy. Lancet 2016; 387: 1427–80.

J. Ræder og medarbeidere hadde i Tidsskriftet nr. 18/2016 en artikkel om utfasing av ketobemidon til bruk på sykehus til fordel for morfin eller oksykodon. Det har avlødt en del debatt du kan lese på våre nettsider. Vi bringer her siste innlegg i diskusjonen.

Re: Fra ketobemidon til oksykodon

Takk til Ræder og medarbeidere (1) for utfyllende opplysninger. Vi verken var eller er uenige i at 30 %-forskjellen i farmakologisk potens mellom preparatene er klinisk vesentlig. Morfin kan gis som akutt kortvarig behandling til de fleste pasienter, men forsiktighet bør utvises ved alvorlig nyresvikt. Dette er de fleste norske leger klar over. Vi er også enige om at det er fornuftig å tilstrebe enkle prosedyrer ved medikamentskifte, men kan ikke se det er et relevant argument for å velge morfin eller oksykodon. Vi er enige i at oksykodon intravenøst mest sannsynlig har raskere anslag enn morfin, men det er ingen overbevisende studier på at det medfører klinisk meningsfull forskjell. Tvert imot har vi selv vist at intravenøst morfin virker allerede etter fem minutter, tilstrekkelig raskt for effektiv titrering (2). Når det gjelder peroralt oksykodon, er det eksperimentelle holdepunkter for at oksykodon utviser en betydelig absorpsjonsforsinkelse (3) uten at den kliniske betydningen av dette er kjent. Vi er uenige i at større biotilgjengelighet per se gir større forutsigbarhet, og vil ikke legge avgjørende vekt på modellerende humane, eksperimentelle smertestudier (3). Eksperimentelle data kan ikke overføres direkte til klinikken. Eksempelvis har CYP2D6-polymorfismer hatt betydning for oksykodoneffekt i eksperimentelle, men ikke i kliniske smertestudier (4, 5). Vi er glade for Ræder og medarbeideres klare oppfordring til å bruke morfin ved kronisk kreftsmerte, i palliative omsorg, til barn (foreløpig) og pasienter med økt fare for misbruk (1). Avslutningsvis lar vi Olkkola og medarbeideres ord bli våre (4): «Our current understanding of the pharmacology of oxycodone does not explain the significant increase in its clinical use.» For vår del avslutter vi debatten her.

Ola Dale

ola.dale@ntnu.no

Pål Klepstad

Torkjel Tveita

Just Thoner

Petter C. Borchgrevink

Ola Dale (f. 1948) er professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet/St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pål Klepstad (f.1962) er avdelingssjef ved Hovedintensiv, St Olavs hospital og professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Torkjel Tveita (f. 1951) er overlege og professor ved Anestesi- og operasjonsavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Just Thoner (f.1948) er overlege ved OPIN-klinikken, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Petter C. Borchgrevink (f. 1952) er avdelingssjef ved Avdeling for smerte og sammensatte lidelser, St. Olavs hospital og/professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ræder J, Dahl V, Markestad A et al. Re: Fra ketobemidon til morfin eller oksykodon. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 170.
2. Tveita T, Thoner J, Klepstad P et al. A controlled comparison between single doses of intravenous and intramuscular morphine with respect to analgesic effects and patient safety. Acta Anaesthesiol Scand 2008; 52: 920–5.
3. Staahl C, Upton R, Foster DJ et al. Pharmacokinetic-pharmacodynamic modeling of morphine and oxycodone concentrations and analgesic effect in a multimodal experimental pain model. J Clin Pharmacol 2008; 48: 619–31.
4. Olkkola KT, Kontinen VK, Saari TI et al. Does the pharmacology of oxycodone justify its increasing use as an analgesic? Trends Pharmacol Sci 2013; 34: 206–14.
5. Andreassen TN, Eftedal I, Klepstad P et al. Do CYP2D6 genotypes reflect oxycodone requirements for cancer patients treated for cancer pain? A cross-sectional multicentre study. Eur J Clin Pharmacol 2012; 68: 55–64.

Re: Én pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger

Takk til M. Romøren og medarbeidere for artikkelen «Én pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger» i Tidsskriftet nr. 3/2017 (1). Undertegnede valgte artikkelen som bakgrunn for diskusjon om samhandling i en smågruppe for sykehjemsmedisin som jeg deltar i sammen med fem andre sykehjemsleger. Vi er ansatt ved sykehjem i kommunene Bærum og Oslo.

Ved gjennomlesning av artikkelen kunne vi alle kjenne oss igjen på flere områder. Det stemmer, som forfatterne påpeker, at det er rom for forbedring i samarbeidet mellom sykehusleger og sykehjemsleger. Heldigvis opplever mine kolleger og jeg at forholdene er noe bedre i våre kommuner enn det som er beskrevet i artikkelen. Jeg tror noe av forklaringen til dette er at flertallet av legene som ble intervjuet i studien var fastleger som hadde tilsynsvirksomhet ved sykehjem i 20 % stilling. Når det i tillegg var fast tilstedeværelse kun deler av denne tiden, sier det seg selv at de ikke nødvendigvis tilbrakte nok tid på sykehjemmene for å kunne gi dem den medisinske oppfølgingen de hadde behov for. I både Oslo og Bærum har man de siste årene gradvis gått vekk fra denne tilsynslegeordningen og over til å ansette leger i større faste stillinger ved sykehjemmene. Jeg har inntrykk av at dette er en generell tendens i landet for øvrig også, og mener at dette er en positiv utvikling. Vi som velger å jobbe som sykehjemsleger har gjerne et stort engasjement for sykehjems pasienter og de medisinskfaglige og etiske utfordringene man møter på. Personlig foretrekker jeg å bli omtalt som «sykehjemslege» fremfor «tilsynslege» av for eksempel sykepleierne, da mitt inntrykk er at tilsynslegene typisk har utført litt venstrehåndsarbeid i sykehjem, om jeg skal være litt krass. Derfor er benevnelsen «tilsynslege» for meg blitt et negativt ladet begrep som jeg helst ikke vil assosiere meg med. Jeg vil derfor oppfordre

>>>