

Re: Menneskerettigheter, klima og global helse i Legeforeningen

Jeg viser til innlegg i Tidsskriftet nr. 6/2017 (1) der tidligere medlemmer av Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse er kritiske til at sentralstyret i sitt møte i november 2016 besluttet å omorganisere dette arbeidet.

Legeforeningen opprettet i 1991 utvalg for menneskerettigheter. Senere ble utvalg for klimaendringer og utvalg for global helse opprettet. Selv om utvalgene hadde ulike mandat, var det også noen overlappende arbeidsområder som for eksempel retten til helse. Sentralstyret besluttet å slå sammen utvalgene til ett utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Utvalgene har gitt viktige bidrag til å utforme Legeforeningens standpunkter på en rekke områder.

Menneskerettigheter, klima og global helse vil fortsatt være et prioritert område, selv om Legeforeningen nå velger å omorganisere arbeidet. Sentralstyret er opptatt av å utnytte Legeforeningens samlede engasjement på en best mulig måte. De fagmedisinske foreningene har de siste årene fått en større betydning i Legeforeningens virksomhet. Sammen med yrkesforeningene har de et bredt internasjonalt engasjement og bidrar aktivt i utformingen av Legeforeningens politikk på ulike områder. Disse foreningene vil kunne åpne opp for en bredere tilnærming enn et eget utvalg med bredt mandat.

Sentralstyret har vedtatt fem hovedområder som det skal arbeides videre med: Leger i utsatt posisjon, barn i fengsel/Politiets utlendingsinternat, assistert befruktning som eggdonasjon og surrogati, helse og global oppvarming og aldersbestemmelse av mindreårige asylsøkere. Sentralstyret vil spesielt følge utviklingen i Tyrkia der leger og andre akademikere nå er særlig utsatt. Sentralstyret har besluttet at det skal nedsettes en arbeidsgruppe som skal se nærmere på hvordan opphold i fengselsliknende institusjoner som Politiets utlendingsinternat påvirker barns helse og hvilke helsetiltak som må tilbys barn som tvangsutsendes. Sekretariatet utarbeider et notat om assistert befruktning som forberedelse til bioteknologimeldingen. Det globale klimaengasjementet vil blant annet bli fulgt opp gjennom WMA, men sentralstyret vil også ta nasjonale klimainitiativ når det er naturlig. Videre skal organiseringen av arbeid med menneskerettigheter, klima og global helse evalueres ved sentralstyrets årlige gjennomgang av dette arbeidet.

Retten til helse slik den er nedfelt i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, danner grunnlaget for Legeforeningens engasjement for menneskerettigheter.

Sentralstyret vil at Legeforeningen fortsatt skal ha en betydelig aktivitet innenfor dette området og ser at det kan være nyttig å ha et fast utvalg for utforme Legeforeningens synspunkter på disse temaene. Et fast utvalg som arbeider over tid, vil utvikle viktig kompetanse, men mandatet for utvalget ble for bredt. En mulighet er å opprette et utvalg med et snevrere mandat for å ivareta Legeforeningens arbeid med menneskerettigheter.

Marit Hermansen

marit.hermansen@legeforeningen.no

Marit Hermansen er president i Den norske legeforening. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Steinholt M, Engjom H, Annexstad E et al. Menneskerettigheter, klima og global helse i Legeforeningen. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 432.

Re: Hvor mange skader behandler spesialisthelsetjenesten årlig?

I Tidsskriftet nr. 23–24/2016 hevder Børge Ytterstad at det er en stor underrapportering av skader i Norge (1). Det samme budskapet fremfører han i et intervju i Dagens Medisin 25. november (2).

Helsedirektoratet er enig med Ytterstad at det er en stor underrapportering av personskafer via Felles minimums datasett, hvor sykehusene skal registrere omstendighetene rundt skadene de behandler. Registrering av når, hvor og hvordan skader oppstår er et viktig ledd i det forebyggende arbeidet. Imidlertid er det deler av Ytterstads argumentasjon som bør nyanseres. Helsedirektoratet vil gjerne bidra med slik oppklarende informasjon.

I Tidsskriftets artikkel fremsettes også påstander om at Helsedirektoratets tall på antallet behandlede skader i spesialisthelsetjenesten er for lavt. Helsedirektoratets tall viser at i overkant av 300 000 skader årlig behandles i spesialisthelsetjenesten (3). Ytterstad sier at rapporteringen via ICD-10-koder er for lav, og viser til en skaderapport av Guldvog og medarbeidere fra 1992, samt egne tall fra Harstad, for å argumentere for at det reelle antallet skader behandlet i spesialisthelsetjenesten er på 500 000 per år.

For å beregne antallet skader behandlet i spesialisthelsetjenesten bruker Helsedirektoratet Hoveddiagnose ICD-10 kapittel XIX, kodene S00-T78. Hoveddiagnosen er diagnosen som gis for den tilstanden som er hovedårsaken til at pasienten trenger behandling eller undersøkelse på sykehus. Den siterte rapporten fra 1992 tar utgangspunkt i skader behandlet i «emergency departments or hospitals». Disse tallene er blant annet hentet fra de kommunale legevaktene i Drammen, Stavanger, Trondheim og Harstad som var med i Folkehelsas tidligere skaderegister. Disse legevaktene er ikke spesialisthelsetjenesten, men primærhelsetjenesten.

Ytterstad viser også til egne tall fra UNN Harstad for å vise at insidens av skader (?) er på 10 per 100 personår for alle aldre og begge kjønn. Norske helseforetak er ulikt organisert, og det vil derfor være betydelig variasjon i nevnte insidens. Dette fordi enkelte kommuner vil ha en kommunal legevakt som behandler de fleste skadene, mens for eksempel Oslo og Bergen har legevakter som er organisert under OUS og Helse Bergen, og derfor vil ha samme typer skader som går rett inni statistikken til spesialisthelsetjenesten. En plausibel forklaring på den høye insidensen i Harstad kan være at den lange tradisjonen med grundig skaderegistrering ved sykehuset, har ført til at flere skader behandles (og registreres) i spesialisthelsetjenesten, og færre i primærhelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener at anslaget på drøyt 300 000 skader er et godt bilde på mengden skader behandlet i spesialisthelsetjenesten. For å få gode nasjonale estimat på samlet antall skader bør en inkludere ICPC-koder for skader i primærhelsetjenesten. Dette er også gjort av Folkehelseinstituttet i rapporten «Skadebildet i Norge» (4) fra 2014. Denne rapporten anslår at ca. 540 000 skader årlig ble behandlet i primær- og spesialisthelsetjenesten til sammen i perioden 2009–2011.

Helsedirektoratet stiller seg for øvrig bak Ytterstads ønske om bedre skaderegistrering. Det beste virkemiddelet for å oppnå dette er at sykehusene fyller ut omstendighetene til skadene de behandler via Felles minimums datasett. Da vil Helsedirektoratet og helsetjenesten også få bedre informasjonsgrunnlag for å drive skadeforebygging.

Stein Olav Gystad

Stein.Olav.Gystad@helsedir.no

Stein Olav Gystad er avdelingsdirektør i Helsedirektoratet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Ytterstad B. Hvor mange skader behandler spesialisthelsetjenesten årlig? Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1970.

2. Stor underrapportering av skader i Norge. 25.11.2016 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/11/25/-stor-underrapportering-av-skader-i-norge/> (18.4.2017).
3. Helsedirektoratet. Personskadedata 2015. 05/2016 Oslo: Helsedirektoratet, 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1189/Personskader%202015.pdf> (18.4.2017).
4. Myklestad I, Alver K, Madsen C et al. Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre. 2/2014. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2014.

Re: Glemsk og glemt

Tor Rosness tar opp viktige problemstillinger (1). Fremdeles stilles demensdiagnosen i mange tilfeller sent, slik at både medikamentelle og ikke minst ikke-medikamentelle tiltak kommer sent i gang. Å hevde at «en kurativ behandling for øyeblikket er uopnåelig», virker derimot vel pessimistisk. Det er i dag en rekke studier med anti-stoff rettet mot amyloid under utprøving (2). Utfordringen til nå har vært å komme tidlig nok til med behandling før sykdommen har fått utviklet seg for mye. Pasientene som til nå er blitt inkludert i legemiddelutprøvingene, har hatt mild til moderat demens. I USA har det ikke vært rutine å gjøre spinalpunksjon for måling av demensmarkører eller PET-skanning for amyloid («amyloid-PET») for inklusjon i legemiddelutprøvinger, som for eksempel i utprøvingen av bapineuzumab hvor en i 25 % av tilfellene ved hjelp av PET ikke kunne påvise amyloid i hjernen til pasientene som var inkludert (3). De ulike antistoffene er biologisk forskjellige og har også ulike virkningsmekanismer slik at effekten av behandlingen er ulik (2). Dette er medvirkende årsaker til at utprøvingene hittil har mislyktes.

Inklusjonskriteriene for de neste utprøvingene er nå endret slik at pasientene må ha påvist amyloid i hjernen for å kunne inkluderes. Yngre pasienter i en tidligere sykdomsfase tillates inkludert. På Oslo universitetssykehus og Akershus universitetssykehus vil vi i løpet av året starte inklusjon til to av antistoffutprøvingene det knyttes store forventninger til (4, 5). Majoriteten av våre demenspasienter vil dessverre ikke kunne nyttiggjøre seg denne behandlingen både på grunn av sykdommen er for langt kommet, men også fordi mange pasienter (spesielt de eldste) etiologisk sett har blandingsdemens. Hos de som er aktuelle for slik behandling, og det gjelder ikke minst de yngste Alzheimer-pasientene, er det derimot viktig å stille diagnosen tidlig. Derfor vil forskning på tidlig diagnostikk av Alzheimers demens være av stor betydning i tiden fremover. På Hukommelsesklinikken på Ullevål skal vi nå igangsette avansert forskning på nye metoder for tidlig diagnostikk. Håpet er at flere vil kunne nyttiggjøre seg behandlingen som nå er under utvikling.

Anne-Brita Knapskog
 anne-brita@knapskog.net
Nenad Bogdanovic

Anne-Brita Knapskog er overlege og postdoktor ved Hukommelsesklinikken, Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Nenad Bogdanovic er professor ved Geriatrik avdeling, Universitetet i Oslo og overlege ved Karolinska Institutet i Stockholm. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Rosness TA. Glemsk og glemt. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 339.
2. Scheltens P, Blennow K, Breteler MM et al. Alzheimer's disease. Lancet 2016; 388: 505–17.
3. Vandenberghe R, Rinne JO, Boada M et al; Bapineuzumab 3000 and 3001 Clinical Study Investigators. Bapineuzumab for mild to moderate Alzheimer's disease in two global, randomized, phase 3 trials. Alzheimers Res Ther 2016; 8: 18.
4. Sevigny J, Chiao P, Bussière T et al. The antibody aducanumab reduces A β plaques in Alzheimer's disease. Nature 2016; 537: 50–6.
5. Ultsch M, Li B, Maurer T et al. Structure of Crenezumab Complex with A β Shows Loss of β -Hairpin. Sci Rep 2016; 6: 39374.

Arild Bjørndal har sendt inn en kommentar til Erlend Hems artikkel om riktig skrivemåte for sykehusnavn i Tidsskriftet nr. 5/2017. Bjørndal spør om Helse Sør-Øst er riktig skrivemåte.

E. Hem svarer:

Skrivemåten Helse Sør-Øst er ikke i tråd med rettskrivningsreglene (1). Jeg vet ikke hvorfor helseforetaket har valgt denne skrivemåten, og det kunne jo være interessant å spørre dem om grunnen. Problemstillingen gjelder også andre helseforetak: Både Helse Vest og Helse Nord har valgt skrivemåter som avviker fra rettskrivningsreglene. Helse Midt-Norge er uproblematisk siden Midt-Norge er en landsdel og dermed et egnenavn.

Det er faktisk mulig å få til dette riktig. Skatteetaten bruker Skatt øst, Skatt sør, Skatt vest, Skatt Midt-Norge og Skatt nord for regioninndelingene i organisasjonen (2). Det samme gjør Bufetat med benevnelsene Bufetat, region sør, Bufetat, region øst osv (3).

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er redaktør for språkspalten i Tidsskriftet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Stor og liten forbokstav. Statsspråk 2015, nr. 3, side 3. <http://www.sprakradet.no/Vi-og-vart/Publikasjoner/Statssprak/statssprak-32015/stor-og-liten-forbokstav> (27.4.2017).
2. Organisasjonen. Om Skatteetaten. <http://www.skatteetaten.no/no/Om-skatteetaten/Om-oss/Organisasjon-og-ledelse/Organisasjonen> (27.4.2017).
3. Bufetats regionkontorer. https://www.bufdir.no/Kontakt/Bufetat_regionkontorer/ (27.4.2017).