

Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Kunnskapssenteret og HPV-vaksinen

Det er positivt at redaktør Charlotte Haug har gitt plass i spaltene for en diskusjon om kunnskapssenteret for innføring av HPV-vaksine i Norge. Hun har vist stort engasjement gjennom tre lederartikler i Tidsskriftet, sist i nr. 13–14/2007 (1). Haug refererer fra det åpne høringsmøtet som Helse- og omsorgsdepartementet holdt: «Der uttrykte både Kunnskapssenteret, Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket at de hadde nok og sikker nok kunnskap om denne helt nye vaksinen til å gi klare anbefalinger», og «Ifølge Kunnskapssenteret er det kostnadseffektivt å vaksinere mot HPV» (1). Disse to utsagnene er misvisende ut fra hva jeg sa.

Kunnskapssenteret har publisert rapporter om HPV-vaksinen. Mine kolleger har tidligere i Tidsskriftet understreket at senterets oppgave er å oppsummere publisert dokumentasjon – ikke å komme med anbefalinger – og at rapportene er ment å være en del av kunnskapssenterets anbefalinger (2). På høringsmøtet, som finnes på nett-TV, uttalte jeg følgende: «Vår rolle er ikke å gi råd», «vår rolle er å fremstille et mest mulig objektivt kunnskapssenter», «vi har ikke konkludert med at denne vaksinen er lønnsom», «vår rolle er å peke på disse (...) kost-nytte-forholdene» (3). Kunnskapssenterets mandat er altså ikke å være normerende.

Jeg avsluttet mitt innlegg på møtet med å si at det er behov for mer og sikrere kunnskap. I etterkant av møtet sendte Kunnskapssenteret et brev til Helse- og omsorgsdepartementet der vi påpekte at HPV-vaksinen er svært effektiv for å beskytte mot forstadier til livmorhalskreft forårsaket av de aktuelle virusstypene, men understreket at oppfølgingstiden er relativt kort. I studiene har man vurdert effekt i et individuelt «efficacy»-perspektiv. Kunnskap om effekt i et populasjonsperspektiv – «effectiveness» – mangler. Generelt er en slik effekt oftest lavere pga. mangelfull deltakelse og ikke-optimal levering av vaksinen. Vi anbefalte å sette i gang en populasjonsbasert klyngerandomisert studie.

I brevet pekte vi også på viktige etiske og prioriteringsmessige utfordringer som den helseøkonomiske evalueringen ikke gir svar på. For eksempel: Bør forventet nytte oppnådd i dag veie likt som forventet nytte

oppnådd i fremtiden? Bør de samme kriterier og samme nivå for kostnad-nytte-forhold legges til grunn når forebyggende tiltak og behandlingstiltak vurderes? Hvordan bør man vurdere risikoforholdene ved tiltak med en behandlede effekt hos dem som mottar det sammenliknet med tiltak som gis i forebyggende øyemed og kun er til nytte hos noen av dem som får tilbudet, mens risikoen kan slå ut hos andre?

Jeg håper dette gir et riktigere bilde av Kunnskapssenterets rolle i denne saken – og også mer generelt – enn det som har kommet frem i Tidsskriftet.

John-Arne Røttingen

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Haug C. Fra undring til uro. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1763.
2. Gjertsen MK, Neilson AR, de Blasio BF. HPV-vaksiner – effekt, sikkerhet og kostnadseffektivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1674.
3. HPV-høring 13. juni 2007. Web-TV fra Regjeringen.no. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2007/HPV-horing-13-juni-2007--Apenhoring.html?id=472493 (10.9.2007).

Mat som medisin

I Tidsskriftet nr. 16/2007 omtaler redaktør Charlotte Haug ernæringsstrategien i Helse Bergen (1). Hun skriver at det er flott at Helse Bergen starter dette prosjektet, men synes det er synd at begrunnelsen er helseøkonomisk. Hun mener videre at det burde være begrunnelse god nok at pasientene får riktig ernæring. Haug angir ingen kilder til sine utsagn, noe man kunne forvente av en ansvarlig redaktør for et fagtidsskrift.

I Helse Bergen ønsker vi å ta konsekvensen av at sykdomsrelatert vekttap i stor grad medfører redusert allmenntilstand og økt komplikasjonsrisiko for syke mennesker. Målet er at helseforetakets ansatte skal ha kunnskap om at en mest mulig optimal ernæring

- er en integrert del av pasientbehandlingen
- kan forbedre og hindre reduksjon i mental og fysisk helse
- kan redusere antall komplikasjoner som følge av sykdom og behandling
- kan redusere rekonvalesensen
- kan forkorte liggetiden i sykehuset og redusere behovet for primærhelsetjenester

For å nå disse målene må vi øke kunnskapsnivået om ernæring hos ansatte og

pasienter. Kunnskapen sprer vi gjennom ernæringsnettverk, men også gjennom ernæringsdager, intranett, internundervisning, kurs og seminarer. Vi må identifisere risikopasienter og iverksette tiltak. Ernæringscreening av alle pasienter innføres nå for å identifisere dem som er i ernæringsmessig risiko og som dermed vil ha nytte av aktiv ernæringsbehandling. Helse Bergens retningslinjer for ernæringsbehandling er et hjelpemiddel for iverksetting og gjennomføring av riktig ernæring (2). Vi må dessuten forbedre mattilbudet til pasientene. 90 % av sykehuspasientene kan spise på egen hånd. Det er derfor viktig å legge vekt på matkvaliteten og organisering av måltidene. Vi prøver ut nye måter å servere maten på, med kokk, som i direkte kontakt med pasientene har greid å frembringe bedre tilpassede måltider. Dette har så langt vist seg å være en suksess.

At større vektlegging av ernæringscreening og ernæringsbehandling, økt kunnskap og forbedret mattilbud også forventes å innbære økonomiske gevinster, er en kjærkommen bieffekt. Å antyde, som Haug gjør, at dette er «begrunnelsen» (1), burde være unødvendig.

Grethe S. Tell

Ernæringsrådet
Helse Bergen

Litteratur

1. Haug C. Mat som medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2061.
2. Ernæringsstrategi for Helse Bergen. www.helsebergen.no/avd/opplearing_kompetanse/prosjekter/ernaering/ernaering.htm (21.9.2007).

Oppfølging ved bruk av biologiske legemidler mot inflammatorisk tarmsykdom

Behandling med såkalte biologiske legemidler ved inflammatoriske sykdommer i ledd, hud og tarm har endret sykdomsløpet dramatisk og gitt bedre livskvalitet og færre komplikasjoner for mange de siste 6–8 år. De årlige utgifter og de statlige tilskudd har økt dramatisk og vil i 2007 utgjøre godt over 1 milliard kroner. Kostnadene for vedlikeholdsbehandling per år per pasient med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt beløper seg til 150 000–200 000 kroner. Det utarbeides for tiden nasjonale anbefalinger for hvem som bør få slik