1. Legeforeningen skal opprette et utvalg som skal gjennomgå utformingen av den medisinske journal med det formål å bedre oppsummeringene 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, fratar 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 Legeforen 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 kroppsfasoner. 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 livsstilstiltak, 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 kroppsfasjon 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

Litteratur

1. Samdal GB, Meland E. Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 2247–8.
2. Peppard PE, Young T, Barnet JH et al. Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. Am J Epidemiol 2013; 177: 1006–14.
3. Hrubos-Strøm H, Randby A, Namtvedt SK et al. A Norwegian population-based study on the risk and prevalence of obstructive sleep apnea. The Akershus Sleep Apnea Project (ASAP). J Sleep Res 2011; 20: 162–70.
4. Fredheim JM, Rollheim J, Sandbu R et al. Obstructive sleep apnea after weight loss: a clinical trial comparing gastric bypass and intensive lifestyle intervention. J Clin Sleep Med 2013; 9: 427–32.
5. Gardner B, Broström A, Nilsen P et al. From 'does it work?' to 'what makes it work?': The importance of making assumptions explicit when designing and evaluating behavioural interventions. Eur J Cardiovasc Nurs 2014; 13: 292–4.

E. Meland & G.B. Samdal svarer:

Harald Hrubos-Strøm minner oss på at samvalg, eller delt beslutningstaking og informert samtykke, er en viktig del av medisinen. Han understreker at et slikt samtykke ikke skal basere seg på underslag av viktig informasjon, men må basere seg på fullgod informasjon om fordeler og ulemper ved medisinske og kirurgiske intervensjoner. Vi er enige i dette, og vil føye til at både forventet helsegevinst og forventet helseskade må formidles på saklig måte, med tall på absolutte forekomster som gjør det mulig for pasienten å forstå relevansen av forskningsfunnene for den enkelte. Informasjon om kirurgiske og medisinske komplikasjoner under og etter bariatrisk kirurgi hører med for dem som ønsker slik behandling.

Det er spesielt viktig at de som tilbys kirurgisk behandling får informasjon om at vi mangler langtidsstudier med harde endepunkter. Det er rimelig godt dokumentert at bariatrisk kirurgi påvirker den glykemiske kontrollen gunstig, bedrer søvnpatnø og har gunstig effekt på andre fysiologiske risikofaktorer relatert til hjerte- og kar sykdom. Forfatterne av en helt fersk oversiktsartikkel etterlyser imidlertid evidens med harde endepunkt: «Large randomized trials with long-term follow-up are warranted to demonstrate the effect on outcomes important to patients (e.g., cardiovascular events)» (1). Derfor er det også viktig å informere pasienter om at selv om slanking kan lette noen subjektive helseplager og føre til bedring av fysiologiske risikofaktorer, viser Look AHEAD studien, der slanking ble oppnådd med ikke-kirurgiske midler, at ingen effekt oppnås på kardiovaskulær sykdom og død (2).

Eivind Meland

eivind.meland@igs.uib.no

Gro Beate Samdal

Eivind Meland (f. 1950) er spesialist i allmennmedisin, fastlege og professor ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gro Beate Samdal (f. 1958) er sykepleier og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Yu J, Zhou X, Li L et al. The Long-Term Effects of Bariatric Surgery for Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Evidence. Obes Surg 2015; 25: 143–58.
2. Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013; 369: 145–54.

Re: En kvinne i 90-årene med akutt peritonitt

I denne artikkelen i Tidsskriftet nr. 23–24/2014 gir Shafique og medarbeidere en interessant beskrivelse av et dramatisk sykdomsbilde, akutt peritonitt, hos en eldre kvinne (1). Årsaken var et fremmedlegeme i form av en tablett i en skarpt kantet aluminiumsfolie fra en blisterpakning som hadde ført til perforert tyntarm.

Jeg vil kort beskrive egen erfaring med bruk av et medikament med filmdrasjerte tabletter. Nylig fikk et familiemedlem forskrevet Selexid (pivmecillinamhydroklorid), men fikk utlevert Penomax på apoteket fordi det var billigere. Det var umulig å trykke én enkelt tablett ut. Ved å bruke neglsaks klarte jeg å klippe ut en tablett. Jeg oppsøkte apoteket og fikk demonstrert hvordan tablettene skulle tas ut. Spisse negler, godt syn og stødige fingre er en forutsetning for å kunne få tablettene ut av blisterpakningen. Eldre pasienter vil sannsynligvis ikke klare å ta dette medikamentet uten hjelp. Apoteket opplyste at jeg ikke var den første som hadde klaget over dette preparatet. Når jeg studerte pakningsvedlegget, oppdaget jeg at det sto «du skal ikke trykke tablettene ut av tablettlommen» (2).

Min konklusjon er at leger ikke bør forskrive dette preparatet, som er det billigste av de generiske legemidlene som inneholder pivmecillinamhydroklorid. Produsenten bør gjøre medikamentemballasjen mer brukervennlig, slik at det er mulig for pasienten å trykke ut den enkelte tablett av pakningen, som vel er vanlig praksis med de fleste andre medikamenter.

Nils Gunnar Mowe

nigunmo@online.no

Nils Gunnar Mowe (f. 1929) er dr.med. og spesialist i indremedisin og arbeidsmedisin.

Litteratur

1. Shafique M, Rekkedal LM, Berg M et al. En kvinne i 90 årene med akutt peritonitt. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2280–2.
2. Felleskatalogen. <http://www.felleskatalogen.no/medisin/pasienter/pil-penomax-orion-562707> [8.1.2015].

Orion Pharma Scandinavia svarer:

Penomax har vært på det norske markedet siden april 2009. Vi er kjent med at man har opplevd det vanskelig å åpne pakningen. Etter lanseringen har vi kontinuerlig gjort forbedringer av pakningsmaterialet. Vi har blant annet oppdatert pasientinformasjonen (pakningsvedlegget) med en tydeliggjøring av instruksjonene om hvordan blisteret skal åpnes. Antall reklamasjoner har gått ned siden lansering, og de seneste årene har det kun kommet 6–8 reklamasjoner per år i Norge. Dette gir en reklamasjonsfrekvens på 0,0045 % med hensyn til antall solgte pakninger. Vi har også et pågående arbeid med å forbedre pakningsmaterialet for å få ett mer pasientvennlig blister.

Mikael Sörberg

norweb@orionpharma.com

Mikael Sörberg er spesialist i infeksjonssykdommer og Medisinsk direktør i Orion Pharma Scandinavia.

Interessekonflikt: Sörberg er Medisinsk direktør i Orion Pharma Scandinavia.

RETTELSE

Dumpingsyndrom etter kirurgi på magesekken

Tom Mala, Stephen Hewitt, Ingvild Kristine Dahl Høgestøl, Kristin Kjellefeldt, Jon A. Kristinsson, Hilde Risstad

Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 137–41

I Tidsskriftet nr. 2/2015 s. 139 skal det i annen setning i figurteksten til figur 1 stå: Dette medfører en osmotisk effekt av bl.a. karbohydratkomplekser som trekker væske til tarmen med påfølgende dilatasjon av tarm, fall i *plasmavolum* og symptomer på tidlig dumpingsyndrom.

Vi beklager feilen, den er rettet på nett.