

Ingen av artiklene setter søkelyset på om pasientenes rett til helsehjelp avgjøres på en enhetlig måte og etter de etablerte nasjonale prioriteringsregler. Dersom privat spesialistpraksis oppfattes som et alternativ til allmennpraksis, kan man betvile at prioriteringsreglene anvendes på samme måte. De etablerte prioriteringsreglene kan være et nyttig verktøy for å nå helsepolitiske mål og bidra til en effektiv og riktig utnyttelse av de økonomiske ressursene. Ulik prioritering av pasientene i den private og den offentlige spesialisthelsetjenesten er uheldig.

Dersom helseforetakene fortsatt ønsker private spesialister, bør flere spørsmål vedrørende en nærmere integrering av de to tjenestene diskuteres. Dette gjelder både nåværende og fremtidige driftshjemler. Etablering av en felles prioriteringsinstans for søknader fra primærhelsetjenesten vil sikre en enhetlig prioritering. Et slikt ansvar kan tillegges den offentlige del av spesialisthelsetjenesten.

Tildeling av overlegestillinger etter de nasjonale tildelinger og prioriteringer dekker ikke behovet for nye spesialister i mange fag og sykehus. Sykehusene kan bøte på dette problemet med innleie av spesialister. Dersom driften av avtalehjemlene i større grad blir sykehusenes ansvar, kan man knytte til seg spesialister, egne eller innleide, for kortere eller lengre tid, men med avlønning på nivå og etter samme prinsipper som i en privat spesialistpraksis. Knappe økonomiske ressurser kan da trolig utnyttes på en mer effektiv måte. Den gangen jeg var kommunale lege med driftsavtale, hadde jeg leieavtale med kommunen som hadde ansvaret for driften. Ordningen fungerte til begge parter tilfredshet. En slik modell er meg bekjent ikke prøvd i spesialisthelsetjenesten og burde kanskje vurderes.

Trondheim

Erik Rødevand
Revmatologisk avdeling
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2199–203.
2. Hellandsvik P. Kan spesialistene brukes bedre? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2178.

Uetisk artikkel om kolesterolsenkende legemidler

Atle Frøtheim og medarbeidere har i en artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2002 (1) drøftet hvilke kolesterolsenkende legemidler som bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. I det etterfølgende nummer (2) drøfter Eivind Meland & Knut Holtedahl forskningsetikk. Helsinkideklarasjonens bestemmelser om kravet til forskere om å sikre saklig, kritisk og velbegrunnet forskningsformidling siteres.

Frøtheim og medarbeidere har med sin artikkel klart brutt disse kravene. De uttaler at de tre statinene som best er vist å ha effekt på sykdom og/eller død fra klinisk kontrollerte studier, er pravastatin, lovastatin og simvastatin. De underslår at de fire studiene de refererer til, påviser at den absolutte gevinsten for ikke å dø av hjerteinfarkt med statinbehandling i løpet av 4–6 år bedrer seg med bare 1,1–1,5 % for en pasient med koronar hjertesykdom, hvilket *ikke kan sies å være klinisk interessant*. For øvrig refererer de ikke resultatene av undersøkelsen som nylig ble publisert i *The Lancet* (3), der det bekreftes at den absolutte gevinsten av simvastatin beregnes til 1,5 %.

Professor i klinisk farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim, Olav Spigset, har i forbindelse med den feilaktige presentasjonen av effekten av simvastatin uttalt at dette er et velkjent problem for folk som arbeider med legemiddelspørsmål (4).

Frøtheim og medarbeidere viser til Bucher og medarbeideres metaanalyse (5). Forfatterne underslår at analysen viser at omega-3-fettsyrer førte til det laveste risikoforholdet for dødelighet av koronare hjertesykdommer (0,44) og for total dødelighet (0,68), selv om statiner senket kolesterolnivået mest. Tilsvarende tall for statiner var 0,69 og 0,79.

Frøtheim og medarbeidere (1) skriver: «Det er en styrke ved disse retningslinjene at vi åpent viser hva slags kunnskap og hvilke avveininger som er lagt til grunn.» Som det fremgår av ovenstående, er det en ren manipulering å kalle dette «åpent». Sentrale fakta er utelatt. For en lege som leser deres artikkel, er dette ikke mulig å avdekke uten å lese den refererte litteraturen, noe svært få har tid til.

Om det gigantiske forbruket av statiner samt deres bivirkninger viser jeg til et tidligere innlegg i Tidsskriftet (6).

Oslo

Paal Røiri

Litteratur

1. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
2. Meland E, Holtedahl KA. Forskningsetikk – utfordringer i en ny tid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2348.
3. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. MRC/BHF heart protection study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22.
4. Skogstrøm L. Tall for «reduert dødelighet» kan lure leger og pasienter. *Aftenposten* (morgenutgave) 20.7.2002.
5. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Systematic review on the risk and benefit of different cholesterol-lowering interventions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999; 19: 187–95.
6. Røiri P. Misvisende om statiner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2141.

A. Frøtheim og medarbeidere svarer:

Vi takker Paal Røiri for bidraget til debatten om grunnlaget for anbefalinger som gis i kliniske retningslinjer. Våre anbefalinger består av tre artikler, som må sees i sammenheng. Hvem som vil ha nytte av blodtryks- eller kolesterolsenkende behandling, er diskutert i et eget avsnitt i en av dem (1). Artikkelen om valg av kolesterolsenkende medikament omhandler derfor ikke dette spørsmålet, noe vi gjør leseren oppmerksom på i første avsnitt (2).

Røiri mener vi burde ha presentert (u)nyten av statinbehandling ved å vise til den absolutte risikoreduksjonen som oppnås. Vi har presentert behandlingsgevinst ved hjelp av «numbers needed to treat» (NNT), som er én måte å presentere absolutt risikoreduksjon på. Det mangler empirisk grunnlag for å hevde at én presentasjonsmåte er bedre enn andre. Mens Røiri velger å bruke tall for unngåtte dødsfall som følge av hjertesykdom, har vi har valgt å bruke tall for unngåtte koronare hendelser. Vi vil mene at et hjerteinfarkt er klinisk relevant enten det er dødelig eller ei. Dermed blir våre tall for behandlingsnytte større enn de tall Røiri opererer med.

Vi har, ganske riktig, ikke nevnt resultatene for omega-3-fettsyrer fra metaanalysen til Bucher og medarbeidere (3). I likhet med forfatterne av metaanalysen mente vi at resultatene for omega-3-fettsyrer var for upresise til at man kan stole på dem. Man kunne på bakgrunn av forskningsresultatene for eksempel ikke utelukke at bruk av omega-3-fettsyrer økte risikoen for å dø av hjertesykdom.

Heart protection-studien (4) ble publisert etter at vi hadde avsluttet vårt arbeid.

Hvorvidt bruk av statiner fører til klinisk relevant behandlingsgevinst eller ei, er i stor grad en subjektiv vurdering. Det har vi forsøkt å vektlegge i våre retningslinjer (1).

Oslo/Grimstad

Atle Frøtheim
Arild Bjørndal
Andrew D. Oxman
Audun Dyrdal
Michael Golding
Leiv Ose
Åsmund Reikvam
Per Teisberg

Litteratur

1. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–82.
2. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
3. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Systematic review on the risk and benefit of different cholesterol-lowering interventions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999; 19: 187–95.
4. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. MRC/BHF heart protection study of chol-

esterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22.

Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo

Vi ønsker å knytte noen kommentarer til artikkelen om nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo av Andersen & Rasch i *Tidsskriftet* nr. 24/2002 (1). Andersen & Rasch har lagt ned et stort arbeid innen infeksjonsforebyggende arbeid i Oslo, og vi synes det er fint at dette emnet tas opp. Vi er enige i at forebyggende tiltak mot infeksjoner må prioriteres høyt.

Vi er imidlertid uenige i fortolkningene i artikkelen. Det er viktig å følge utviklingen over tid når det gjelder prevalens av infeksjoner. Men vi mener det blir galt å legge så mye vekt på variasjoner fra ett år til et annet som Andersen & Rasch har gjort. Prevalensen var 5,6% i 2000 og 7,5% i 2001. Selv om forskjellen er statistisk signifikant, kan det likevel være uttrykk for tilfeldig variasjon. I juni 2002 fant vi en prevalens på 5,9%, noe som vel taler for det siste.

Det samme kan anføres om den lille reduksjonen i forekomst av postoperative sårinfeksjoner. Dersom det virkelig er en nedadgående tendens, må det vel dessuten først og fremst skyldes bedre rutiner på sykehuse- ne der pasientene er blitt operert.

Forfatterne er ikke mindre beskjedne enn at reduksjonen i prevalens fra 1999 (som var 6,4%, ikke 5,6%) til 2000 delvis tilskrives egne publikasjoner. Men det var kun et mindretall av institusjonene som etablerte infeksjonskontrollprogrammer i 1999–2000. Vi mener det kan være på sin plass å nevne at Helsevernetaten i Oslo har arbeidet med et omfattende infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner som ble implementert høsten 2001 (2).

Forfatterne skriver at forbruket av antibiotika generelt sett er for høyt. Vi kan ikke se at det er belegg i resultatene for å hevde dette. Et forbruk av antibiotika på 6,1% svarer ganske bra med prevalensen av infeksjoner. En del utgjøres antakelig av antibiotika til lokalt bruk, som f.eks. øyedråper. Ved Lille Tøyen sykehjem i Oslo var gjennomsnittlig forbruk i 1998 av systemiske antibiotika 4,5% til enhver tid (3). Dersom Lille Tøyen sykehjem er representativt for Oslo, er det neppe grunnlag for å hevde at forbruket er for høyt.

Oslo

Petter Elstrøm
Tore W. Steen
Helsevernetaten

Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Infeksjonskontrollprogram for sykehjem og langtidsinstitusjoner. Oslo: Oslo kommune, Helsevernetaten, 2001.

3. Tobiassen T, Berild D, Hjordt Dahl P. Bruk av systemiske antibiotika ved et norsk sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2376–8.

B.M. Andersen & M. Rasch svarer:

Tilfeldig variasjon i forekomst av sykehusinfeksjoner ble påpekt i vår artikkel (1). Signifikant økning av nedre luftveisinfeksjon høsten 2001 kan trolig relateres til utstrakt bruk av forurenset Dent-o-sept ved sykehjem i Oslo (1). Etter at Dent-o-sept-saken ble oppklart, har man observert en generell nedgang (B.M. Andersen, upubliserte data). Forbruket av antibakterielle midler varierer sterkt mellom institusjoner i Oslo (1, 2). Psykiatriske langtidsinstitusjoner har færre infeksjoner og betydelig mindre bruk av antibiotika enn andre (3).

Det er bekymringsfullt at Oslo kommune nå mangler sykehushygienisk bistand til sine over 5 000 langtidspasienter. Årsaken er manglende avtale mellom kommunen og sykehuset. Slik bistand skal i henhold til smittevernlovens forskrift forankres ved regionsykehus. I Oslo ble institusjonshygiene lagt til Ullevål sykehus i 1993, og fra 1999 (bystyrevedtak) etablert som kompetansesenter for Oslo. Overgang til statlig helseforetak medførte behov for ny avtale mellom Ullevål universitetssykehus og kommunen. Denne er ennå ikke etablert, til tross for tilbud fra sykehuset til kommunen om bistand.

Derfor ble våre prevalensmålinger, utsendt til sykehjem i Oslo i juni 2002, samlet inn av Helsevernetaten istedenfor som tidligere hos oss (2, 3). Dette er beklagelig. Hver institusjon bør få en kompetent tilbakemelding og oppfølging vedrørende sykehusinfeksjoner i relasjon til aktuelle og tidligere funn, slik de tidligere fikk fra Ullevål sykehus (2, 3). Det gjelder alle typer langtids helseinstitusjoner og over flere år. Mange års praktisk infeksjonsforebyggende arbeid ved helseinstitusjoner i Oslo ser nå ut til å smuldre opp, noe som fører til økt lidelse for pasientene og merkostnader for samfunnet. Tilstanden som er beskrevet i våre artikler (1, 2) forverres ytterligere ved at smittevernloven ikke følges når det gjelder sykehushygienisk bistand.

Oslo

Bjørg Marit Andersen
Mette Rasch

Kompetansesenter for institusjonshygiene
Avdeling for sykdomsforebygging
hos risikogrupper
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Andersen BM, Rasch M. Nosokomiale infeksjoner i sykehjem i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2371–3.
2. Andersen BM, Rasch M. Hospital-acquired infections in Norwegian long-term-care institutions. A three-year survey of hospital-acquired infections and antibiotic treatment in nursing/residential homes, including 4500 residents in Oslo. *J Hosp Infect* 2000; 46: 288–98.
3. Andersen BM, Ringertz SH, Petersen TG, Hermansen W, Lelek M, Norman BI et al. A

three-year survey of nosocomial and community-acquired infections, antibiotic treatment and re-hospitalization in a Norwegian health region. *J Hosp Infect* 2000; 44: 214–23.

Reorienteringsterapi – etisk uforsvarleg?

Eg vil gjerne kommentere ein artikkel av Kari Ronge i *Tidsskriftet* nr. 21/2002, der temaet er homofili (1). Eg siterer frå ein resolusjon som fleirtalet i Norsk psykiatrisk forening har slutta opp om: «Homofili er ingen sykdom eller sykelig tilstand og kan derfor ikke være gjenstand for behandling. En «behandling» hvis hensikt er å endre seksuell legning fra homofil til heterofil, må betraktes som etisk uforsvarlig og hører ikke hjemme i helsevesenet» (1).

Først nokre fakta: Over fleire tiår har det vorte hevda at ca. 10% av befolkninga er homofil. Dette er no tilbakevist i fleire undersøkingar, m.a. seksualvaneundersøkinga frå Oslo i fjor, der ein ut frå tala kan finne at under 1% av den norske befolkninga er homofile og lesbiske (2). I ei britisk og ei fransk undersøking vart det funne at berre 1,1% hadde seksuell erfaring med personar av same kjønn «siste året». Ei amerikansk undersøking viste i snitt 2,6% (3).

Mange homoseksuelle har ein usunn livsstil med promiskuitet, med fare for livsfarlige smittsame sjukdomar, som HIV/AIDS og syfilis. Dei som har anal samleie (også heterofile), har særleg risiko for m.a. hepatitt B, giardiasis, amoebiasis, Chlamydia trachomatis og herpes simplex.

Alkohol- og stoffproblem hos homoseksuelle er tre gongar så vanleg som i resten av befolkninga (3). Ein forskar, Michael Bailey, skriv m.a. at homofile, lesbiske eller bifile har ein livsvarig risiko for sjølvmoordstankar og -åtfærd, alvorleg depresjon, generalisert angstligning, åtferdsproblem og trong til nikotin som ligg frå 2,8 til 6,2 gongar høgare enn hos heteroseksuelle (4).

Den engelske forskaren Patricia Morgan hevdar i si bok (5) at homoseksuelle foreldre har fleire partnerar, er meir valdelege og er årsak til større frustrasjonar hos borna enn heteroseksuelle foreldre. Andre forskarar har konkludert med at born som veks opp med homoseksuelle «foreldre», har 3–4 gongar så høg risiko for å bli homoseksuelle som born elles i samfunnet (6).

Den behandlinga som innleiingsvis vert beskriven som etisk uforsvarleg, er den såkalla reorienteringsterapien. Merton Strommen refererer i si bok (3) til Throckmorton, som i ei oversikt over alle publiserte rapportar om reparativ terapi i 83 vitskaplege fagtidsskrift konkluderer med at slik terapi har effekt og kan gjennomførast på ein etisk måte.

Dersom det kjem ein homofil som ynskjer å endre seksuell legning, skal vi då avvise han avdi ei slik behandling er «etisk uforsvarlig og ikke hører hjemme i helsevese-