



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Tiazider i blodtrykksbehandlingen

I Tidsskriftet nr. 15/2003 presenterte Ingrid Os & Ingrid Toft kritiske bemerkninger (1) til min artikkel om tiazider som førstevalg i blodtrykksbehandlingen (2). De påpeker med rette at noen undergrupper av pasienter bør bruke andre medikamenter enn tiazider, blant annet pasienter med hjertesykdom.

Os & Toft legger stor vekt på hva tiazidbruk kan medføre av utslag på blodprøver, til tross for god dokumentasjon for at tiazider forebygger hjertesykdom og slag vel så effektivt som annen blodtrykksmedisin. De har rett i at vi ikke vet mye om effekter i et 20-årsperspektiv, men spekulasjoner egner seg ikke som grunnlag for kliniske anbefalinger. Dessuten vet vi enda mindre om langtids effektene av de nyere blodtrykksmedikamentene.

Os & Toft viser til Oslo-studien hvor man fant «en noe høyere forekomst av koronar hjertesykdom i pasientgruppen som fikk 50 mg hydroklortiazid i forhold til placebo». Eksemplet er villedende. For det første ble det brukt høydose tiazid i denne studien, og for det andre er den bare én av mange studier som har evaluert effekten av tiazid mot placebo. Systematiske oversikter over randomiserte kontrollerte studier viser at lavdosert tiazid forebygger koronar hjertesykdom (3, 4). Blant annet derfor er lavdosert tiazid, ikke høydose, standard i blodtrykksbehandlingen i dag. Det er uholdbart å trekke frem ett enkelt utfallsmål fra én enkelt studie som bevis på at tiazidbruk er beheftet med bivirkninger. Kliniske studier har gjennomgående vist at tiazidene tolereres spesielt godt (5).

Os & Toft erkjenner at «kostnadsaspektet er selvfølgelig viktig», men mener likevel at «kanskje er diskusjonen om tiazider eller ikke som førstevalg mindre interessant». Dette går ikke i hop. At norske leger lar være å forskrive tiazider som førstehandsmedikament, koster samfunnet flere hundre millioner kroner i året (6). Pengene brukes på dyre medikamenter uten bedre virkning enn tiazider. Dette må kalles irrasjonell forskrivningspraksis.

Noe av kritikken som Os & Toft retter mot ALLHAT-studien er berettiget, men kommentarene deres til klortalidondoseringen er forvirrende. I ALLHAT-studien ble det brukt 12,5–25 mg klortalidon (et tiazidliknende diuretikum). Dette regnes vanligvis som lavdosebehandling (3, 4),

men Os & Toft påstår det motsatte. De hevder videre at «klortalidon 25 mg tilsvarer 37,5–50 mg hydroklortiazid» uten referanse. Dette er ikke i samsvar med litteraturen (3, 4).

Atle Fretheim

Avdeling for helsetjenesteforskning
Sosial- og helsedirektoratet

Litteratur

1. Os I, Toft I. Tiazider i blodtrykksbehandlingen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2100–1.
2. Fretheim A. Tiazider – godt førstevalg ved hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1236.
3. Wright JM, Lee C, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a firstline drug? Can Med Assoc J 1999; 161: 25–32.
4. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. JAMA 2003; 289: 2534–44.
5. Wright JM. Choosing a first-line drug in the management of elevated blood pressure: what is the evidence? 1: Thiazide diuretics. Can Med Assoc J 2000; 163: 57–60.
6. Hafstad A. Billigst er best. Aftenposten (nettutgave) 31.12.2002. www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article.jhtml?articleID=463617 (18.8.2003).

Dagens SSRI-forskrivning forsvarlig legepraksis?

I et informasjonsmateriale om antidepressive legemidler heter det ifølge en artikkel i Tidsskriftet at «antidepressiver bidrar til å bringe den kjemiske forstyrrelsen i hjernen tilbake i balanse. På samme måte som insulin er nødvendig for å normalisere sukkerinnholdet i blodet hos en pasient med sukkersyke, og medisin for høyt blodtrykk er nødvendig for å senke blodtrykket, bidrar antidepressive medikamenter til å normalisere den kjemiske forstyrrelsen» (1).

Når leger forskriver selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), iverksettes en relativt aggressiv legemiddelbehandling uten at det på forhånd er målt eller dokumentert at serotoninnivået i hjernen hos pasientene virkelig er for lavt. Resultatet er at mennesker som har et normalt eller for høyt nivå av serotonin i hjernen, unødvendig utsettes for risiko for alvorlige bivirkninger. I registreringssøkningen for SSRI-preparatet Seroxat (2) angis det at symptomer som likner et serotonin syndrom, forekommer hos 1,3 % av de behandlede pasientene, og i en studie på friske frivillige ble legemidlet knyttet til abstinenseffekter hos omkring 85 % av deltakerne. Statens legemiddelverk vil sammen

med produsenten GlaxoSmithKline oppdatere preparatomtalen for Seroxat med en spesifikk advarsel mot bruk hos barn og ungdom grunnet bl.a. alvorlige seponeringsreaksjoner, økt risiko for selvpåføringsskader og suicidal oppførsel (3).

I dag er det ingen leger som vet om pasienter som behandles med SSRI-preparater, virkelig har for lave nivåer av serotonin. Er dette forsvarlig legepraksis?

Svein Reseland

Hosle

Litteratur

1. Kringlen E. Kan legemiddelindustrien ha en plass i oppfølging og informasjon til pasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1862.
2. Romøren B-LB. Novo-Nordisk A/S. Søknad om markedsføringstillatelse. 16.2.1990. Oslo: Statens legemiddelkontroll, 1990.
3. Berge M, Jacobsen S. Seroxat (paroksetin) og andre paroksetinpreparater: Advarsel mot bruk av paroksetin i behandling av depresjon hos barn og ungdom under 18 år. www.legemiddelverket.no/bivirk/bivirkninger.htm (11.6.2003).

Sykefravær som effektmål i forskning

Håkon Lie presenterte i Tidsskriftet nr. 15/2003 en intervensjonsstudie blant allmennleger i et distrikt, hvor kompetanseheving gjennom kurs, video, hospitering og takstsystemet ikke påvirket legenes sykkelingspraksis ved muskel- og skjelettlidelser (1).

Sykefraværet påvirkes av svært mange forhold, og bare en liten andel av dem er medisinske. Tolkningen av egne symptomer, forhold på arbeidsplassen og kulturelle forhold er noen stikkord. Sånn sett blir sykefravær nærmest umulig å bruke som effektmål på behandlingseffekt. Når muskel- og skjelettlidelser i stor grad er lite objektive, og når sykdomsforløpet er mer utsatt for subjektive vurderinger enn de fleste andre medisinske tilstander, blir troen på ren medisinsk kompetanseheving som middel til lavere sykefravær enda mindre.

40 % av pasientene i Lies materiale bestod av ryggpasienter (1). Det er usikkert om uspesifikke korsryggssmerter faktisk lar seg diagnostisere mer presist og hvordan dette i så fall skal få terapeutiske konsekvenser. Det er mulig å tolke Lies resultater som en støtte til norske, tverrfaglige retningslinjer for akutte korsryggssmerter (2), hvor nivå- og organdiagnostikk av 80 % av akutte rygglidelser ikke lar seg presisere nærmere på vitenskapelig grunnlag. Hvis

innholdet i kompetansehevingen var et forsøk på slik diagnostikk, tyder resultatene på at dette ikke har terapeutiske konsekvenser.

Vi må erkjenne at den vitenskapelige medisin ikke har svar på alle medisinske forhold. I møtet med pasienter med mer eller mindre objektiviserbare «vondter» er det viktig å rette oppmerksomheten mot arbeidets velsignelse for menneskets egenverd og de mentale barrierer pasienten måtte ha for å komme i gang igjen. Vi må ta i bruk kognitive behandlingsmetoder og bevisstgjøre pasienten på de uheldige effekter av langtidsykkefravær. Derfor blir det feil og forenklet når allmennleger i mediene tar til orde for at den generelle terskel for å «sykmelde seg» er for lav (3). Det er ennå hovedsakelig leger som sykmelder, selv om myndigheter later å tro at ved å spre denne rettighet på flere yrkesgrupper vil det totale sykefraværet synke (4). Fastlegeordningen gir oss et bedre grunnlag enn før til å påvirke sykmeldingsvarigheten.

I implementeringsprosjektet Aktiv Rygg i 18 bedrifter fant vi at bare 5,3 % av dem med ryggsmerte hadde fått tilpasset og kunnet forbli i arbeidssituasjonen gjennom siste episode med ryggsmerte (upubliserte data). Dette er et kraftig signal til arbeidslivet og bekrefter det generelle inntrykket om det økte presset arbeidstakere beskriver i sin arbeidssituasjon. De «lette» jobbene er borte.

Studien til Håkon Lie er prisverdig, men sykefravær er en svært komplisert størrelse.

Erik L. Werner
Arendal

Litteratur

1. Lie H. Reduseres sykefraværet ved kompetansehevende tiltak overfor primærlegen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2068–71.
2. Nasjonalt Ryggnettverk. Akutte korsryggsmerte. Tverrfaglige kliniske retningslinjer. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2001.
3. Intervju med lege Kåre Reiten. TV Norge, Aktuelt 22.8.2003.
4. Skogstrøm I. Veksten i sykefraværet kan reduseres. Henvisningsprosjektet. Aftenposten 13.1. 2003.

H. Lie svarer:

Erik Werner har helt rett; årsaken til det høye sykefraværet ved muskel- og skjelettlidelser er mangslungen, noe som også ble anført i artikkelen (1). Men Werner har ikke rett når han hevder at muskel- og skjelettlidelser i stor grad er lite objektive, og at sykdomsforløpet er mer utsatt for subjektive vurderinger enn de fleste andre medisinske tilstander.

Vi kan i dag stille en patologisk-anatomisk diagnose ved de fleste lidelser i ledd og columna. Som ellers i medisinen, er det sykehistorien, den kliniske undersøkelsen og supplerende undersøkelser som er bakgrunnen for vår diagnostikk. Bak alle sykmeldinger bør det ligge en klinisk

diagnose. Behandlingen og pasientens fremtidige arbeidsevne vil kunne bli høyst forskjellig avhengig om det er overveiende muskulær affeksjon eller en degenerativ lidelse i ledd eller columna som ligger bak pasientens plager. Det må legen ta med i sykmeldingsvurderingen og i spørsmålet om pasienten bør over i annet arbeid.

Alle L-diagnoser for de enkelte kroppssnitt i diagnoseregisteret ICPC er samlet i tabell 1 i artikkelen (1). Av disse utgjorde rygglidelse samlet i underkant av 40 %. Det betyr ikke at primærlegene ikke har foretatt en nærmere diagnostisering av rygglidelse. Også for rygglidelser som varer mer enn et par uker, kan vi i de fleste tilfeller foreta nærmere diagnostikk. På samme måte som ved for eksempel en akutt øvre luftveisinfeksjon, har en mer presis diagnostikk kanskje ikke så stor betydning i påvente av rask naturlig helbredelse. Men varer symptomene lenger enn et par uker eller residiverer hyppig, vil nok de fleste pasienter og leger gjerne vite hva dette skyldes, og hva som er prognose, behandling og behandlingseffekt. Til det er de angitte retningslinjene ved akutte korsryggssmerter, utarbeidet av Nasjonalt Ryggnettverk, til liten hjelp. Retningslinjene møtte kritikk fra allmennpraktikere for å være intetsigende og til liten nytte i den kliniske hverdag (2). I retningslinjene benyttes tre kjente årsaker til ryggssmerter (i tillegg til maligne lidelser og infeksjoner). Resten, ca. 85 %, karakteriseres som uspesifikke ryggglidelser. I diagnoseregisteret ICD-10 (3), som brukes ved alle norske sykehus, har man 52 ulike diagnoser ved ryggssmerter (i tillegg til maligne lidelser og infeksjoner).

Jeg tror fortsatt at pasient og lege er best tjent med et høyst mulig presisjonsnivå i all diagnostikk. Vår undersøkelse prøvde å tilstrebe dette. At ikke intervensjonen førte til redusert sykefravær, er det sannsynligvis mange årsaker til.

Håkon Lie
Oslo

Litteratur

1. Lie H. Reduseres sykefraværet ved kompetansehevende tiltak overfor primærlegen? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2068–71.
2. Fossum S. Intetsigende retningslinjer om akutte korsryggssmerter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1593.
3. ICD-10. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.

Flott bok om pest?

Per Holck anmeldte i Tidsskriftet nr. 15/2003 (1) en bok om pest i Norge (2). Hva er det som er så flott med denne boken? At den er en oppsummering av historiske feiltakelser om at denne Ebola-liknende virusinfeksjonen har noe med rotteoverført pest å gjøre? Ifølge dokumentarserien i NRK Fjernsynet nylig dreier det seg om en

Ebola-liknende viral smitte fra menneske til menneske. Kan virologer og andre eksperter kommentere dette?

Helge Lindberg
Øyer

Litteratur

1. Holck P. Flott bok om pest. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2093.
2. Benedictow OJ. Svartedauen og senere pestepidemier i Norge. Pestepidemiens historie i Norge 1348–1654. Oslo: Unipub, 2002.

P. Holck svarer:

De beskrivelser av pest i Norge som historikeren Ole Jørgen Benedictow har gitt i sin bok, hvor han baserer seg på skrevne kilder – altså øyenvitner, er etter min mening klart relatert til byllepest. Både de epidemiologiske (sesongrelaterte) og diagnostiske kjennetegn ved sykdommen har vært forenlig med smitte gjennom loppebitt. Jeg visste for øvrig ikke at *Yersinia pestis* var et virus.

Per Holck
Anatomisk institutt
Universitetet i Oslo

Med liten skrift

Med liten skrift, heter redaktørens leder i Tidsskriftet nr. 15/2003 (1). Endelig, tenkte jeg. Nå har redaktøren sett det; hvor liten skrift det er blitt i Tidsskriftet etter at den nye redaktøren overtok etter Magne Nylenna.

Men akk. Artikkelen handlet om privat helseforsikring. Greit nok det. Men når man nærmer seg de 70, trenger man lupe og ikke privat helseforsikring, i hvert fall for å kunne følge med i hva som står i Tidsskriftet nå for tiden.

Det kan selvsagt ha noe med det å gjøre at med alderen ser man noe dårligere. Vi er ganske mange. Er det håp?

Einar Skatteboe
Sandvika

Litteratur

1. Haug C. Med liten skrift. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2007.

Redaktøren svarer:

Skriften i Tidsskriftet er av samme størrelse og type som før, men papiret er nytt og hvitere. Dermed blir det visuelle inntrykket et annet. For de fleste er lesbarheten blitt bedre – som var intensjonen – men for enkelte synes det ikke slik. Vi arbeider for å finne en løsning som kan tilfredsstille også disse leserne.

Charlotte Haug