



Brev til redaktøren

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

Plastikkirurgi og etikk

Det har i den senere tid vært innlegg og diskusjoner i mediene om plastikkirurgier som forlater sykehusstillinger. I Tidsskriftet nr. 18/2003 har temaet fått stor plass (1, 2). Avdelingsoverlege ved Plastisk kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet, professor Frank Åbyholm, har vært særlig aktiv i diskusjonen.

Åbyholm mener at den enkelte leges moral og integritet er avgjørende for hvilket valg man gjør. Det er riktig. Åbyholm var med i den første etablerte privatklinikken for plastikkirurgi i Norge. Han var senere engasjert i to større plastikkirurgiske klinikker og arbeidet i lange perioder to dager per uke privat mens han var fulltidsengasjert som avdelingsoverlege. Han hadde også en periode en halv avtalehjemmel som privatpraktiserende plastikkirurg mens han var fulltidsengasjert ved Rikshospitalet. Åbyholm forsøkte senere å rekruttere tre overleger ved avdelingen til en privat plastikkirurgisk klinikk. Planene var kommet meget langt og skulle delvis finansieres av en stor brystproteseleverandør hvor Åbyholm var deleier. Planene strandet (ikke pga. Åbyholm), og to av legene startet senere en klinikk uten å involvere ham. Etter dette kom det et sceneskifte i Åbyholms holdning til privatpraksis. Han har nå etablert en kveldspoliklinikk ved sykehuset, og han har selv en merinntekt på mange hundre tusen kroner for administrasjon av denne. I realiteten administreres den av en sykepleier som også er ansatt ved sykehuset. Diskusjonen om moral og personlig integritet kommer på bakgrunn av det ovennevnte i et underlig lys. Da Åbyholm gjentatte ganger i mediene har gitt uttrykk for at privatpraktiserende plastikkirurger er grådige og har tvilsom moral, synes jeg denne lille bakgrunnsinformasjonen hører med. En annen sak er at jeg finner det påfallende at sykehusledelsen ikke har funnet det nødvendig å undersøke hvorfor samtlige overleger (med unntak av én) har sluttet ved avdelingen i årene 1990–2000.

Avdelingen har hatt pasientgrupper på mangeårige ventelister (opp mot 7–8 år), med den begrunnelse at sykehuset har andre og viktigere pasienter å ivareta. Dette er blitt fortalt pasientene i klartekst i de brev som har gått ut fra avdelingen. I den senere tid har private plastikkirurgiske klinikker operert mennesker som har stått på disse ventelistene. Det burde gi avdelingen god

anledning til å ta seg av de oppgavene de har ansett som viktigere. Forutsetningene burde derfor være gode for at privatklinikker og sykehusavdelinger skal kunne utfylle hverandre snarere enn å stå i et konkurranseforhold til hverandre. Dette ser også de fleste politikere og ledelsen i helseforetakene.

Knut Skolleborg
Colosseum-klinikken

Litteratur

1. Åbyholm FE. Plastikkirurgi i et kosmetisk marked. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2554.
2. Høie IM. Spesialiststrøm fra sykehusene – hva så? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2608–12.

Foranstående innlegg og kommentar-artikkelen *Plastikkirurger og yrkesetikk* er forelagt Frank Åbyholm, som ikke ønsker å svare.

Tiazider i blodtrykksbehandlingen

Ingrid Os & Ingrid Toft polemiserer i Tidsskriftet nr. 15/2003 (1) mot Atle Fretheims dokumentasjon for å anbefale tiazider som førstevalg i behandlingen av hypertensjon (2). På tross av solid dokumentasjon har tiaziddiuretika tapt marked til fordel for mer kostbar og noen ganger udokumentert antihypertensiv behandling i Norge. Vi mener det er kritikkverdig at norske hypertensjologer har bidratt til en slik utvikling.

Vi er enige med Os & Toft i at tiazider brukes for lite i hypertensjonsbehandlingen i Norge, og at tiazider (eller andre diuretika) bør inngå i kombinasjonsbehandling. Vi deler også forfatterens intensjon om at pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdom må behandles adekvat. Vi stiller oss imidlertid undrende til det vi oppfatter som selektiv sitatkunst i kommentar-artikkelen. Vi kan heller ikke forstå hvorfor Os & Toft blander sammen begrepene førstevalg med monoterapi. Fretheim anbefaler tiazider som førstevalgsbehandling, ikke som monoterapi (2).

Tiazider i lav dose er i liten grad forbundet med metabolske bivirkninger (3). Tiazider tolereres godt, og sammenliknet med andre antihypertensiver er det en høy grad av langtidssetterlevelse med slik behandling (4). Tiazider kan også måle seg

med de nyere antihypertensiver hva gjelder effekt på harde endepunkter.

I stedet for å legge for mye vekt på oppnåelse av et bestemt målblodtrykk, slik Os & Toft gjør, bør vi se på pasientens totale risikostatus. Andre intervensjoner med dokumentert effekt på harde endepunkter bør da iverksettes. Helsepersonelloven hjemler at leger iverksetter slike behandlinger ut fra en vurdering av kostnadseffektivitet, slik retningslinjene fra Norsk selskap for allmennmedisin legger opp til (5).

Ingrid Os oppgir at hun har mottatt reise- støtte til kongresser, at hun har deltatt i studier og mottatt honorar for foredrag fra flere farmasøytiske firmaer (1). Hvis interessekonflikt er til stede, stilles det særlige krav om saklighet og kritisk vurderings- evne. Vi mener at deler av Os & Tofts artikkel ikke tilfredsstillende slike krav.

Eivind Meland
Signe Flottorp
Bergen/Oslo

Litteratur

1. Os I, Toft I. Tiazider i blodtrykksbehandlingen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2100–1.
2. Fretheim A. Tiazider – godt førstevalg ved hypertoni. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1236.
3. Carlsen JE, Køber L, Torp-Pedersen CT, Johansen P. Optimal dosis av bendroflumetiazid ved hypertensjon. En randomiseret dobbelblind doseresponsundersøgelse. Ugeskr Læger 1990; 152: 3072–5.
4. Landmark K. Er de nyere antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.
5. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.

1. Os & I. Toft svarer:

Vi har i vårt innlegg omtalt det vi har oppfattet som svakheter ved ALLHAT-studien (1). Valg av klortalidon som studiemedikament vakte også en viss oppsikt i USA siden det var i utakt med forskrivningspraksis. Hydroklortiazid ble brukt 20 ganger så hyppig som klortalidon. ALLHAT-forfatterne vedgår selv svakheter ved studien, bl.a. at blodtrykkene kom ulikt ut i gruppene, at behandlingsopplegget var spesielt og favoriserte klortalidongruppen, og at det kan være usikkerhet forbundet med å ekstrapolere data fra ett medikament til et annet i samme medikamentklasse (2).

ALLHAT-forfatterne tar også opp uheldige effekter av klortalidon, spesielt