

Presidenten svarer:

Harald T. Andersen har tolket ordvalget i presidentens leder i Tidsskriftet nr. 11/2004 (1) dit hen at bare «pasienter som er i behandling har fulle rettigheter etter pasientrettighetsloven, mens rusmisbrukere som venter på behandling, ikke omfattes tilsvarende av lovens bestemmelser». En slik tolking beror på en språklig misforståelse, og jeg kan se at det er mulig å misforstå formuleringen i den retning Arnesen påpeker.

Innledningsvis skriver jeg at «rusreformene som trådte i kraft 1. januar 2004, innebærer at ansvaret for helsetjenester til rusmiddelmissbrukere er overført til spesialisthelsetjenesten, og at lov om pasientrettigheter gjelder når de får behandling for misbruket sitt». Punktum kunne vært satt etter ordet «gjelder» og meningen ville vært entydig. Min hensikt var å påpeke det positive i at forvaltningen av helsetjenester til rusmiddelmissbrukere er overført til spesialisthelsetjenesten, fordi det betyr at disse pasientene nå har de samme rettigheter til helsetjenester som alle andre pasienter og det samme juridiske vernet, hjemlet i lov om pasientrettigheter. Slik var det ikke før 1.1. 2004. Etter Legeforeningens syn vil endringen i lovverket bidra til at forholdene kan legges bedre til rette for å etablere fullverdige tilbud til denne svake pasientgruppen, men det er fortsatt langt frem.

Hans Kristian Bakke

Den norske lægeforening

Litteratur

1. Bakke HK. Mer metadon – mindre rehabilitering. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1559.

Stativer og hypertensjon

Arne Svilaas og medarbeidere slår i en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 13/2004 et slag for bedre behandling av pasienter med hypertensjon (1). Jeg er helt enig i vurderingen av behovet for god behandling av denne pasientgruppen med hensyn til flere risikofaktorer.

Dessverre skjemmes artikkelen av en enkel, men likevel graverende feil: Prisen for atorvastatin (Lipitor) 10 mg angis til 1 500 kroner per år. Dette tallet er galt. Prisen for Lipitor 10 mg daglig for ett år, regnet ut på billigste måte, er ca. 3 200 kroner. 2. april 2004 kostet 100 tabletter 877 kroner i en norsk apotekkjede. Pris per dag blir 8,77 kroner og årspris 8,77 kroner x 365 dager = 3201,05 kroner. Da blir det et helt annet regnestykke: Prisen for 150 pasientår blir 3 200 kroner x 150 = 480 000 kroner, ikke 225 000 kroner som forfatterne hevder. Den direkte økonomiske gevinsten ved å bruke et statin til den prisen er ikke stor.

På det internasjonale markedet har prisen for et annet statin, simvastatin, nå falt til

ca. 600 kroner året for en dose som tilsvarer 10 mg atorvastatin. Hvis vi kan få til slike priser i Norge, vil de økonomiske konsekvensene av slik behandling endre seg dramatisk. Prisen for 150 pasientår vil da være 90 000 kroner, og det er en meget rimelig pris for å forhindre et tilfelle av hjerneslag eller hjerteinfarkt. Da vil behandlingen av pasienter med samme risiko som dem ble inkludert i ASCOT-LLA-studien, være svært lønnsom.

Steinar Madsen

Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statin forebygger hjerteinfarkt og hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1821.

A. Svilaas og medarbeidere svarer:

Vårt regnestykke er basert på rimeligste medikasjon med Lipitor 10 mg som oppnås ved å forskrive 40 mg tabletter og dele dem i fire. Da blir dagsprisen kr 4,16. Deling av en Lipitor 40 mg tablett går lett ved bruk av kniv eller tablettdele. Om tablettstykkene ikke blir like store, har liten betydning, blant annet på grunn av atorvastatins lange halveringstid (14 timer). Simvastatin er for tiden markedets rimeligste statin, mens ASCOT-LLA-studien ble gjort med atorvastatin. Man kan ikke uten videre overføre det gunstige resultatet i ASCOT-studien til tilsvarende resultat med annet statin.

Arne Svilaas

Universitetet i Tromsø

Sverre E. Kjeldsen

Kjell Midtbø

Arne Westheim

Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen

Moss

Tiazider (alene) og harde endepunkter

«Vi kjenner ingen studie der tiazider alene har vist positiv effekt på harde endepunkter ved blodtrycksbehandling,» skriver Arne Svilaas og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 13–14/2004 (1). Noen av de samme artikkelforfatterne har tidligere skrevet: «Det er vist i mange randomiserte, prospektive kontrollerte kliniske forsøk at behandling av hypertensjon med diuretika og/eller betablokkere har preventiv effekt på kardiovaskulære senkomplikasjoner» (2).

De som er lei av tiaziddebatten, må ha oss unnskyldt, men vi kan ikke la være å dele vår undring over disse motstridende utsagnene.

I alle større kliniske studier effekten av blodtrykksmidler er testet, har man tillatt bruk av tilleggsmedikasjon for å nå fastsatte

behandlingsmål. Er det dette forfatterne sikter til når de hevder at tiazider *alene* ikke har vist positiv effekt i studiene som er gjennomført? I så fall – betyr det at forfatterne mener at konklusjonene som tidligere har vært trukket av gjennomførte blodtrykksstudier, må revideres? Kjenner artikkelforfatterne til studier der ikke-tiazider alene har vist positiv effekt på harde endepunkter ved blodtrycksbehandling?

Vi er enig i at det er viktig å sette søke-lyset på harde endepunkter. Det finnes etter hvert flere gode systematiske oversikter som på grunnlag av kliniske kontrollerte forsøk oppsummerer effekten av ulike blodtrykksmidler på de viktigste utfallene (3–5). Det entydige budskapet er at tiazidene forebygger kardiovaskulær sykdom like godt eller bedre enn alternative blodtrykksmedikamenter.

Signe Flottorp

Atle Fretheim

Oslo

Litteratur

1. Svilaas A, Kjeldsen SE, Midtbø K et al. Statin forebygger hjerteinfarkt og hjerneslag. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1821.
2. Kjeldsen SE, Syvertsen JO, Lund-Johansen P. Status for pågående kontrollerte kliniske hypertensjonsforsøk. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 61–3.
3. Psaty BM, Lumley T, Furberg CD et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: A network meta-analysis. JAMA; 289: 2534–44.
4. Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug? CMAJ 1999; 161: 25–32.
5. Turnbull F. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003; 362: 1527–35.

A. Svilaas og medarbeidere svarer:

Det er ingen motsetning mellom våre utsagn om bruk av tiazider, slik Flottorp & Fretheim hevder. Våre uttalelser må settes inn i riktig sammenheng og gjaldt forebygging av koronarsykdom, som er målet med ASCOT-studien. Tiazidbasert behandling har vist seg å forebygge hjerneslag. Men så vidt vi vet, har aldri noen studie vist at slik behandling forebygger koronarsykdom. Både i Oslo-undersøkelsen og i MRC-1-studien økte tiazider risikoen for koronarsykdom (1, 2).

Sitatet fra vår artikkel i 1996 gjelder diuretikabehandling i sin alminnelighet og kombinasjon med betablokker i sin særdeleshet. Flere av oss er blant de sterkeste forkjempere for å bevare diuretika og betablokker i små tolererte doser i kombinasjonsbehandlingen av høyt blodtrykk.

Signe Flottorp & Atle Fretheim har forstått det riktig når de fremhever at kombinasjonsbehandling inklusive tiazider er viktig for forebygging av de fleste hjerte- og karkomplikasjoner ved hypertensjon.

Likevel feilsiterer de budskapet fra metaanalysene. Disse sier ikke at tiazider forebygger koronarsykdom like godt eller bedre, men at blodtrykkssenkningen som er oppnådd med kombinasjonsbehandling, er avgjørende. Alle de store, kontrollerte kliniske forsøkene med harde endepunkter de senere år er basert på behandlingsregimer der tiazider kan gis som tillegg i en av grenene, og ikke alene. Derfor kan disse studiene ikke påvise noen effekt av tiazider alene.

Tiazider i små doser bør inngå i kombinasjonsbehandling hos eldre med alvorlig og komplisert hypertoni, der man må få ned blodtrykket for å forebygge hjerneslag og hjertesvikt. Til yngre og middelaldrende pasienter med mild til moderat hypertensjon, der man først og fremst skal forhindre utvikling av koronarsykdom, er tiazidbruk alene helt malplassert som førstevalg. Dokumentasjonen per i dag har vist at slik behandling øker risikoen for koronarsykdom og diabetes hos disse pasientene, som det er svært mange av. Flottorp & Fretheim gjør seg til talspersoner for samme katastrofale feil som norske myndigheter har begått ved å innføre tiazider som tvunget førstevalg til denne pasientgruppe. De har ikke forstått eller villet forstå vårt hovedpoeng.

Arne Svilaas

Universitetet i Tromsø

Sverre E. Kjeldsen

Kjell Midtbø

Arne Westheim

Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen

Moss

Litteratur

1. Leren P, Helgeland A. Coronary heart disease and treatment of hypertension. Some Oslo Study data. *Am J Med* 1986; 80: 3–6.
2. Green KG. British MRC trial of treatment for mild hypertension – a more favorable interpretation. *Am J Hypertens* 1991; 4: 723–4.

Tattoo, human identity and new fashion

Tattoos and other forms of body art have recently become a popular fashion accessories worldwide (1). Despite their ornamental and psychological attributes they can carry considerable health risks (2). I read with interest two articles published in *Tidsskriftet* No. 7/2004 on this subject (1, 2) and would like to add the following comments with a transcultural perspective to these issues (3–5).

Pozgain et al (3) examined the association between the tattoo(s) and human personality traits in the sample population of Croatian war veterans and concluded that the tattooed war veterans demonstrated higher levels of impulsiveness, adventurousness, empathy, and neuroticism than the non-tattooed ones. Armstrong et al (4) examined the incidence of tattooing amongst U.S. Army soldiers, i.e. basic recruits and advanced individual training students (N = 1,835), and reported that more than one third (36 %) of the soldiers were tattooed, with 22 % possessing three or more tattoos.

There are very few differences in the childhood experiences or personality characteristics of people with or without body modifications, including tattoos. Tattoos and piercings in U.S. college students are associated with significantly more risk-taking behavior, greater use of alcohol and marijuana, and less social conformity. Although tattooing is no longer confined to the circle of sociopaths and delinquents, it is known, that criminal offenders have always had heightened tendencies towards body ornamentation.

Most tattoos are applied for the sake of fashion. The main reasons for removal are enhancement of self-esteem and social,

domestic and family reasons. In those patients attending for removal, most tattoos are applied impulsively and inexpensively in youth.

Almost 50 % of all tattoos are being done on women. Most women obtain tattoos as an expression of individuality. Strong support for tattoo acquisition is usually received from the significant other in the women's life and friends, while mild support is received from mothers, siblings and children. Most women cite a lack of, or negative response from their fathers, physicians, and the general public. In recent years body tattooing in unconventional sites (lumbar area, lower abdomen, breast) has gained increasing popularity among young women, including in pregnancy (5).

Psychiatric disorders, such as antisocial or borderline personality disorders, alcohol and/or drug abuse are frequently associated with tattoos. Finding a tattoo on physical examination should therefore alert the clinician to the possibility of an underlying psychiatric condition.

Krzysztof M. Kuczkowski

University of California San Diego

Litteratur

1. Vik LJ, Breidablik HJ, Ekland TJ et al. Kroppsdekoring, helse og identitetsutvikling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 960–2.
2. Charnock C. Tatoveringsløsninger forurenset av bakterier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 933–5.
3. Pozgain I, Barkic J, Filakovic P et al. Tattoo and personality traits in croatian veterans. *Yonsei Med J* 2004; 45: 300–5.
4. Armstrong ML, Murphy KP, Sallee A et al. Tattooed Army soldiers: examining the incidence, behavior, and risk. *Mil Med* 2000; 165: 135–41.
5. Kuczkowski KM. Diagnostic tattoo in a parturient with «ecstasy» use. *Anaesthesia* 2003; 58: 1251–2.