



Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Hemodynamiske forandringer i nyre ved høyresidig hjertesvikt

Vi har med interesse lest artikkelen til Ragnar Eriksen og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 6/2006, der de presenterer en grundig undersøkelse med 23 pasienter med høyresidig hjertesvikt (1). De konkluderer med at hjertesvikt medfører økt renal resistens- og pulsindeks (eller pulsilitetsindeks) pga. trykkstigning i nyrene og nyreparenkym. Vi tillater oss å knytte noen kommentarer til dette, da vi er noe uenig i tolkingen av funnene.

Det har lenge vært kjent at økt resistensindeks (RI) for intrarenal blodstrøm korrelerer med grad av nyreskade ved primær nyresykdom og kan brukes til å predikere det videre forløp (2, 3). I 2005 publiserte Derchi og medarbeidere en stor studie med 291 pasienter, der man så på resistensindeks hos pasienter med primær hypertensjon og lett nedsatt nyrefunksjon, dvs. med kalkulert glomerulær filtrasjonsrate (GFR) 60–90 ved bruk av Cockcroft-Gaults formel (4). Økt RI-verdi var assosiert med selv meget lettgradig redusert glomerulær filtrasjon, hyperlipidemi og tilstedeværelse av mikroalbuminuri. Forfatterne var meget forsiktige i tolkingen av sine funn, men antydte en sammenheng mellom økt RI-verdi og aterosklerose. Vigna og medarbeidere fant forhøyet intrarenal resistens hos pasienter med kronisk hjertesvikt (5). Det er også kjent at det hos pasienter med levercirrhose kan være forhøyet intrarenal RI-verdi. Mekanismen for dette er trolig komplisert – det kan være et samspill mellom ulike faktorer, blant annet renin-angiotensin-aktivering og vasokonstriksjon av efferent arteriole.

Eriksen og medarbeidere sammenlikner i sin studie (1) to grupper. Den ene gruppen hadde i gjennomsnitt dårligere nyrefunksjon enn pasientene i studien til Derchi og medarbeidere (4). Lipidverdier eller grad av proteinuri er ikke oppgitt i Eriksen og medarbeideres studie (1). På bakgrunn av de funn som presenteres kan redusert nyrefunksjon i seg selv muligens forklare RI-funnet, uavhengig av grad av høyresidig hjertesvikt. Vi tror således at det i denne studien kan være flere årsaker til forhøyet resistensindeks for intrarenal blodstrøm hos pasienter med høyresvikt.

Litteratur

1. Eriksen R, Vegsundvaag J, Hole T et al. Hemodynamiske forandringer i lever og nyre ved høyresidig hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 743–6.
2. Ikee R, Kobayashi S, Hemmi N et al. Correlation between the resistive index by doppler ultrasound and kidney function and histology. Am J Kidney Diseases 2005; 46: 603–9.
3. Radermacher J, Chavan A, Bleck J et al. Use of Doppler ultrasonography to predict the outcome of therapy for renal-artery stenosis. N Engl J Med 2001; 344: 410–7.
4. Derchi LE, Leoncini G, Parodi D et al. Mild renal dysfunction and renal vascular resistance in primary hypertension. Am J Hypertension 2005; 18: 966–71.
5. Vigna C, Perna GP, Pacilli MA et al. [Doppler flow-velocity analysis of the renal arteries in left ventricular dysfunction.] G Ital Cardiol 1996; 26: 639–46.

R. Eriksen svarer:

Takk for interessante tilbakemeldinger fra Midtvedt & Brabrand. Vi er selvsagt ikke uenig i at renal resistensindeks (RI) kan påvirkes av flere ulike faktorer, og ser ikke bort fra at for eksempel aktivering av angiotensinsystemet kan bidra til å forklare høye verdier for renal resistens hos pasienter med høyresvikt.

Imidlertid kan vi heller ikke se bort fra det faktum at kaval hypertensjon gir trykkmidierte variasjoner i gjennomstrømmingen i både levervene og portvene, slik det fremgår av vår artikkel. Det er derfor nok så nærliggende å tenke seg samme grad av trykkpåvirkning også i nyrevenen, og dermed også i nyreparenkymet. I gruppen med høyresvikt fant vi eksempler på bifasisk gjennomstrømningskurve i intrarenale vener, der blodstrømmen forbigående var reversert under atriekontraksjonen. Dette ble observert hos flere av pasientene, men er ikke tatt med i vår artikkel, da vi i denne konsentrerte oss om resistensindeks og pulsindeks (PI), som jo måles på den arterielle siden. I gruppen pasienter uten hjertesvikt var intrarenal venegjennomstrømming normal hos samtlige.

Noe av hensikten med vår artikkel var å peke på at endring i gjennomstrømmingen i cava (og tilførende vener) gjenspeiler endringer i det intravasale trykket. Ved gjennomgang av tilgjengelig litteratur undret vi oss over at hemodynamiske forandringer ikke nevnes som én mulig forklaring på at pasienter med høyresvikt også kan ha trykkmidiert høy renal RI-verdi.

Ragnar Eriksen
Ålesund Sjukehus

Karsten Midtvedt
Knut Brabrand
Rikshospitalet

Akershus universitetssykehus og tilbaketrekking av artikkel

En oversiktsartikkel i Tidsskriftet nr. 7/2005 (1) ble trukket tilbake av forfatterne i et innlegg i Tidsskriftet nr. 15/2005 (2). Som arbeidsgiver for en av medforfatterne ble Akershus universitetssykehus i forkant gjort oppmerksom på forholdet i et brev fra redaktør Charlotte Haug, datert 5.8. 2005. Tilbaketrekkingen er blitt kommentert på lederplass to ganger, senest i Tidsskriftet nr. 3/2006 (3, 4).

I lys av avsløringer om forskningsjuks ved Radiumhospitalet-Rikshospitalet og diskusjoner vedrørende medforfatteres ansvar og oppgaver vil vi gjøre oppmerksom på at den aktuelle saken ble behandlet av foretaksledelsen ved Akershus universitetssykehus høsten 2005. Saken ble fulgt opp av ledelsen i den aktuelle avdelingen overfor den involverte medarbeideren i henhold til de rutiner vi har etablert i helseforetaket. Foretaksledelsen har sett det som hensiktsmessig å benytte saken som grunnlag for også internt i foretaket å minne om hvilke forpliktelser som påhviler hver enkelt medforfatter.

Erik K. Normann
Geir Bukholm

Akershus universitetssykehus

Litteratur

1. Midgard R, Seland JH, Hovdal H et al. Optikusnevritt – diagnose, behandling og oppfølging. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 425–8. Tilbaketrekking: Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2056.
2. Midgard R, Seland JH, Hovdal H et al. Tilbaketrekkingssbrev. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2056. Tilbaketrekking av: Midgard R, Seland JH, Hovdal H et al. Optikusnevritt – diagnose, behandling og oppfølging. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 425–8.
3. Haug C. Å skrive selv eller skrive selv – er det så nøye? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1985.
4. Haug C. Å finne ut eller å finne på – den lille forskjellen. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 293.

Å påvirke det upåvirkelige

Mange av oss har lenge visst at legemiddelprodusenter er maktbastioner som styrer sine prioriteringer ut ifra profittthensyn. Riktignok vil de alle fremstå som pasientens beste venn, men det er en nødvendig del av en markedsføring som maksimerer fortjenesten. For å få tillit i markedet – først og fremst hos legene – er det viktig stadig

å utvikle bedre og/eller billigere produkter eller produkter som brukerne tror er bedre.

Vel vitende om produsentenes sans for det pekuniære prøvde jeg å påvirke dem til å utvikle et produkt som kunne forebygge føling ved diabetes. Det er særlig to situasjoner som aktualiserer følingsproblematikken, nemlig bilkjøring og søvn. Jeg tenkte at dersom det kunne utvikles et registreringsapparat for blodsukkernivå med jevnlig, rutinerte målinger, slik at apparatet også kunne varsle ved kritisk fallende eller stigende blodsukkerverdier, ville den enkelte diabetiker bedre kunne forebygge kritiske episoder. I min henvendelse til en rekke aktuelle legemiddelfirmaer poengterte jeg at dette burde det være et stort marked for.

Mine henvendelser falt på stengrunn. Det var i det hele tatt vanskelig å komme frem til forsknings- og utviklingsenhetene, og jeg ble møtt med likegyldighet eller direkte negative reaksjoner. Jeg kontaktet også et senter for medisinsk kommunikasjon i Tromsø. Der fikk jeg vite at de holdt på å utvikle et varslingsystem der foreldre kunne følge med på barns blodsukkerverdier. Da jeg på spørsmål opplyste at jeg ikke representerte noen økonomiske interesser, ble det stille. Mine erfaringer kan tyde på at det ikke nødvendigvis er diabetikernes ve og vel som står i sentrum i forsknings- og utviklingsmiljøene, i hvert fall ikke for de profitbaserte.

Magne Berg
Hakadal

God praksis – hva er det?

I en artikkel i Tidsskriftet nr. 5/2006 klarer Olav Molven og medarbeidere en del av prosessene omkring vurderingen av forsvarlighetskravet i helsepersonelloven og sammenhengen med å gi advarsel til helsepersonell pga. uforsvarlig virksomhet (1). De retter særlig oppmerksomheten mot om helsepersonell utfører sin virksomhet riktig i henhold til «god praksis». Det vises imidlertid ikke til noe eksisterende system som skal sikre at «god praksis» er riktig praksis i henhold til helsevesenets overordnede målsetting – å sikre økt livslengde og god livskvalitet.

God praksis er ifølge artikkelforfatterne fra Statens helsetilsyn dels beskrevet i lærebøker, dels i lokale og nasjonale faglige retningslinjer. Slik forfatterne ordlegger seg, får man inntrykk av at Statens helsetilsyn ofte mangler nasjonale retningslinjer og må ta utgangspunkt i «yrkesgruppens fagforståelse» når det skal avgjøres om det er handlet i samsvar med god praksis. Begrepet «yrkesgruppens fagforståelse» er ikke entydig, og det kan være konflikter mellom ulike fagmiljøer. Det er uklart hvordan man i Statens helsetilsyn arbeider for å kartlegge fagforståelsen fra alle rele-

vante fagmiljøer når en leges behandling av en pasient skal vurderes.

En metode for utredning og/eller behandling som gir økt helsegevinst i forhold til eksisterende praksis bør raskest mulig kunne implementeres i offisielle retningslinjer for god praksis. Dette forutsetter selvsagt en effektiv kontinuerlig kvalitetsmessig overvåking av eksisterende praksis, med beregnede resultater for helsegevinsten ved ulike behandlingsalternativer. Innholdet i begrepet «god praksis» er dynamisk og må til enhver tid reflektere den metoden som gir best helsegevinst for pasientene.

Vi savner en forsikring fra Statens helsetilsyn om at den faglige standard i norsk helsevesen er kvalitetssikret og forankret i faglig-vitenskapelig dokumentasjon, hvor kvalitetskontroll gjennomføres systematisk og hvor det utføres ekstern kontroll og revisjon. Et slikt internkontrollsystem (2, 3) er en forutsetning for å utvikle og oppdatere nasjonale faglige retningslinjer. Man må sikre at informasjon om slike retningslinjer når ut til alle som arbeider i helsevesenet. Det er vanskelig å forstå hvordan Statens helsetilsyn kan gi leger advarsel når retningslinjene i liten grad er formidlet til helsepersonell eller kvalitetssikret og dokumentert vitenskapelig. Ifølge en artikkel i Tidsskriftet nr. 2/2006 hadde Statens helsetilsyn og fylkeslegen sammenfallende vurdering i bare 44 % av sakene som ble vurdert (4). Det synes derfor som om mangelen på klare retningslinjer gir en stor grad av tilfeldighet om en leges handling vurderes som forsvarlig eller ikke.

Statens helsetilsyn har en stor utfordring i å bestemme hvilke faggrupper som har ansvar for å fastsette normer for utredning og behandling av en sykdom og å sikre at god praksis skal utvikles som følge av ny kunnskap og erfaringer nasjonalt og internasjonalt.

Helge Oftebro
Farsund

Jahn-Olaf Olsen
Mandal

Even Tjørve
Lillehammer

Litteratur

1. Molven O, Holmboe J, Cordt-Hansen K. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 643–4.
2. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR 2002-12-20 nr. 1731. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2002.
3. The role of government in supervision and monitoring in Norway. Quality in health care. Norwegian Board Of Health Report Series, Report 8/2002. Oslo: Helsedirektoratet, 2002.
4. Bratland SZ. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 166–9.

O. Molven & J. Holmboe svarer:

Det er positivt at Helge Oftebro og medarbeidere og forhåpentlig også andre benytter uttalelser og avgjørelser fra tilsynsmyndig-

heten til å starte viktige faglige debatter. Oftebro gir oss en anledning til å utdype vårt innlegg når det gjelder den faglige standard vi må veie tilsynssaker opp mot.

Helsetilsynet må vurdere en del forhold/hendelser opp mot hva som må antas å være gjeldende praksis i norsk helsetjeneste. I mange sammenhenger vil dette kunne utledes av nasjonale veiledere fra fagmiljøer eller myndigheter. For mange fagområder legger Helsetilsynet til grunn at oppdaterte norske lærebøker og håndbøker reflekterer dette. I spørsmål der tilsynsmyndigheten mangler denne typen nasjonal standard, må den benytte faglige vurderinger fra toneangivende norske miljøer. Ofte er det universitetsmiljøene. Når Helsetilsynet har behov for å innhente sakkyndige vurderinger i enkeltsaker, legges imidlertid vekt på at den de representerer relativt likeartet tjeneste som de innklagede kommer fra (likemannsprinsippet).

De enkelte tjenesteytere er ikke avskåret fra å benytte behandlingsmetoder som ikke er allment akseptert i det norske fagmiljøet. Imidlertid vil en slik aktivitet ofte måtte bli å betrakte som eksperimentell eller utprøvende. Da vil Helsetilsynet legge til grunn et føre var-prinsipp, som innebærer ekstra krav til vurderingene som gjøres, dokumentasjon av behandlingen og evaluering av denne.

Når det gjelder forståelsen i helsetilsynet i fylkene og Statens helsetilsyn om hvorvidt handlinger/forhold har vært uforsvarlige eller ikke, viser artikkelen som Oftebro og medarbeidere henviser til at det er 75 % sammenfall i vurderingene (1). En annen sak er at Statens helsetilsyn ikke gir advarsel i alle tilfeller der det er handlet uforsvarlig.

Olav Molven
Jørgen Holmboe
Statens helsetilsyn

Litteratur

1. Bratland SZ. Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen 2006, 126: 166–9.

Rådet for legeetikk, rottegift, inhabilitet og sitatfusk

Per Helge Måseide polemiserer i Tidsskriftet nr. 7/2006 mot Rådet for legeetikk for at de har kommet med kritikk av meg for at jeg ikke kontrollerte hvordan jeg ble gjengitt i Dagbladet 11.2. 2004 i den såkalte tiazidsaken (1). I sitt tilsvarende svar skriver Jo Telje på vegne av rådet: «Den aktuelle saken viser jo nettopp at journalisten har feiltolket og spisset et utsagn som Kjeldsen sier han ikke fikk endret» (2).

Det er faktisk verre enn det. I et innlegg i Tidsskriftet nr. 5/2006 refererte jeg det meningsløse sitatet som jeg ble konfrontert med av Dagbladet: «Vann drivende medisin er veldig bra brukt i små doser og sammen med andre medisiner. Når rotter får i seg det