



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.

Medikamentell behandling ved akutt hjertesvikt

I sin artikkel om behandling av akutt hjertesvikt i Tidsskriftet nr. 6/2006 omtaler Anders Hodt og medarbeidere nesiritide, en rekombinant B-type natriuretisk faktor (1). Jeg antar det er Tidsskriftets svært lange trykktid som er årsak til at forfatterne unnlater å omtale to publikasjoner som dokumenterer overdødelighet hos pasienter behandlet med nesiritide, antakelig pga. utvikling av akutt nyresvikt (2, 3).

Akutt nyresvikt er sterkt assosiert med overdødelighet etter akutt hjerteinfarkt og perkutan intervensjon (4). For å forebygge nyresvikt kan behandling av akutt hjertesvikt måtte innebære et kompromiss i forhold til «ideell» sviktbehandling. «Nyreprotektive» medikamenter finnes dessverre ikke. Man må derfor sørge for at pasientens oksygenering er optimal, og at hjerteminuttvolum og blodtrykk er tilstrekkelig for adekvat nyreperfusjon. Invasiv monitorering av hjerteminuttvolum, volumstatus og perifer motstand vil sammen med gjentatt ekkokardiografi lette behandling med vasoaktive medikamenter, inotrope medikamenter og væske.

Pasienter med akutt hjertesvikt er vanligvis ikke volumbelastet, men har heller sentralisert sirkulasjon og høy perifer motstand. Nitrater og forsiktig volumtilskudd (krystalloider) bør derfor være førstevalg og foretrekkes fremfor furosemid, som kan gi ytterligere væskeunderskudd og derved høyere perifer motstand (5). Behandling med nitroprussid er standardbehandling ved akutt alvorlig sirkulasjonssvikt i Rikshospitalets intensivavsnitt, og vår erfaring er at bivirkninger forekommer sjelden. Der man ikke oppnår tilfredsstillende sirkulasjon ved hjelp av nitrater, kan inotrope medikamenter være aktuelle. Anvendelse av betaadrenerge medikamenter og fosfodiesterasehemmere kan imidlertid lett komme i konflikt med ønsket om å avlaste hjertet. Hodt og medarbeidere omtaler nye inotrope medikamenter som er mangelfullt dokumentert. Dette gjelder også all annen behandling ved akutt alvorlig hjertesvikt. Som forfatterne antyder bør imidlertid ikke mangelfull dokumentasjon hindre enhver anvendelse, men snarere stimulere til nye studier.

Jon Henrik Laake
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Hodt A, Steine K, Atar D. Medikamentell og ventilatorisk behandling ved akutt hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 749–52.
2. Sackner-Bernstein JD, Kowalski M, Fox M et al. Short-term risk of death after treatment with nesiritide for decompensated heart failure: a pooled analysis of randomized controlled trials. JAMA 2005; 293: 1900–5.
3. Sackner-Bernstein JD, Skopicki HA, Aaronson KD. Risk of worsening renal function with nesiritide in patients with acutely decompensated heart failure. Circulation 2005; 111: 1487–91.
4. Rihal CS, Textor SC, Grill DE et al. Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention. Circulation 2002; 105: 2259–64.
5. Northridge D. Frusemide or nitrates for acute heart failure? Lancet 1996; 347: 667–8.

A. Hodt:

Vi takker Jon Henrik Laake for verdifull tilleggs kommentar til vår artikkel om behandling av akutt hjertesvikt og slutter oss til hans presiseringer.

Anders Hodt
Aker universitetssykehus

Rett til nødvendig helsehjelp

Takk til Knut Rasmussen, som i Tidsskriftet nr. 8/2006 setter på dagsordenen pasientrettighetsloven § 2-1 (1). Slik jeg forstår Rasmussen, er det bare de sykeste («en svært syk pasientgruppe») som skal ha rett til helsehjelp innen en definert frist. Han går i rette med fagfelter som «med gjennomsnittlig meget lav alvorlighetsgrad hos pasientene opererer med meget høye andeler med rett til nødvendig hjelp».

Loven opererer bare med to grupper pasienter: De med rett til nødvendig helsehjelp, og pasienter uten slik rett. Lov og forskrift sier ikke noe eksplisitt om grupper som ikke skal ha helsehjelp på det offentlige bekostning. Grensen mot for eksempel kosmetisk kirurgi er således uskarp. Kosmetisk kirurgi kan også bety mye for den enkeltes subjektive opplevelse av helse og velvære. Prioriteringsforskriften (2) sier likevel at pasienter som ikke har lovfestet rett til helsehjelp innen en viss frist, også skal ha et tilbud. Det er verdt å merke seg at lovtoksten i § 2-1 bruker begrepene «rett til nødvendig helsehjelp» og «rett til helsehjelp» om hverandre. Dette dreier seg om det samme, og er motsatsen til pasienter som ikke har rett til helsehjelp innen en definert frist.

Dersom vi ser på betingelsene for at en

tilstand skal gi pasienten rett til helsehjelp innen en definert frist, er det ikke mye av det vi driver med i spesialisthelsetjenesten som faller utenfor. Prioriteringsforskriftens § 2 er presisert slik: «Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.» Hvilke tilstander behandler vi som «ubetydelig» nedsetter livskvaliteten, hvor tiltaket ikke forventes å gi nytte og hvor kostnadene ikke står i et rimelig forhold til tiltakets effekt?

Det er ellers å merke seg at det verken i lov eller forskrift står noe om fristens lengde. Min mening er at det for enkelte tilstander godt kan gis en frist på ett år (for eksempel hørselshjelp til eldre) uten at forutsetningene i loven eller bestemmelsene i forskriften er brutt. En praksis som gir de fleste pasienter rett til (nødvendig) helsehjelp innen en gitt frist, er i samsvar med lov og forskrift, selv om det ikke dreier seg om tradisjonelle alvorlige tilstander og svært syke pasienter. Utfordringen blir derfor først og fremst å prioritere og ordne køen fornuftig og å prøve å finne avgrensning i forhold til oppgaver vi i det offentlige helsevesen (i eller utenfor sykehus) ikke skal drive med. Dette er vanskeligere og viktigere enn å gi pasienter som opplagt skal ha et tilbud, «rett» eller «ikke rett».

Bjørn Modalsli
Sykehuset Innlandet, avdeling Gjøvik

Litteratur

1. Rasmussen K. Rett til nødvendig helsehjelp – vår prioriteringshjemmel. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1073–5.
2. Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd. www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001201-1208.html (24.4.2006)

K. Rasmussen svarer:

Jeg takker Bjørn Modalsli for interessante kommentarer til min kronikk. Uenigheten mellom oss er neppe stor, men noen nyanser kan kreve kommentarer.

Det er riktig at lov og forskrift deler pasientene i to grupper, de som har og de som ikke har rett til nødvendig helsehjelp. En slik todeling av individer der det egentlig er snakk om en full skala av tilstander,