



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeföreningen.no](mailto:tidsskriftet@legeföreningen.no)  
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Jakten på gode kvalitetsindikatorer er et nasjonalt ressursproblem

I Tidsskriftet nr. 21/2006 peker Rygh & Mørland fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten på viktige internasjonale utviklingstrekk hva gjelder kvalitetsindikatorer som kan ha en viss betydning også for norske forhold (1), men overføringsverdien bør diskuteres.

I sin handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner peker Helse- og omsorgsdepartementet på flere tiltaksområder: prevalens- og insidensundersøkelser av sykehusinfeksjoner, overvåking av resistente mikrober og antibiotikabruk, håndhygiene, bygningsmessige og strukturelle forhold, internrevisjon og tilgang til tilstrekkelig smittevernpersonell (2). Forekomst av sykehusinfeksjoner er en kvalitetsindikator med mange delindikatorer, og departementet har pekt på flere indikatorer som har betydning for sykehusinfeksjoner.

Sykehusinfeksjon er den vanligste komplikasjonen (3) og den fjerde hyppigste direkte eller indirekte årsak til dødsfall i befolkningen totalt sett. Er det mulig å bruke denne indikatoren til internasjonal eller nasjonal sammenlikning? Til nå har det stort sett bare vært mulig å bruke denne type kvalitetsindikatorer til intern sammenlikning – longitudinelt for den enkelte avdeling, spesialitet eller sykehus. Det er store organisatoriske forskjeller mellom land med hensyn til pasientbehandling, personellbruk, grad av privatisering, forsikringsbehandling, oppfølging i primærhelsetjenesten og samarbeid med andre helseinstitusjoner. Slike faktorer påvirker forekomsten av sykehusinfeksjoner. I Norge varierer liggetiden i sykehus mellom landsdeler og over år, og samarbeidet med primærhelsetjenesten og andre sykehus varierer mellom landsdelene (4). Som ett av få industrialiserte land i verden har Norge svært mange sykehus med korridorsenger, og antallet øker selv om det totale sengetallet går ned (4). Korridorsenger er helt sentralt under større og mindre nosokomiale utbrudd. Sammenlikningsgrunnlaget er derfor problematisk, og jakten på den gode indikator kan bli dyr.

Innføring av insidensstudier som kvalitetsindikator av diverse typer sykehusinfeksjoner i norsk helsevesen har skapt en «gjøkunge» som induserer masse merarbeid for smittevernpersonell, stiller store krav til datakompetanse og ressurser og er van-

skelig å strukturere (5). Resultater skal tilbakeføres til bruker. Men pærer, epler og appelsiner havner ofte i samme kurv. Det er ikke bare operasjonsteamet som har gjort en feil når pasienten får en postoperativ sårinfeksjon 25 dager etter operasjonen. Årsaken kan ligge både hos pasienten selv, i behandlingen pre-, per- og postoperativt eller i videre oppfølging ved andre sykehus eller i primærhelsetjenesten. Å tolke begrepet postoperativ sårinfeksjon er ikke lett, særlig når pasienten selv skal vurdere resultatet (5). Det er derfor spørsmål om «de gode kvalitetsindikatorer» noensinne vil finnes. Statsbudsjettet for 2007 viser i alle fall ikke spor av ressurser eller vilje til å finne dem (6).

**Björg Marit Andersen**  
Ullevål universitetssykehus

#### Litteratur

1. Rygh LH, Mørland B. Jakten på de gode kvalitetsindikatorer. Tidsskr Nor Lægefören 2006; 126: 2822–5.
2. Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner 2004–2006. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
3. Andersen BM, Rasch M, Tollefsen T et al. Point prevalence studies during 10 years – study of nosocomial infections in a tertiary university hospital in Norway. J Hosp Infect 2006; 64 (suppl 1): 70.
4. Jørgenvåg R, red. SAMDATA Somatikk sektorrapport 2005. Trondheim: SINTEF Helse, 2005.
5. NOIS 2. Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006.
6. St.prp. nr. 1 (2006–07). For budsjettåret 2007.

### Tilleggsmedisinering med liotyronin ved hypotyreose?

Jeg har med interesse lest et innlegg av Grete Aastorp i spalten Personlige opplevelser i Tidsskriftet nr. 17/2006 (1). Aastorp føler seg godt fornøyd med tilleggsmedisinering av liotyronin (T3) til den medisineringsen hun tidligere hadde med levotyroksin (T4) grunnet hypotyreose.

De undersøkelser som er gjort vedrørende tilleggseffekt av liotyronin til behandling med levotyroksin, viser ikke noen dokumenterte effekter på velbefinnende eller andre forhold som kan være gunstig for den enkelte pasient (2). Man kan ikke helt utelukke at tillegg av liotyronin hos enkelte pasienter kan ha gunstig effekt. Men tyroksin omdannes til trijodtyronin i kroppen, og en forsiktig økning av levotyroksin vil kanskje gjøre samme nytte,

i tillegg til at levotyroksin har en lengre halveringstid og derfor gir et jevnere nivå av stoffskiftehormon.

Våre egne erfaringer er at pasienter som bruker liotyronin i tillegg til levotyroksin – vi får en del av disse henvist til vår avdeling – som regel ikke får bedre allmenntilstand etter oppstart med liotyronin. Tvert imot synes de oftere å få problemer med hjertebank og andre symptomer som ses ved hypertyreose. Ut ifra tidligere kliniske studier og egen erfaring er holdningen ved Endokrinologisk avdeling, St. Olavs Hospital altså at behandling med liotyronin i tillegg til levotyroksin ikke er indisert ved hypotyreose.

**Valdemar Grill**  
St. Olavs Hospital

#### Litteratur

1. Aastorp G. Om å fylle olje på en tørr motor. Tidsskr Nor Lægefören 2006; 126: 2293.
2. Escobar-Morreale H, Botella-Carretero J, Escobar del Rey F et al. Review: Treatment of hypothyroidism with combinations of levothyroxine plus liothyronine. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 4946–54.

### G. Aastorp svarer:

I min søken etter kunnskap om medisineringsmedisinering ved hypotyreose på en rekke nettsted har jeg observert ulike meninger om tilleggsmedisinering med liotyronin (T3) ved hypotyreose. Studiene disse meningene baserer seg på, er få og motstridende, og antallet pasienter per studie er påfallende lavt tatt i betraktning den høye prevalensen av hypotyreose.

Jeg skrev mitt innlegg på oppfordring fra nettopp den avdeling ved St. Olavs Hospital som Valdemar Grill er leder av. Det var der jeg omsider ble hjulpet med en fungerende medisineringsmedisinering for min sykdom. Min endokrinolog sa at han angret at han ikke hadde igangsatt en studie på effektene av kombinasjonsbehandling med levotyroksin (T4) og liotyronin. Over 100 av hans pasienter hadde opplevd vesentlig bedring ved slik medisineringsmedisinering i de få årene han hadde tilbudt det. Det var særlig symptomer som labilt stemningsleie, nedsatt kognitiv funksjon og generelt velbefinnende som endret seg i positiv retning. Sett i lys av min positive respons på medisineringsmedisinering og min interesse for fagfeltet, ble vi enige om at jeg skulle forfatte et innlegg i Tidsskriftet.

Jeg har selv forsøkt en moderat økning av