

oss til å børste støv av Charnleys lærebok i konservativ behandling, som beskriver reponering og gipsbehandling av brudd som vi i dag aldri ville nølt med å operere (8).

Per-Henrik Randsborg
Akershus universitetssykehus

Einar Andreas Sivertsen
Martina Hansens hospital

Per-Henrik Randsborg (f. 1973) er spesialist i ortopedisk kirurgi og klinisk stipendiat ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Einar Andreas Sivertsen (f. 1968) er dr.med. og assistentlege.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bøhler E. Det beste i Norge – ikke alltid det beste i verden. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1280.
2. Randsborg PH, Sivertsen EA. Suprakondulære humerusfrakturer hos barn. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 349–52.
3. Young S, Fevang JM, Gullaksen G et al. Deformity and functional outcome after treatment for supracondylar humerus fractures in children: a 5- to 10-year follow up of 139 supracondylar humerus fractures treated by plaster cast, skeletal traction or crossed wire fixation. J Child Orthop 2010; 4: 445–53.
4. Prietto CA. Supracondylar fractures of the humerus. A comparative study of Dunlop's traction versus percutaneous pinning. J Bone Joint Surg Am 1979; 61: 425–8.
5. Henrikson B. Supracondylar fracture of the humerus in children. A late review of end-results with special reference to the cause of deformity, disability and complications. Acta Chir Scand Suppl 1966; 369: 1–72.
6. de Gheldere A, Bellan D. Outcome of Gartland type II and type III supracondylar fractures treated by Blount's technique. Indian J Orthop 2010; 44: 89–94.
7. Kargaard J. The treatment of supracondylar fractures by ambulatory traction. Trop Doct 1994; 24: 20–1.
8. Charnley J. The closed treatment of common fractures. Cambridge: Cambridge University Press, 1950.



Vi har gode nok data

Bente Mikkelsen, administrerende direktør i Helse Sør-Øst, har i et brev til redaktøren i Tidsskriftet nr. 11/2011 (1) bemerkninger til undertegnede kommentar *Forbedring krever solide data* i Tidsskriftet nr. 7/2011 (2), der jeg kritiserte at Helse Sør-Østs mål er basert på uegnede data, nemlig prevalenstall.

Det er prisverdig at Helse Sør-Øst trekker smittevernet frem i lyset gjennom etablering av eget mål og at man for første gang har gjort det målbar. Slik satsing på pasientsikkerhet er tilpasset utviklingen internasjonalt, som har ført til føringer fra WHO (3).

Vi kan være enige om at prevalenstall er en enkel målemetode og at tallene er allment kjent, i tillegg til at sykehusene har rikelig med historiske data. Tallene mangler dog spesifisitet og kan kun møtes av uspesifikke tiltak. Det er derimot ikke riktig at historikk er forbeholdt prevalenstall: Registrering av insidenstall for kirurgiske inngrep ble etablert for flere år siden (4). Dermed har enhver sykehusledelse tilgang til relevante data for forbedring av spissede prosesser egnet til å redusere risikoen rundt våre mest utsatte pasientgrupper.

Smittevernnavdelingen i Vestre Viken arbeider etter internasjonale retningslinjer med risikostyring og etablering av egnede mål (5, 6) for all klinisk virksomhet. Målene ble nylig forankret i styrets sentrale kvalitetsutvalg. Vi har valgt klinikkvise mål for å møte ulik smitterisiko i virksomheten, og postoperative sårinfeksjoner er hovedsatsningsområdet innenfor kirurgien. Kvinnebarn-klinikken etablerer nå mål på 3 % for sårinfeksjoner etter keisersnitt. Dette stramme målet er resultatet av forbedringsarbeid gjort ved Bærum sykehus, der vi har redusert forekomsten til vesentlig under landsgjennomsnittet på 8 %. Tilsvarende for ortopedi (hofteproteseinfeksjoner) og colonkirurgi (anastomoselekkasjer).

For indremedisin gjelder annen smitterisiko. Den måles derfor på antibiotikabruken, med oppfordring til bruk av smalspektrerte midler til fortregning for de mer moderne. I psykiatrien legges det vekt på blodsmitteuhell. Tilpasset det brede målet fra Helse Sør-Øst gjennomføres det håndhygiene-kampanjer, der smykkebruk står sentralt.

Hovedideen i smittevernet har hele veien vært at ledelsen kan igangsette forbedringsarbeid ved manglende måloppnåelse. Smittevernnavdelingen hjelper til ved å tilby solid dataleveranse.

Måldokumentet til Helse Sør-Øst er såpass åpent og krever så mye lokal tilpassing at man risikerer at statistikk tallene ikke nødvendigvis kan settes sammen til en helhet eller benyttes til målformulering. Denne betraktningen blir antakelig enda verre på nasjonalt plan. Derfor burde de regionale helseforetakene samordne måldokumentene til nasjonale mål.

Selv om Helse Sør-Øst og Vestre Viken har ulik tilnærming til etablering av mål innen smittevernet, har vi alle et felles ønske om å redusere unødig risiko omkring pasientene våre. Det blir spennende å følge den forbedringen av mål som er påkrevd i Helse Sør-Øst.

Mette Walberg
Bærum sykehus

Mette Walberg (f. 1958) er spesialist i medisinsk mikrobiologi og smittevernoverlege i Vestre Viken.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Mikkelsen B. Forbedring krever gode data. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1072.
2. Walberg M. Forbedring krever gode data. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 670.
3. WHO guidelines for safe surgery 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf (15.6.2011).
4. NOIS-registerforskriften. Forskrift av 17. juni 2005 nr. 611. www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20050617-0611.html (15.6.2011).
5. NS-ISO 9001: 2008 om krav til styring av kvalitet. www.standard.no/Global/PDF/Kvalitet/Kvalitetsstyring%20februar%202009%20samlet%20web.pdf (15.6.2011).
6. DS 2450: 2001 Styring af infektionshygiene – krav til ledelsessystemet. Charlottenlund: Dansk Standard, 2001.

Engelsk oversettelse av hele innlegget på www.tidsskriftet.no



Vi tar ryggpasienten på alvor

Håkon Lie er en nestor i norsk ryggmedisinsk miljø og initierte i sin tid opprettelsen av den tverrfaglige Norsk Forening for Ryggforskning. Med denne bakgrunnen er det vanskelig å forstå at han i tidsskriftet nr. 7/2011 ikke vil akseptere moderne ryggforskning, som danner grunnlaget for de nasjonale tverrfaglige retningslinjer for ryggbehandling (1). Disse er basert på systematisk gjennomgang av over 10 000 originalartikler og har graderte anbefalinger som fullt ut er overensstemmende med internasjonale retningslinjer for ryggbehandling (2).

Det er etter 20 års intens ryggforskning ikke dokumentasjon for en subklassifisering av den store gruppen – 85 % – med uspesifikke ryggplager. Lie bør være kjent med at det har vært gjort betydelige forsøk på å etablere slik subklassifisering, og en helt fersk doktoravhandling med dette som tema er nylig presentert (3). Verken denne eller radiologiske Modic-forandringer (4) har imidlertid vist seg klinisk og metodologisk anvendelige til å endre den etablerte diagnostiske inndeling.

Når Lie eller andre presenterer studier basert på subklassifisering som kan lede til en definert behandling som er signifikant

bedre enn annen behandling hos like grupper, vil dette selvfølgelig bli møtt med stor interesse fra klinikere og ryggforskere over hele verden.

Problemet med MR-funnene som Lie beskriver i sitt innlegg, er jo at disse også finnes hos friske, ikke-ryggplagede individer (5). Dette gjelder både skivedegenerasjon og fasettleddsartrose. Da blir det vanskelig å vite i hvilke tilfeller vi skal tro at det er MR-funnene som forklarer plagene og i hvilke tilfeller de samme funnene *ikke* skal knyttes til plagene.

Uavhengig av ryggplagens etiologi er imidlertid kommunikasjonen mellom pasient og behandler av stor betydning for pasienttilfredsheten og for forløpet av rygg-lidelsen. Dette skal vi ikke ta lett på. Det finnes nå god dokumentasjon for nytten av å ta dette på alvor i alle ledd av helsetjenesten.

Lie velger å ta «sjansen på å praktisere som før». Det er ikke uvanlig at helseaktører, på tross av oppdatert kunnskap, ikke synes å endre praksis (6). Dette er synd for pasientene, som naturlig nok blir frustrert av ulike forklaringer og et utall behandlingstilbud. Det er vår påstand at hvis norske leger, fysioterapeuter og kiropraktorer hadde fulgt de nasjonale retningslinjene, ville pasienttilfredsheten øke og utgiftene til bildediagnostikk og sykefravær blitt betydelig redusert.

Erik L. Werner
Arendal

Jens Ivar Brox
Even Lærum
Oslo

Erik L. Werner (f. 1957) er spesialist i allmenn-medisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Jens Ivar Brox (f. 1955) er spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Even Lærum (f. 1944) er spesialist i allmenn-medisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Lie H. Tar vi ryggpasienten på alvor? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 664.
- Lærum E, Brox JI, Storheim K et al. Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmarter med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: FORMI, 2007.
- Mindre smerte og færre tilbakefall for kroniske ryggplager. www.uib.no/info/dr_grad/2011/Fersum_KjartanVibe.html [10.6.2011].
- Iordanova E, Røe C, Keller A et al. Langvarige korsryggsmarter og MR-forandringer i ryggvirvlene. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2260–3.
- Kvistad KE, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmarter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2256–9.
- Werner EL, Gross DP, Lie SA et al. Healthcare provider back pain beliefs unaffected by a media campaign. Scand J Primary Health Care 2008; 26: 50–6.

Bør azitromycindoseringen endres?

Harald Moi og medarbeidere argumenterer i Tidsskriftet nr. 7/2011 for overgang fra engangsdosering av azitromycin til doksycyklin i sju dager som førstevalg ved uretritt (1). Dette på grunn av resistensutvikling ved bruk av azitromycin. Doksycyklin har dårlig effekt mot *Mycoplasma genitalium*, derfor bør azitromycin fremdeles være førstevalget ved M genitalium-infeksjon. Forfatterne hevder at azitromycin bør gis i lavere doser over fem dager, ikke som engangsdose på 1 g. Bakgrunnen for påstanden er lavere forekomst av resistensgener mot azitromycin og høyere behandlingssuksess ved M genitalium-infeksjon i Sverige, der man bruker det foreslåtte regimet. Det kommenteres ikke at sammenlikning av engangsdosering og flergangsdosering har vist lik kurasjonsrate (2).

Riktig dosering av antibiotika bremser resistensutviklingen (3), men mindre azitromycinresistens i Sverige enn andre land beviser ikke at engangsdosering er mer resistensdrivende enn flergangsdosering. Doksycyklin som førstevalg ved uretritt og lavere totalforbruk av azitromycin forklarer sannsynligvis det meste av ulikhetene. I perioden 2006–08 ble det solgt 5,6 ganger mer azitromycin per innbygger i Norge enn i Sverige (4–6).

Farmakokinetiske og farmakodynamiske studier taler imot at flere lave doser azitromycin er gunstigere enn én høy enkelt-dose. Dyrestudier viser at én høy enkelt-dose gir mest effektiv sanering av infeksjonen. Effekten avhenger av totaleksponering over inhibitorisk konsentrasjon og oppnådd maksimumskonsentrasjon (AUC/MIC og C_{maks}) (7). Høy enkelt-dose gir størst AUC/MIC og C_{maks} de første 24 timene. Effektivt mikrobe-drap når bakteriekonsentrasjonen er størst, er gunstig for å unngå resistensutvikling (7).

En enkelt-dose azitromycin gir et langt etterslep med lav konsentrasjon, noe som kan være resistensdrivende, men lavere doser over flere dager gir like lang, og potensielt lengre tid i dette konsentrasjonsområdet. Forekomsten av antibiotikaresistens er korrelert med totalforbruket, og ved bruk av det foreslåtte flerdoseregime gir man 50% mer antibiotika enn ved en enkelt-dose på 1 g.

I overnevnte dyrestudie undersøkte man azitromycin mot pneumokokk- og stafylokokkinfeksjoner. Det er usikkert hvor sterk korrelasjonen er til infeksjoner med M genitalium, som er en mer saktevoksende mikro-robe. For å ha et bedre teoretisk grunnlag må man gjøre konsentrasjonsmålinger på virkestedet og lage dyremodeller for M genitalium-infeksjon.

Ved overgang til doksycyklin som førstevalg ved uretritt vil totalforbruket av azitromycin gå ned, og dette vil sannsynligvis bremse utviklingen av azitromycinresistens. Det finnes ikke bevis for ytterligere effekt

på resistensutviklingen av å gi lavere doser azitromycin over fem dager fremfor én høy enkelt-dose når azitromycin er indisert.

Einar Nilsen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Einar Nilsen (f. 1979) er ansatt ved Avdeling for mikrobiologi og smittevern.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

- Moi H, Vestrheim DF, Olsen AO. Reduser bruken av azitromycin som engangsdose. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 673.
- Jernberg E, Moghaddam A, Moi H. Azithromycin and moxifloxacin for microbiological cure of *Mycoplasma genitalium* infection: an open study. Int J STD AIDS. 2008; 19: 676–9.
- zur Wiesch PA, Kouyou R, Engelstädter J et al. Population biological principles of drug-resistance evolution in infectious diseases. Lancet Infect Dis 2011; 11: 236–47.
- Statistiska centralbyrån. www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp [15.6.2011].
- Apotekens totala försäljning av humanläkemedel 2006–2008. www.apotekensservice.se/Global/Externa%20webben/statistik/L%c3%a4kemedel%202008/TotalAUPochDDD200620082.pdf [15.6.2011].
- Legemiddelforbruket i Norge. www.legemiddelforbruk.no [15.6.2011].
- Girard D, Finegan SM, Dunne MW et al. Enhanced efficacy of single-dose versus multi-dose azithromycin regimens in preclinical infection models. J Antimicrob Chemother. 2005; 56: 365–71.



Lavdosert naltrekson

Trygve Holmøy mener i en kommentar til vår kronikk om lavdosert naltrekson i Tidsskriftet nr. 8/2011 (1) at det ikke bør være en oppgave for det offentlige å utforske effekten av avpatenterte legemidler ut fra rene økonomiske hensyn (2). Det er ikke gjennomført gode nok studier som gir holdepunkter for å slå fast at naltrekson i lave doser har mindre effekt enn nyere immunmodulerende midler, slik Holmøy hevder. Evidensen for lavdosert naltrekson er på ingen måte imponerende, men den potensielle gevinsten for pasienter og samfunn er så stor at vi mener midlet fortjener å bli sammenliknet med placebo og annen moderne standardbehandling i gode randomiserte kliniske studier.

Hovedmotivasjonen for nærmere studier av lavdosert naltrekson er selvsagt ikke først og fremst den lave prisen, men det faktum at kliniske studier antyder effekter som kan