

Fordelene ved kirurgisk behandling av ustabile vertebrale skader inkluderer kortere sykehusopphold, færre sekveler etter langvarig immobilisering og raskere igangsetting av rehabilitering. Tidspunktet for dekompressjon, spesielt tidlig dekompressjon (innen 24 timer) for å bedre eller stabilisere nevrologiske utfall er fortsatt omstridt (3). En metaanalyse av studier av tidlig dekompressjon fra perioden 1966–2000 (4) viste at kirurgi utført innen 24 timer ga en klar bedring av de nevrologiske utfall sammenliknet med sen kirurgi.

Ellen Merete Hagen

ellen.merete.hagen@helse-bergen.no

Marit Grønning

Tiina Rekand

Ellen Merete Hagen (f. 1962) er spesialist i nevrologi og i samfunnsmedisin og har for tiden permisjon fra stillingen som assistentlege ved Seksjon for klinisk nevrofysiologi, Haukeland universitetssykehus. Hun har doktorgrad i epidemiologi ved traumatisk ryggmargsskader fra Universitetet i Bergen og er postdoktor ved Universitetet i Bergen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Marit Grønning (f. 1955) er dr.med., spesialist og professor i nevrologi. Hun bidro til opprettelsen av Spinalenheten ved Haukeland universitetssykehus og var medisinsk leder i ti år fra den åpnet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Tiina Rekand (f. 1960) er dr.med. og spesialist i nevrologi. Hun jobber som overlege ved Spinalenheten, Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Hun er medlem av styret for det norske ryggmargsskaderegisteret.

Oppgitte interessekonflikter: Har deltatt på kongressreiser sponset av Desitin og Allergan.

Litteratur

1. Consortium for Spinal Cord Medicine. Early acute management in adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care professionals. *J Spinal Cord Med* 2008; 31: 403–79.
2. Hadley MN, Walters BC, Grabb PA et al. Guidelines for the management of acute cervical spine and spinal cord injuries. *Clin Neurosurg* 2002; 49: 407–98.
3. Scivoletto G, Di Donna V. Prediction of walking recovery after spinal cord injury. *Brain Res Bull* 2009; 78: 43–51.
4. La Rosa G, Conti A, Cardali S et al. Does early decompression improve neurological outcome of spinal cord injured patients? Appraisal of the literature using a meta-analytical approach. *Spinal Cord* 2004; 42: 503–12.

Tiazider er fortsatt velbegrunnet behandling



I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 7/2012 skriver Kjetil Løland at norske faglige retningslinjer og forskrivningspraksis bør oppdateres etter gjeldende kunnskap og ikke baseres på spekulative statistiske ekstrapolasjoner og gamle vaner (1). Han mener at de norske retningslinjene (2), der tiazider anbefales som aktuelt førstevalgspreparat, ikke er tillitvekkende fordi dokumentasjonen på tiazider også omfatter klortalidon, et preparat som er avregistrert i Norge. Han henviser til NICE-retnings-

linjene og til dokumentasjon på blodtrykkseffekter for å begrunne at tiaziddiuretika er mindreverdige legemidler ved hypertensjon. De norske retningslinjene som Løland sikter til, tok utgangspunkt i metaanalyser som ble utført spesielt i forbindelse med arbeidet (3). Blant de studier som inngikk i blodtrykkssavsnittet var det tre studier

med bruk av klortalidon, mens man i åtte studier brukte andre tiaziddiuretika. Metaanalysen inneholdt også sammenlikninger mellom ulike medikamentgrupper basert på komparative studier uten placebogrupper. Blodtrykksbehandling har en viss forebyggende virkning på dødelighet og hjerteinfarkt, men effekten på slag og hjertesvikt er iøynefallende. I metaanalysen kunne man ikke finne systematiske forskjeller mellom medikamentgruppene, og spesielt var det ingen forskjeller i tiaziders disfavør. Metaanalysene er nå publisert internasjonalt (4).

Vi kan ikke se at Kjetil Lølands kritikk rokker ved de konklusjoner retningslinjegruppen gjorde da dokumentet ble publisert i 2009.

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no

Bjørn Gjelsvik

Steinar Madsen

Ole Frithjof Norheim

Eivind Meland (f. 1950) er fastlege i Bergen og professor ved Universitetet i Bergen. Har deltatt i retningslinjearbeid om forebygging av hjerte- og karsykdom. Dette er også hans viktigste forskningsfelt. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn Gjelsvik (f. 1949) er spesialist i allmenntilleggsmedisin og i samfunnsmedisin og er forsker ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Universitetet i Oslo med fagfelt forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Steinar Madsen (f. 1956) er spesialist i hjertesykdommer og er overlege ved Statens legemiddelverk. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ole Frithjof Norheim (f. 1965) er lege ved Medisinsk avdeling, Haukeland universitetssykehus og professor i medisinsk etikk ved Universitetet i Bergen. Han har ledet retningslinjearbeidet om forebygging av hjerte- og karsykdom. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Løland K. Tiazider – når skal vi gi oss? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 795.
2. Norheim OF, Gjelsvik B, Kjeldsen S et al. Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Nasjonale faglige retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
3. Håheim LL, Fretheim A, Brørs O et al. Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 2008.
4. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Brørs O et al. Comparative effectiveness of anti-hypertensive medication for primary prevention of cardiovascular disease: systematic review and multiple treatments meta-analysis. *BMC Med* 2012; 10: 33.

K. Løland svarer:

Siden jeg sendte inn min kommentar i oktober 2011 (1) har Fretheim og kolleger publisert metaanalysene som lå til grunn for de nasjonale faglige retningslinjene i *BMC Medicine* i april 2012 (2). Artikkelen er et imponerende stykke statistisk og metodologisk arbeid og viser godt hvordan moderne modelleringsmetoder kan gi ny innsikt i eldre data. Det er et eksempel til etterfølgelse.

Metaanalysen illustrerer i tillegg godt mitt opprinnelige poeng: det å skjele til litteratur om høydose tiazider og lavdose klortalidon for å begrunne forskrivning av lavdose hydroklortiazid er en vanlig argumentasjonsrekke og i mine øyne spekulativ bl.a. av farmakokinetiske grunner som jeg har argumentert for tidligere. I de statistiske modellene bruker Fretheim og medarbeidere komposittvariabelen «diuretics» bestående av nettopp klortalidon og det som

>>>

Meland beskriver som «andre tiazididiuretika». Andre tiazididiuretika er i dette tilfellet høydose hydroklortiazid (50 mg) eller lavere doser i kombinasjon med andre medikamenter som betablokkere – altså ikke det som i norsk forskrivningspraksis menes med «lavdose tiazid i monoterapi». Meland sier videre at metaanalysene ikke viser noen forskjeller i tiazidenes disfavør – noe som altså er riktig gift at man ekskluderer hydroklortiazid 12,5–25 mg. Det eneste som er dokumentert for dette medikamentet i denne dosen er den manglende effekten på 24-timers blodtrykkskontroll (3).

Jeg kan ikke se at metaanalysen til Fretheim og medarbeidere rokker ved min opprinnelige påstand. Hydroklortiazid i 12,5–25 mg eller bendroflumetiazid i 1,25–5 mg er ikke dokumentert i monoterapi, og avanserte statistiske nettverksmodeller kan, så vidt jeg forstår, ikke mane frem en slik intervensjonsarm i gamle data.

Kjetil Løland
Kjetil.loland@gmail.com

Kjetil Løland (f. 1986) er medisinstudent og forskerlinjestudent ved Universitetet i Bergen.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Løland K. Tiazider – når skal vi gi oss? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 795.
2. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Brørs O et al. Comparative effectiveness of anti-hypertensive medication for primary prevention of cardiovascular disease: systematic review and multiple treatments meta-analysis. BMC Med 2012; 10: 33.
3. Messerli FH, Makani H, Benjo A et al. Antihypertensive efficacy of hydrochlorothiazide as evaluated by ambulatory blood pressure monitoring: a meta-analysis of randomized trials. J Am Coll Cardiol 2011; 57: 590–600.

Den syke mor



I lederartikkelen om assistert befruktning i Tidsskriftet nr. 8/2012 presenterer Romundstad & Sunde to kreative eksempler på økonomien som er knyttet til virksomheten (1).

De skriver: «Vi mener staten bruker lite penger på behandling av barnløse». Fem hundredels prosent (5/10000) høres umiddelbart ut som et ørlite stykke av helsekaken, om den er aldri så stor. Men isolert sett gir påstanden liten mening både for dette og et hvilket som helst annet helse-

tiltak. Som eksempler tatt ut av luften: Er 0,05 % av helsebudsjettet mye eller lite til nye ambulanser, til obduksjoner eller til behandling av kreft hos barn? Det er naturligvis umulig å si fordi prosenttallet i seg selv ikke gir noen informasjon verken om størrelsen på behovet eller relasjonen til andre trengende formål. For å kunne ta forfatterens standpunkt på alvor må det forventes at påviste og udekkede behov kan dokumenteres, og de må ha en mening om hva som må til for å dekke behovene. Hvor stor burde andelen etter forfatterens mening være?

Nytte og effektivitet i helsevesenet bør etter vår mening vurderes etter kjente variabler som faste kostnader, variable kostnader og grensekostnader samt vurdering av alternativ bruk av midlene. Av den grunn mener vi at det er meningsløst å benytte «(...) regnestykker basert på at barn er investeringsobjekter (...)» til vurdering av og støtte for virksomheten (1). Forfatterne gjengir resultater fra en britisk studie som viste at 12 931 pund fra fellesskapet går med til å behandle en 35 år gammel kvinne med assistert befruktning og at dette betaler seg tilbake 8,5 ganger i løpet av barnets levetid (2). Med hjelp av de britiske forfatterens bruk av fascinerende bereg-

ningsmodeller får Tidsskriftets lesere ganske reservasjonsløst del i opplysninger som lett kan gi enkelte våte drømmer. Connolly og medarbeidere gir entusiastisk uttrykk for sine funn, men i motsetning til Romundstad & Sunde tar de flere klare forbehold (2): «An additional caution is warranted regarding the transportability of these findings to other countries because of differences in the provision of public services and taxation rates between countries» og «The analysis described here has focused narrowly on costs and benefits in the form of future taxes (...) over the lifetime of the child and has not considered broader economic aspects that individuals can have on the economy (...) We recognize there are challenges to applying this methodology in mainstream healthcare decision-making».

Selvsagt skal det være åpent for å slå til orde for og fremheve betydningen av egen og andres faglige virksomhet i Tidsskriftet. På lederplass er det likevel sjelden med en så påfallende mangel på motforestillinger og balanse i fremstillingen.

Geir W. Jacobsen
geir.jacobsen@ntnu.no
Are Brean

Geir W. Jacobsen (f.1945) er professor ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Are Brean (f. 1965) er overlege ved Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet, leder i Norsk nevrologisk forening og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Romundstad LB, Sunde A. Assistert befruktning–hva skal staten betale? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 926.
2. Connolly M, Gallo F, Hoorens S et al. Assessing long-run economic benefits attributed to an IVF-conceived singleton based on projected lifetime net tax contributions in the UK. Hum Reprod 2009; 24: 626–32.

Feil begrunnelse for henleggelse

Juristene G. Molven og C. Svenningsen redegjør for påtalebegjæringer (politianmeldelser) fra Helsetilsynet rettet mot leger (1). Artikkelen inneholder en vesentlig feil. Anmeldelser av to leger ble henlagt, ikke på grunn av foreldelse (2), men på grunn av at Statsadvokaten ikke prioriterte saken.

I den aktuelle saken ble det reist alvorlige anklager mot to leger. Anklagene ble utformet av et tilsynsorgan (Helsetilsynet) og, basert på ensidige negative opplysninger fra Helsetilsynet, ble legene uthengt i mediene med insinuasjon om at pasienter var påført smerte og varige skader.

Blir slike saker ført for retten, får man en offentlig gjennomgang av sakene og uavhengig vurdering fra en tredje part. Tiltalte kan da bli renvasket. I den aktuelle saken ønsket de anmeldte en slik gjennomgang og anmodet Statsadvokaten om å gjenoppta den. Til tross for at Statsadvokaten erkjente alvorligheten i anklagene og så ønskeligheten av at så alvorlige anklager bør blir offentlig vurdert, henla han den.

I løpet av de siste årene har jeg registrert fem oppslag i mediene med svært grove anklager mot navngitte leger. Fire omhandlet forskning. Fire av oppslagene har vært basert på informasjon fra tilsynsorganer (Fylkeslege, Helsetilsyn og Helsepersonellnemnden) og fra en person med offisiell status som fagkyndig (professor

>>>