

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

>>>