

Re: Psykiaterrollen i krise

Takk til professor Vaglum for en flott artikkel (1). Som barnepsykiater lever jeg i dette dilemmaet daglig. Da jeg begynte i barne- og ungdomspsykiatrien for fem år siden, ble jeg forbauset og oppgitt over hvordan medisiner og somatisk oppfølging ble håndtert. Dette er noe vi diskuterer og frustreres over i kollegagruppen og på grunnkurs. Som snill konformist og straks spesialist, tenker jeg at hver og en må gjøre det beste ut av situasjonen, og under veiledning og sammen med kollegaer finne sin vei. Dette er en kjempeutfordring.

Legene må være klar over at for hver eneste pasient man er involvert i, må man kunne svare fullt ut for sin innblanding, i dag og om ti år. Hver og en må sette press på ledere og system der det byr seg. Her i Stavanger har vi et relativt stort gjennomtrekk av unge leger i barne- og ungdomspsykiatrien, og barn og unge må forholde seg til mange leger som «harelapper» over dem. Jeg har truffet tiåringer som sier: «Hvorfor skal jeg snakke med deg? Du er den tredje legen jeg treffer bare i år!»

I den store gruppen barn som behandles for AD/HD, er den biopsykososiale modellen svært viktig. Jeg opplever at disse barna ofte mediseres på svakt grunnlag, og oppfølgingen blir sporadisk. At fastlegen skal følge disse barna og familiene, blir ofte en utilstrekkelig løsning i praksis. Det er et ekstra stort ansvar å medisinere barn med psykofarmaka gjennom oppvekst og modning – et ansvar barne- og ungdomspsykiatrien ikke håndterer godt nok med dagens legedekning. Så takk til Vaglum for initiativ til debatt og endring!

Christoffer Annerstedt

Christoffer.annerstedt@gmail.com

Christoffer Annerstedt (f. 1976) er lege på Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Stavanger universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Vaglum P. Psykiaterrollen i krise. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1221.

Re: Renal sympatisk denervering ved terapiresistent hypertensjon

Tidsskriftet nr 1 2014 omtalte vi renal denervering (RDN) ved terapiresistent hypertensjon i en oversiktsartikkel (1). I etterkant har det tilkommet nye studier som ikke viser ønsket effekt av RDN, som vi kort ønsker å oppsummere her.

En studie av 109 pasienter med terapiresistent hypertensjon ble publisert i Lancet for få år siden (2), og den antydte en blodtrykkssenkende effekt av RDN på opptil 32/16 mmHg etter seks måneder. Det tekniske utstyret fikk CE-godkjenning, og produsent(e) markedsførte utstyr (ablasjonskatetre) til bruk – også i norske sykehus og på norske pasienter. I Tyskland har 200 sentra utført RDN de siste årene, og i Sveits, Sverige og Nederland har det offentlige refundert utgifter på 7–8.000 Euro per pasient. Opptil 20.000 pasienter har fått gjennomført RDN på verdensbasis.

Flere avdelinger ved Oslo universitetssykehus Ullevål har samarbeidet om RDN ved terapiresistent hypertensjon i en forskningsprotokoll (1). Pasienter med sekundær- og kontorhypertensjon ble ikke inkludert. Før inklusjon måtte pasientene kvalifisere seg med bevitnet inntak av alle blodtrykkssenkende medisiner umiddelbart før ambulatorisk blodtrykksmåling. I vår første serie kvalifiserte seks pasienter av de 18 som ble utredet, og blodtrykket var uendret etter RDN (3). I vår andre serie ble 19 pasienter (av 65 henviste) randomisert til henholdsvis RDN vs. forbedring av den medikamentelle behandlingen basert på hemodynamiske målinger (4). I RDN-gruppen var det et mindre fall i kontor- og ambulatorisk blodtrykk etter tre og seks måneder, noe vi tror kan tilskrives placebo, regresjon til middelverdien eller Hawthorneeffekt. Blod-

trykket normaliserte seg hos nesten alle i medikamentgruppen, der endringene i hovedsak var økt diuretikadose og mindre betablokkerbehandling. Studien er også kort omtalt av Kari Tveito i Tidsskriftet nr 12/13 2014 (5).

En stor prospektiv, randomisert og sham-kontrollert amerikansk studie som nylig ble publisert, viste omtrent det samme fallet i blodtrykk i både RDN og sham-kontroll gruppen, dvs. ingen sikker blodtrykkssenkende effekt av RDN (6). RDN er derfor ikke «evidence-based medicine» og bør ikke utføres utenfor forskningsprotokoller.

Sverre E. Kjeldsen

sverrkj@online.no

Heidi Sørensen

Fadl Elmula Mohamed Fadl Elmula

Magne Brekke

Eyvind Gjønæss

Ulla Hjørnholm

Vibeke N. Kjære

Morten Rostrup

Eigil Fossum

Ingrid Os

Aud Stenehjem

Aud Høieggen

Pavel Hoffmann

Sverre E. Kjeldsen (f. 1953) er dr.med., spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og professor og overlege ved Avdeling for kardiologi, medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål, og Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Interessekonflikter: Han har mottatt konsulentonorar/foredragshonorar fra Medtronic, Bayer, Takeda, Serodis, AstraZeneca, Pronova, Merck, Novartis, Hemo Sahpiens.

Heidi Sørensen (f. 1989) er medisinstudent ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Fadl Elmula Mohamed Fadl Elmula (f. 1972) er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og stipendiat ved avdeling for generell indremedisin, medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål og Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Interessekonflikter: Han har mottatt reisestøtte og foredragshonorar fra Medtronic.

Magne Brekke (f. 1955) er spesialist i radiologi og leder av Angiografi- og intervensjonsenheten, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eyvind Gjønæss (f. 1966) er spesialist i radiologi og overlege ved Kardiologisk avdeling, Feiringklinikken.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Ulla Hjørnholm (f. 1971) er sykepleier og studiekordinator ved Seksjon for indremedisinsk forskning, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Vibeke Norheim Kjær (f. 1959) er bioingeniør ved Seksjon for indremedisinsk forskning, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Rostrup (f. 1958) er dr.med., spesialist i indremedisin og overlege ved Avdeling for akuttmedisin, Medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eigil Fossum (f. 1962) er dr.med. og spesialist i indremedisin og hjertesykdommer og overlege ved seksjon for intervensjonskardiologi, Avdeling for kardiologi, Hjerte-, lunge- og karklinikken ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>