

Innlegg på inntil 400 ord lastes opp i <http://mc.manuscriptcentral.com/tidsskriftet>.

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Forfattere av vitenskapelige artikler har automatisk tilsvaretsrett (jf. Vancouver-gruppens regler).

Bukken og havresekken

Anne Elise Eggen ber meg i Tidsskriftet nr. 17/2009 (1) om å konkretisere mine påstander om regelrytteri i blåreseptordningen (2). Jeg sikter først og fremst til to terapiområder jeg har hatt alvorlige problemer med de siste årene: Kravet om at tiazid skal være førstevalg ved hypertensjon (3) og at atorvastatin ikke automatisk gikk på blåresept. Hvis jeg hadde fått ustabil angina, ville jeg saksøkt min fastlege for uforstand i tjenesten dersom jeg ikke hadde fått atorvastatin straks. De siste årene har jeg dessverre skrevet ut mange resepter på simvastatin, selv om jeg a priori har visst at preparatet ikke ville føre til måloppnåelse for LDL-kolesterolnivå. Lykkeligvis for alle kom atorvastatin helt uventet tilbake på blåresept fra 1.6. 2009. Problemet atorvastatin/simvastatin er derfor ikke aktuelt når dette skrives, men det var ekstremt aktuelt da jeg skrev mitt første innlegg.

Det finnes en overveldende mengde litteratur, siste gang i form av ACCOMPLISH-studien (4), som bokstavelig talt tar livet av tiazid, også som annetvalg innen hypertensjonsbehandling. Uavhengig av preparatvalg er det dessuten direkte galt å ha et sjablongmessig førstevalg av blodtrykkspreparat (5). Når det med kombinasjonen ACE-hemmer/amlodipin er 20 % lavere forekomst av endepunktene (død pga. hjerte- og karsykdom, ikke-fåtalt hjerteinfarkt, resuscitering etter hjertestans, koronar revaskularisering) enn kombinasjonen ACE-hemmer/lavdosetiazid (4), er det med vantro jeg registrerer at Blåreseptnemnda ikke for lengst har reagert og fjernet tiazidvedtaket.

Kravet om tiazid som førstevalg i blodtrykksbehandling (3) er definitivt ikke kunnskapsstyrt, slik Anne Elise Eggens overskrift søker å antyde. For meg som sitter nærmest pasienten og setter legevitenskapen om i praktisk handling, er det regler av typen tiazidvedtaket som svekker tilliten til fagligheten i Blåreseptnemnda. Jeg sier ikke nei til faglige anbefalinger, men det blir feil når det er den som betaler for legeomidlene, som også setter opp reglene. Ønsket om å spare penger går utover fagligheten.

Når vi i tillegg får kompliserte regler for bruk av andre medikamenter (triptaner, alfareduktasehemmere, protonpumpemere, antihistaminer m.m.), er det jeg tar i bruk «regelrytteri». Jeg vet at norske leger

bestreber seg på å opptre så korrekt som mulig ut fra det faktum at de forvalter store samfunnskostnader. Et komplisert og ulogisk regelverk kan hindre legen i å utøve yrket etter beste medisinske praksis.

Ole Terland
Indre Arna

Litteratur

1. Eggen AL. Regelrytteri eller kunnskapsstyrt praksis? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1775.
2. Terland O. Regelrytteri i Blåreseptordningen. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1239.
3. www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_16675.aspx [3.9.2009].
4. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. N Engl J Med 2008; 359: 2417–28.
5. Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet 2005; 366: 1545–53.

Ovarium – ikke prostata

I Tidsskriftet nr. 8/2009 står det en nyhetssak om at kosttilskudd ikke forebygger prostatakreft (1). Det er jo interessant at det har vist seg at verken vitamin C, vitamin E eller selen kan forebygge sykdommen. Så trenger man (menn!) ikke tenke på det, i alle fall.

Dersom man studerer illustrasjonsfotoet i detalj, ser man i bakgrunnen et ansikt som synes å tilhøre en kvinne. Laboratoriefagene er jo kvinnedominert, så det er ikke unaturlig at det er en kvinne som holder opp objektglasset man tydelig ser i forgrunnen.

Det jeg derimot humrer litt over, er hva som befinner seg på objektglasset. Til en artikkel som handler om prostatakreft ville man forvente at illustrasjonen også omhandlet temaet. Men der ses i stedet del av et snitt gjennom ovarium, med corpus luteum og for øvrig små, glattveggede cyster. Jeg vil sterkt anta at vedkommende hvis ovarium er avbildet, ikke hører til i risikogruppen for utvikling av prostatakreft.

Cecilie Fiva
Nordlandssykehuset
Bodø

Litteratur

1. Brean A. Kosttilskudd forebygger ikke prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 120: 729.

Redaksjonen svarer:

Det aktuelle bildet er kjøpt fra et bildebyrå. Oppgitt bildetekst var: «Prostate cancer sample, pathological anatomy at hospital.» Som Cecilie Fiva oppdaget, er dette ikke korrekt.

Tidsskriftet har tatt kontakt med byrået, som har kontaktet fotografen, som igjen har undersøkt med sykehuset som hadde gitt ham informasjon om snittet. Sykehuset kan bekrefte at vår årvåkne leser har helt rett: Det er fra ovariet. Både sykehuset og bildebyrået beklager feilen.

Anne Gitte Hertzberg
Tidsskriftet

■ RETTELSE

En 61 år gammel mann med isjias

Kristin Lif Breivik, Ricardo Laurini, Rolf Steen, Karl Bjørnar Alstadhaug

Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1000–3

I ovennevnte artikkel i nr. 10/2009 s. 1001 var m. rectus lateralis forvekslet med m. rectus superior. Riktig tekst skal være: «Typisk for lesjon av tredje hjernenerve er pareser i alle ekstraokulære muskler bortsett fra m. rectus lateralis og m. obliquus superior.»

Tilsvaretsrett

Tidsskriftet praktiserer tilsvaretsrett i henhold til Vancouver-gruppens regler (www.icmje.org/publishing_5correspond.html). Dersom vitenskapelige artikler kommenteres i spalten, får artikkelforfatterne mulighet til å svare i samme nummer. Slik automatisk tilsvaretsrett gjelder kun for forfattere av vitenskapelige artikler. Den gjelder imidlertid ikke dersom debatten fortsetter i spalten Brev til redaktøren, dvs. hvis det for eksempel publiseres et motinnlegg til det første tilsvaret.