



Brev til redaktøren

Kommentarer på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Albuminløsninger i neonatalmedisinen

I begynnelsen av 1990-årene ble det brukt nokså mye albuminløsninger i pediatrien generelt og i nyfødntmedisinen spesielt. De siste årene er imidlertid indikasjonene for bruk ved de aller fleste avdelinger blitt færre og færre, og ved mange nyfødntintensivavdelinger brukes det i dag knapt albuminløsninger. På et symposium om albuminbruk på verdenskongressen i pediatrik intensivbehandling i juni 2000 i Montreal presenterte Desmond Bohn, en av nestorene i kanadisk neonatal og pediatrik intensivmedisin, en metaanalyse av tilgjengelig dokumentasjon, og konkluderte med at den eneste tilstand der albuminterapi muligens førte til bedret overlevelse, var peritonitt som komplikasjon til preeksisterende ascites.

Anders Knudsen og medarbeidere viser i en artikkel i Tidsskriftet nr. 9/2003 at det har vært en betydelig reduksjon i bruken av albumin ved norske sykehus (1). Enkelte sykehus og spesielle avdelinger ved disse sykehusene bruker imidlertid fortsatt åpenbart preparatet. I samme nummer av Tidsskriftet kommenterer Baard Ingvaldsen & Hans Erik Heier artikkelen (for øvrig med ni referanser) og avslutter med følgende utsagn (2): «Det vil fortsatt være indikasjoner for albumin bl.a. i neonatalmedisin og nevrokirurgisk intensivmedisin, ved plasmautskifting og kanskje ved ekstrem hypoalbuminemi hos spesielle pasientgrupper.» Dette avsnittet er uten referanser.

Både forfattere som gir en generell oversikt over væskebehandling til nyfødte (3) og forfattere som omtaler spesifikke problemstillinger hos nyfødte (4–6), synes i dag i hovedsak å være enige om at albumin knapt har fordeler fremfor krystalloider. Når Ingvaldsen & Heier mener at det fortsatt er indikasjoner for bruk av albumin i neonatalmedisinen, er dette en påstand som ikke synes å være godt begrunnet. Tilgjengelig litteratur tyder tvert imot på at avdelinger som fortsatt i særlig grad bruker albumin til nyfødte og større barn, bør se kritisk på sine indikasjoner for slik bruk.

Hallvard Reigstad

Haukeland Universitetssykehus

Litteratur

1. Knutsen AH, Mitic Z, Nordbø A, Kongsgaard UE. Albuminforbruk ved norske sykehus – endringer etter Cochrane-rapporten i 1998. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1181–3.

2. Ingvaldsen B, Heier H-E. Albumin, kunstige kolloider eller saltløsninger? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1176.
3. Greenough A. Use and misuse of albumin infusions in neonatal care. Eur J Pediatr 1998; 157: 699–702.
4. Robertson NR. Use of albumin in neonatal resuscitation. Eur J Pediatr 1997; 156: 428–31.
5. Stoddart PA, Rich P, Sury MR. A comparison of 4.5 % human albumin solution and Haemaccel in neonates undergoing major surgery. Paediatr Anaesth 1996; 6: 103–6.
6. Kenny SE, Pierro A, Isherwood D, Donnell SC, Van Saene HK, Lloyd DA. Hypoalbuminaemia in surgical neonates receiving parenteral nutrition. J Pediatr Surg 1995; 30: 454–7.

Forunderlig reaksjon på medikamentell terapi

I Tidsskriftet nr. 9/2003 finnes en kommentar (1) til vår artikkel i et tidligere nummer (2) om medikamentell terapi. Av tekniske grunner fikk vi ikke replisert direkte. Vårt innlegg var et invitert bidrag til en artikkelserie som var ment å belyse noen vanskelige problemstillinger rundt temaet implementering av teknologi, som moderne legemidler representerer. Vi hadde håpet at innlegget skulle stimulere til en konstruktiv debatt basert på vårt forsøk på systemkritikk, med kritiske synspunkter på vårt bidrag som leger og forskere. Bortsett fra det nevnte innlegg har det imidlertid vært stille. Har legemiddelindustrien lyktes med sin taktikk – utskjelling i stedet for debatt – slik at ingen orker å delta?

Det er forunderlig at Legemiddelindustriforeningen leser vår artikkel som et angrep på seg og reagerer med grunnløse påstander om «kunnskapsmangel» og mangel på «et minimum av etterrettelighet». Det er uproblematisk å dokumentere innholdet i vår artikkel. Eksempelvis er den prosentvise veksten av utgiftene til farmakoterapi avhengig av tidsperspektivet. Ettersom vi oppfatter reaksjonen kun som et forsøk på å avspore debatten, vil vi avstå fra detaljpolemikk, men vi synes påstanden om at «legemiddelindustrien forsøker å svare på helsebehovene som til enhver tid oppstår», er interessant. I en leder i *BMJ* (3), to måneder etter vår artikkel, er budskapet et annet: «Methods and objectives of medical research are driven mainly by industrial priorities, and the fulfilment of regulatory requirements, rather than by a conceptual framework that aims to answer questions that arise in medical practice.» Når de etterlyser hva norske leger vet, påtar vi oss ansvaret for å ha undervist mer enn tusen

nye leger siden 1974. Vi har prediket at god legemiddelpolitikk forutsetter balanse mellom legemiddelindustrien (herunder dens legitime rett til å tjene penger for sine aksjonærer) og offentlige myndigheter, legene og andre beslutningstakere. Vår artikkel var et forsøk på å se totaliteten i utvikling og markedsføring av medikamenter, med budskap både til forskere, myndigheter, leger og legemiddelindustrien. Vi synes det er meget skuffende at legemiddelindustrien går i skyttergravene i stedet for å delta i en åpen og konstruktiv debatt.

Jarle Aarbakke
Knut Rasmussen

Universitetssykehuset Nord-Norge

Litteratur

1. Skattebøl A, Bratten G, Solbu D, Sundal E, Ulshagen KM, Wibe E. Forstemmende om medikamentell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1238–9.
2. Aarbakke J, Rasmussen K. Medikamentell terapi. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 476–7.
3. Figueras A, Laporte J-R. Failures of the therapeutic chain as a cause of drug ineffectiveness. Promotion, misinformation, and economics work better than needs. *BMJ* 2003; 326: 895–6.

Forstemmende om medikamentell terapi?

I et innlegg i Tidsskriftet nr. 9/2003 (1) skriver representanter fra legemiddelindustrien bl.a. at når man søker om godkjenning av et medikament, er man pliktig til å rapportere resultatene fra alle igangsatte studier til legemiddelmyndighetene som skal vurdere dataene, og at «det er ikke mulig å «gjemme bort» eller «glemme» negative studier, i den grad noen vil forsøke det».

Jeg bad i 1997 om innsyn i bivirkningsdokumentasjonen for legemidlet Seroxat, men Statens legemiddelkontroll nektet innsyn med den begrunnelse at bivirkninger i henhold til legemiddeloven er å betrakte som såkalte drifts- og forretningshemmeligheter. Senere, etter at avslaget ble innklaget for Sivilombudsmannen, skriver imidlertid Helsedepartementet og advokatfirmaet BA-HR, som representerer legemidelfirmaet GlaxoSmithKline, at bivirkninger ikke er unntatt offentlighet og at disse fremgår av godkjent preparatomtale (2).

Bakgrunnen for å be innsyn var bl.a. at bivirkninger anført i de preparatomtaler som ble godkjent i henholdsvis USA og