

Lite åpenhet om sponsing

Medisinske tidsskrifter krever full åpenhet om hvordan forskningen er finansiert, men reglene blir i liten grad fulgt.

De økonomiske båndene mellom industri og forskere har blitt tettere de siste årene. Dette har skapt bekymring om sponsorenes rolle i gjennomføring og rapportering av medisinsk forskning. I 1997 lagde medisinske tidsskrifter regler som krevde full åpenhet om hvordan forskningen er finansiert.

Nylig undersøkte man alle randomiserte studier i de «fem store» medisinske tidsskriftene *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *JAMA*, *Lancet* og *New England Journal of Medicine* i en ettårsperiode 1999–2000 (1).

I alt 268 studier ble gjennomgått. 100 studier var støttet av industrien, men bare åtte studier beskrev sponsorens rolle i artikkelens metodeavsnitt, slik reglene krever.

– Skuffende, men ikke overraskende, sier Magne Nylenna, tidligere redaktør av Tidsskriftet. Det positive er at 89 % av artiklene oppgav hvilken finansieringskilde undersøkelsen hadde. Det viser at utviklingen går i riktig retning.

– Nylig ble kravene til åpenhet omkring relasjonen mellom forfattere og sponsorer

ytterligere innskjerpet (2). Nå vil de fleste vitenskapelige tidsskrifter etterspørre detaljert informasjon om sponsorenes rolle, be forfatterne om å bekrefte at de påtar seg fullt ansvar for alle deler av dataanalysen, og at de har hatt kontroll over avgjørelsen om publisering. Det er ikke nødvendigvis tvilsomme hensikter som gjør at slike detaljer ikke oppgis spontant. Ofte er det slik at forskerne selv tror de kan bedømme hva leserne bør vite. Ved å innføre faste deklarasjonsrutiner, er man sikrere på at all informasjon kommer frem.

– Åpenhet vil være en av fremtidens viktigste kvalitetsindikatorer, sier Nylenna. Organisasjoner, institusjoner og publikasjoner som ikke klarer å henge med i denne utviklingen vil raskt tape troverdighet.

Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Gross CP, Gupta AR, Krumholz HM. Disclosure of financial competing interests in randomised controlled trials: cross sectional review. *BMJ* 2003; 326: 526–7.
2. Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, Hoey J, Højgaard L, Horton R et al. Sponsing, forfatterskap og ansvarlighet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2531–2.

Brukes kunnskapsbasert medisin i praksis?

I hvilken grad klarer studenter å anvende kunnskapsbasert medisin i praksis?

En randomisert studie blant 164 fjerdeårs medisinstudenter i Chicago viste at det kan være vanskelig å anvende kunnskapsbasert medisin. Studentene fikk i oppgave å undersøke en standardisert pasient med nakkeslengskade. De skulle avgjøre om pasienten skulle henvises til røntgen av cervicalcolumna og gradere hvor sikre de var på avgjørelsen sin. Deretter leste de en av fire varianter av et strukturert sammenheng fra en studie som argumenterte mot en slik undersøkelse. Fra sammendragene gikk det frem at studiene var av varierende kvalitet.

Når sammendragene var av liten viktighet var studentene mer tilbøyelige til å skifte mening til fordel for røntgenundersøkelse, selv om det ikke var empirisk grunnlag for det (OR = 3,42, 95 % KI 1,10–10,66). Dessuten klarte få studenter å skaffe seg alle klinisk relevante data fra pasienten. Forskerne mener at man må legge større vekt på anvendelsen av kun-

skapsbasert medisin i forhold til den enkelte pasient.

– Undersøkelsen er tankevekkende, selv om forfatterne er forsiktige med å trekke konklusjoner, sier studiedekan Per Brodal, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

– Studien tyder på mangelfull evne hos studentene til å bruke relevante forskningsresultater i en klinisk beslutningsprosess. Det er neppe grunn til å tro at dette er vesentlig bedre blant norske studenter. Bedring på dette området krever nok økt fokusering på kunnskapsbasert medisin i studiet. Dette kan likevel bare få virkelig gjennomslag hvis det store flertall av kliniske lærere er gode forbilder i denne sammenheng, sier Brodal.

Erlend Hem

erlend.hem@basalmed.uio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Schwartz A, Hupert J. Medical students' application of published evidence: randomised trial. *BMJ* 2003; 326: 536–8.

Medisinske nyheter fra internasjonale tidsskrifter:

Tips eller innlegg på inntil 300 ord kan sendes *erlend.hem@basalmed.uio.no*

Dødelig «valpefett»?

Dødeligheten er økt hos voksne som var overvektige i tenårene (Am J Epidemiol 2003; 157: 517–23.). Det viser en norsk studie basert på data fra masseundersøkelser for tuberkulose gjennomført i løpet av 1960- og 70-årene. Mer enn 200 000 personer ble fulgt i mer enn 30 år.

Kvinner med en kroppsmasseindeks (KMI) høyere enn 95-percentilen ved studiens start hadde dobbelt så stor dødelighet i forhold til dem med en KMI mellom 25 og 75-percentilen. Også mindre uttalt overvekt gav signifikant utslag. Den økte dødeligheten blant overvektige manifesterte seg først når deltakerne ble eldre enn 30 år.

Signalvei ved lungekreft

En spesiell signalvei, kalt sonisk «hedgehog» (Shh), er nødvendig for normal utvikling av lungeepitel i fosterlivet. En ny studie av mus viser at Shh aktiveres etter skade på lungeepitelet (Nature 2003; 422: 313–7). Det samme gjaldt i halvparten av tilfellene av småcellet lungekarsinom, en krefttype som har sterk sammenheng med røyking. Farmakologisk blokkering av Shh kan kanskje benyttes for å behandle småcellet lungekarsinom i fremtiden.

Immunterapi mot maurbitt

Immunterapi reduserer effektivt anfylaksi ved maurbitt (Lancet 2003; 361: 1001–6). I Australia er denne typen allergi en av de viktigste årsakene til dødsfall på grunn av allergisk sjokk. 60 modige allergikere deltok i en placebokontrollert overkrysningsstudie der man testet effekten av desensivering med antigener fra mauren. Deltakerne ble frivillig utsatt for maurbitt. Ingen som fikk aktiv behandling utviklet allergisk sjokk, men to pasienter utviklet lett hypotensjon som følge av behandlingen.

Erytropoietin under operasjon øker overlevelsen

Behandling med rekombinant humant erytropoietin under operasjon for kreft i gastrointestinaltractus reduserer behovet for transfusjoner og øker ettårsoverlevelsen (Ann Surg 2003; 237: 417–21).

I en placebokontrollert studie hadde de 31 pasientene som fikk aktivt medikament også færre postoperative komplikasjoner enn de 32 som fikk placebo. Erytropoietin (300 IE/kg kroppsvikt) ble gitt daglig sju dager før og sju dager etter inngrepet, sammen med et jernpreparat.