

## Behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus

Artikkelen av Tor Melberg og medarbeidere i Tidsskriftet nr. 21/2005 om behandling av pasienter med akutt koronarsyndrom ved norske sykehus (1) har fått betydelig oppmerksomhet i mediene til tross for meget kjedelige svakheter. Jeg nevner her bare noen få.

Utvalget av sykehus er sterkt skjevfordelt og antyder muligheten av betydelig utvalgsbias. Jeg savner for eksempel St. Olavs Hospital i Trondheim, Haukeland Universitetssykehus og Akershus universitetssykehus. At 13 av 30 utvalgte sykehus ikke har deltatt, er i seg selv en alvorlig svakhet. Noen sykehus har «deltatt med liv og lyst», som Nordlandssykehuset i Bodø, Ålesund Sykehus, Stavanger universitetssykehus og noen lokalsykehus. De fleste andre må ha deltatt med laber interesse. Forfatterne burde for eksempel ha undersøkt hvorfor Ullevål universitetssykehus bare har deltatt med 76 pasienter, Sykehuset i Vestfold med 24 etc. Uoversiktlig bias mistenkes.

Det hevdes at legemiddelfirmaer ikke har hatt noen innflytelse på utformingen av artikkelen. Hvorfor er da statinbehandling ført opp under risikofaktorer?

Når det gjelder tabellene, må Tidsskriftet ta ansvaret for en nesten systematisk mangel på evne til å addere. Verst er tallene for streptokinasebehandling i tabell 4, der  $12 + 65 = 119$  (les selv og legg sammen).

Det konkluderes med at kvinner systematisk får dårligere invasiv oppfølging enn menn. Ifølge tabell 5 er dette bare en korrekt påstand for dem mellom 50 og 59 år. På side 2927 henviser for øvrig forfatterne til at randomiserte studier viser dårligere effekt av invasiv behandling ved ustabil angina pectoris hos kvinner enn hos menn. Kan også deltakende leger ha lest dette?

Man sitter igjen med betydelig usikkerhet om resultatene og spesielt om konklusjonene pga. disse svakhetene, som dessverre allmennheten ikke er i stand til å se. Dessuten mangler en del viktige data, for eksempel om angiografiske funn og opplysninger om hvilke medikamenter pasientene ble utskrevet med. Hvor har Tidsskriftets eksterne fagvurderere vært?

**Jan Erikssen**  
Akershus universitetssykehus

### Litteratur

- Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom ved norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.

T. Melberg og medarbeidere svarer:

**Tabell 1** Øvrig medikasjon for pasienter inkludert i studien om behandling av akutt koronarsyndrom (1)

	Kvinner		Menn	
	Ved innleggelse (%)	Ved utskrivning (%)	Ved innleggelse (%)	Ved utskrivning (%)
Langtidsnitrater	29	51	29	45
Kalsiumantagonist	18	18	15	13
Betablokker	40	80	40	85
ACE-hemmer	22	35	15	31
All-antagonist	8	8	6	7
Østrogen	9	8		

Jan Erikssen påpeker at utvalget av sykehus er sterkt skjevfordelt. Bortsett fra i Helse Øst mener vi at sammensetningen av sykehus er rimelig bra balansert både med hensyn til geografi, til forholdet mellom lokal- og sentralsykehus og til sykehus med og uten invasiv virksomhet. Ideelt sett skulle alle 30 forespurte sykehus deltatt. I multi-senterundersøkelser vil ofte antall inkluderte pasienter fra de enkelte sentrene variere av ulike årsaker. Vi kan ikke se at dette er en alvorlig svakhet i forhold til det vi har undersøkt.

Rollen til MSD Norge AS i denne studien er det detaljert gjort rede for i artikkelen. Begrepet «statinbehandling» ble brukt etter forslag fra eksterne fagvurderer som et uttrykk for hyperkolesterolemi. Lipidverdier og bruk av kolesterolsenkende medikamenter er for øvrig gjenstand for et eget manuskript som er sendt inn for vurdering.

Det har dessverre sneket seg inn en trykfeil i tabell 4 i vår artikkel. Det riktige antall kvinner som ble behandlet med streptokinase skal være 54 (82% av 66 kvinner som fikk trombolytisk behandling). Dette forandrer ikke vurderingene som er gjort i teksten. De oppgitte tall i tabellene gjelder for dem som har besvart aktuelle punkt i spørreskjemaet (> 95% for de fleste variablene). Dette er anført i undertekst til figur 1 og tabell 3, men skulle åpenbart vært gjort tydeligere. Summen av kvinner og menn er ikke den samme som totalen i flere av tabellene. Dette skyldes rett og slett at opplysning om kjønn mangler for fire pasienter, men i totaltallene er disse inkludert.

Tabell 4 viser en klart signifikant kjønnsforskjell totalt sett med henblikk på angiografi. Ved å studere de enkelte aldersgruppene fant vi hvor denne er uttalt (tabell 5 i artikkelen). Vi har i diskusjonen trukket frem en rekke forhold som kan bidra til å forklare disse forskjellene uten å komme med slike bastante konklusjoner som Erikssen tillegger oss. Angiografiske data er ikke tilgjengelig. Når det gjelder øvrig medikasjon, er dette oppgitt i tabell 1.

Til tross for sine begrensninger er dette de eneste tilgjengelige data vi har om hvor-

dan pasienter med akutt koronarsyndrom behandles i Norge. Ingen norske sykehus deltok i GRACE-registeret, og Ullevål universitetssykehus var det eneste norske sykehus som deltok i ESC Euro Heart Survey. Legger man til side de emosjonelle reaksjonene vår artikkel har vekket til live, viser diskusjonen med all tydelighet at vi trenger skikkelige nasjonale registre for hjerteinfarkt og perkutan koronar intervensjon (PCI) i Norge.

**Tor Melberg**  
Stavanger universitetssykehus  
**Magne Thoresen**  
**John-Bjarne Hansen**  
**Arne Westheim**

### Litteratur

- Melberg T, Thoresen M, Hansen J-B et al. Hvordan behandles pasienter med akutt koronarsyndrom i norske sykehus? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2925–8.

## Seroxat-saken

Statens legemiddelverk omtaler på sin nettside den såkalte Seroxat-saken, som en privatperson hadde anlagt mot Legemiddelverket med krav om erstatning for helse-skade påført ved Seroxat-bruk, med den begrunnelse at godkjenningssprosedyren ikke hadde vært forsvarlig, herunder at det i preparatomtalen var utelatt viktige og alvorlige bivirkninger (1). Statens legemiddelverk skriver at saken nå er rettskraftig avgjort etter at anken ble trukket under ankeforhandlingen. Som prosessfullmektig for den skadede finner jeg det nødvendig å knytte noen bemerkninger til de opplysninger om sakens avslutning som gis av Legemiddelverket.

Det som er riktig vedrørende saksgangen er at retten allerede hadde stanset saken på det tidspunkt min klient «trakk» saken. Det lå således ingen erkjennelse i dette fra min klient i at det var riktig å trekke anken. Tvert imot var min klient sterkt uenig i at retten stoppet saken før man hadde hørt sentrale sakkyndige vitner, derunder professor Ivar Aursnes som hadde gjennomgått den innsendte legemiddeldokumentasjon (2). Der-