



Brev til redaktøren

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

Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

Tiazider nok en gang

Diskusjonen om diuretika, hypertensjon og koronar hjertesykdom er nesten blitt lett patetisk. Det er svært uheldig at Helsedepartementet går ut med forordninger som har et dårlig vitenskapelig grunnlag. Det ser ut til at kolleger ikke kan enes om at tiazider kan være gode i noen tilfeller og at angiotensinkonvertasehemmere (ACE-hemmere) og angiotensinblokkere er bra alternativer hos visse andre pasienter, begge kategorier pasienter med hypertensjon av mild grad. Det er likevel grunn til å merke seg hvordan ACE-hemmere og angiotensinblokkere virker – utover å senke blodtrykket.

I en metaanalyse (1) ble følgende publikasjoner med hypertensjonspasienter inkludert: STOP Hypertension-2 (lisinopril eller enalapril versus betablokker eller diuretika), CAPP (captopril versus tiazid eller betablokker), HOPE (ramipril versus placebo), ALLHAT (lisinopril versus kloralidon og lisinopril versus amlodipin), LIFE (losartan versus atenolol), SCOPE (candesartan versus placebo) og VALUE (valsartan versus amlodipin), samt to undersøkelser med hjertesviktspasienter: SOLVD (enalapril versus placebo) og CHARM-overall programmet (candesartan versus placebo). Det ble funnet 2 675 nye tilfeller av type 2-diabetes (7,4 %) blant totalt 36 167 som ble behandlet med enten ACE-hemmer og angiotensinblokker og 3 842 nye tilfeller (9,6 %) blant 39 902 kontrollpersoner. Relativ risiko for nye tilfeller av type 2-diabetes var nedsatt 22 % (95 % KI 18–26, $p < 0,001$) når man brukte enten ACE-hemmer eller angiotensinblokker. Nyttan av ACE-hemmer eller angiotensinblokker var like stor uansett om man hadde hypertensjon eller hjertesvikt, og disse midlene var bedre enn alle andre behandlinger, uansett hvilke medikamenter man sammeliknet med – placebo, betablokker/diuretika eller amlodipin. Forfatterens konklusjon var at ACE-hemmere og angiotensinblokkere minsker insidensen av type 2-diabetes hos pasienter med hypertensjon eller hjertesvikt.

Ut fra denne undersøkelsen er det vanskelig å forstå at man skal bruke annen medikasjon enn ACE-hemmere eller angiotensinblokkere ved behandling av hypertensjon og hjertesvikt. Tiazider må bli annengrads medikasjon. Personer med type 2-

diabetes er en voksende gruppe som i fremtiden vil koste samfunnet store ressurser ved behandling av komplikasjoner – nyresviktbehandling, dialyse, erythropoietin, transplantasjoner etc. Jeg håper Helsedepartementet innser fakta og raskt trekker tilbake beslutningen om at tiazider skal være førstevalg ved behandling av hypertensjon, og det må skje før helsevesenet faller utfor det økonomiske stupet. Det som koster litt mer i dag, er spart i morgen.

Terje Forslund

Møllerste Finland Sentralsjukhus
Jyväskylä, Finland

Litteratur

1. Scheen AJ. Renin-angiotensin system inhibition prevents type 2 diabetes mellitus. Part 1. A meta-analysis of randomised clinical trials. *Diabetes Metab* 2004; 30: 487–96.

«Personangrep og insinuasjoner»

I en kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 3/2005 (1) kommenterer Sverre E. Kjeldsen min omtale av ALLHAT-studien i Tidsskriftet nr. 20/2004 (2). Heller enn å diskutere mine vurderinger av studien anklager Kjeldsen meg for «personangrep og insinuasjoner». I tillegg fremmer han påstander om hva som ligger bak mitt engasjement i debatten om valg av blodtryksmedisin. Jeg skal ikke spekulere i hva det er som motiverer Kjeldsen.

Ifølge Kjeldsen kommer jeg med «urettferdige og udokumenterte insinuasjoner» mot «den fremste elite i norsk kardiologisk forskning» fordi jeg pekte på den potensielle interessekonflikten som ligger i det å ha hatt sterke oppfatninger om valg av blodtryksmedisin forut for ALLHAT-resultatene. Det Kjeldsen ikke forteller, er at jeg inkluderte meg selv blant dem som rammes av en slik interessekonflikt – jeg har lenge talt varmt for tiazider (2).

Den andre referansen til «personangrep og insinuasjoner» er en kronikk (3) som ble skrevet etter Kjeldsens utspill i Dagbladet om at bruk av tiazider er «å ta pasientenes liv» (4). Det er muligens følgende avsnitt Kjeldsen reagerer på: «Det hevdes at staten setter budsjettinnsparinger foran folkets helse. Det er klart at det kan være en kryssende interesse mellom det å redusere utgiftene og det å gi best mulig behandling til pasientene. Alle involverte parter kan ha

slike kryssende interesser i ulik grad. Det kan for eksempel ligge en interessekonflikt mellom legemiddelindustriens behov for å tjene penger og det å bidra til bedre helse. Forskere er opptatt av sine karrierer, legene sikrer sine inntekter. Noen ganger kan også disse interessene være i konflikt med det som er til det beste for pasientene.»

Kjeldsen skriver at min kritikk av VALUE-studien i *The Lancet*, ble «karakterisert som 'utterly false and unprofessional'» (1). Det hører med å fortelle at karakteristikken kom fra Kjeldsens egne VALUE-partnere.

Kjeldsen antyder at mitt arbeidssted var med på å utarbeide tiazidregelen. Det er feil. Han mener dessuten at jeg har en interessekonflikt fordi jeg er «ansatt i en avdeling under Helsedepartementet». Jeg jobber i en faglig uavhengig offentlig institusjon som administrativt ligger under Helsedepartementet.

Atle Fretheim

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Litteratur

1. Kjeldsen SE. Feiltolkning av forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 327.
2. Fretheim A. Fortolkning av forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2656–8.
3. Oxman AD, Flottorp S, Fretheim A. Folk må ikke skremmes til å bruke unødige dyre medisiner. *Aftenposten* (morgenutgave) 20.2.2004. (www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article735583.ece (7.2.2005).)
4. Schjerve H. «Myndighetene oppfordrer oss til å ta pasientenes liv med rein rottegift». *Dagbladet* 11.2.2004. (www.dagbladet.no/nyheter/2004/02/11/390603.html (7.2.2005).)

S.E. Kjeldsen svarer:

Stortinget vedtok høsten 2003 at for å imøtekomme provenykravet, skulle fra 1.3.2004 kun tiazid kunne foreskrives som førstevalg ved mild til moderat ukomplisert hypertensjon. Helseminister Dagfinn Høybråten mente dette var faglig begrunnet og henviste til den amerikanske ALLHAT-studien. I ettertid er dette vedtaket sterkt kritisert, og ingen fagmiljøer innen dette feltet i Norge er villig til å stå frem for å bekrefte at de har vært premissleverandør for avgjørelse. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, der Atle Fretheim arbeider, støtter midlertid ALLHAT-resultatene og ministerens uheldige avgjørelse. Vår omfattende og detaljerte faglige kritikk av ALLHAT-studien er trykt annet steds (1). Fretheims uvitenskapelige forsvar for

ALLHAT-studien i Tidsskriftet var også blandet med sleivspark mot norske spesialister med velrenommert forskning (2). Insnuerende beskyldninger er blitt rettet mot flere av oss, men er tilbakevist (3).

I januar 2004 brakte Kunnskapscenteret Curt Furberg til Norge for at vi skulle ha en vennlig debatt i kjølvannet av Stortingets vedtak. Mot min viten ble hans insinuasjoner om mine motiver kringkastet på TV Norge og trykt med krigstyper i Dagens Medisin. Dagbladet hengte seg på. På Kunnskapscenterets brevpapir ble jeg i full offentlighet anmeldt til Legeforeningen for faglige kommentarer på et medisinsk debattmøte, omskrevet og misforstått av to journalister. Senere skrev Fretheim og hans kolleger en kronikk i Aftenposten om mine meninger.

Det blir alltid bråk når Curt Furberg blir brakt på banen – i Norge, i Sverige (4) og i USA/Canada (5). Frans Leenen og Martin Myers ble av kanadisk høyesterett tilkjent ca. 1 million dollar i oppreisning etter injurierende uttalelser fra Furberg. I kjølvannet av bråket i Norge har Curt Furberg mistet tillitt i USA og gått av som leder for ALLHAT-studien. Det var vel egentlig ingen god idé å bringe ham til landet og starte kampanjen. Det bør nå være i alles interesse å arbeide med den nasjonale utredningen i regi av Helsedirektoratet og stoppe personangrepene.

Sverre E. Kjeldsen

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. McInnes GT, Kjeldsen SE. Never mind the quality, feel the width – ALLHAT revisited. *Blood Press* 2004; 13: 330–4.
2. Fretheim A. Fortolkning av forskning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2656–8.
3. Julius S, Weber M. VALUE: analysis of results. *Lancet* 2004; 364: 935.
4. Furberg C. Pfizer försökar vända på bevisbördan. Peter Nilsson bör hålla seg till fakta. *Läkartidningen* 2004; 101: 224–5.
5. Hansson L, Hedner T, Himmelmann A. Researchers receive record compensation from TV company for media insult linked to the calcium antagonist controversy. *Blood Press* 2002; 11: 132–3.

Homofili og «reorienteringsterapi» – igjen

Arne Schjøth's svar til mitt innlegg i Tidsskriftet nr. 23/2004 (1, 2) krever dessverre en kommentar. Nok en gang må hans misforståelser om homoseksualitet oppklares.

Først hans forståelse av «den tause majoritet». Det er korrekt at mange holder sin seksuelle orientering skjult, men årsaken til dette er at de opplever det som umulig å stå frem som homofil (3). Mange forsøker derfor å leve heterofilt som forventet av omgivelsene, hvilket forklarer at enkelte er mottakelig for «livshjelp og reorientering». Å leve i strid med sin identitet går på bekostning av liv og helse, og ved å utnytte

dette kan Schjøth og hans likesinnede selv skape den målgruppen de legitimerer sitt arbeid med.

Schjøth forsøker å bruke homobevegelsens lave medlemstall som bevis for at mange ikke ønsker å «befeste en homofil identitet» (2). Det ville være underlig om de som sliter med å erkjenne sine følelsesmessige preferanser, skulle melde seg inn i en homoorganisasjon! Schjøth viser videre til en undersøkelse som bekrefter at reorientering er mulig, og spør om jeg taler mot bedre vitende (2). Undersøkelsen bygger på et selvselektert utvalg på 200 personer, som alle selv ønsket endring (4). De ble gjenstand for «reparasjonsterapi», som beskrives som psykoterapi, samtaler/rådgivning eller deltakelse i et behandlings-/endringsprogram for homoseksualitet (ex-gay ministry program). Dette er langt fra noen god dokumentasjon på at forsøk på å endre folks følelsesmessige og seksuelle preferanser er vellykket eller ønskelig.

Schjøth har helt korrekt registrert at jeg forbigår det han kaller viktige verdipørsmål (2). Et eksempel på et slikt «verdispørsmål» finnes i hans opprinnelige innlegg, der han skriver at «den heteroseksuelle familie må ikke svekkes ved å bli likestilt med homofile og andre samlivsformer» (5). Slike uttalelser er så på jordet at jeg vil avstå fra å kommentere det.

Jeg beklager at en debatt som denne i det hele tatt forekommer. Å skulle argumentere for voksne menneskers rett til å innrette sitt liv som de selv ønsker, uten behandling eller annen slags korrigerende, er uverdige, både for dem det gjelder, og for mennesker i vår tid.

Monica Wegling

Institutt for samfunnsmedisin
NTNU

Litteratur

1. Wegling M. Drepende behandling av homofili. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3096.
2. Schjøth A. Drepende behandling av homofili. Tilsv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3096.
3. Levekår og livskvalitet blant lesbiske kvinner og homofile menn. NOVA rapport nr. 1/99. Oslo: NOVA, 1999.
4. Spitzer R. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? *Arch Sex Behavior* 2003; 32: 403–17.
5. Schjøth A. Er homofili en entydig og fastlåst tilstand? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1965.

A. Schjøth svarer:

Det foreligger ingen representativ undersøkelse som har kartlagt spekteret av homofile erfaringer og holdninger innen den tause majoritet. Det gjelder også NOVA-rapporten. Jeg har likevel ikke betvilt at det innen denne gruppe er homofile som lider under negative holdninger fra omgivelsene. Men til forskjell fra Monica Wegling betviler jeg heller ikke at både åpne og skjulte homofile også har andre og forskjellige typer av problemer. En rekke person-

lige vitnesbyrd fra inn- og utland og faglige erfaringer viser et meget mer komplekst bilde av homofili og bifili enn det som i dag fremstilles av dem som har det retoriske hegemoni. Det gjelder blant annet en rekke eksistensielle spørsmål, inkludert usikkerhet om egen seksuell identitet, negative erfaringer fra homofile miljøer, helserisiko og andre problemer ved å begi seg inn i likekjønnet samliv, spørsmålet om reorientering og moralske motforestillinger til homofilt samliv. Å ha andre seksuelle følelser enn majoriteten er også et meget forståelig eksistensielt problem uansett omgivelsenes holdninger. Dette mangfold av personlige erfaringer og verdifulde erfaringer betyr at i en vanskelig livssituasjon kan det være flere veier å gå, og ingen av dem er glatte.

På denne bakgrunn trenger homofili-spørsmålet ikke minst i et fagtidsskrift å bli fremlagt nøkternt, nyansert og saklig. Det har mine innlegg tatt sikte på. I kontrast til dette har Wegling tegnet et svart-hvitt-bilde akkompagnert av usakligheter. Hun hevder at negative holdninger fra omgivelsene er den eneste årsak til homofile problemer og økt suicidalrisiko, og at de homofile som ikke har forstått dette, bedrar seg selv. Homofile følelser er ifølge henne ensbetydende med en fastlåst homofil identitet som verken kan eller bør endres, og den krever å bli levd ut i likekjønnet samliv. Noen annen vei ut av en vanskelig livssituasjon finnes angivelig ikke. Den personlige autonomi skal følge hennes oppskrift. De som ønsker å gå andre veier, skal øyensynlig ikke få hjelp til dette, og slik hjelp blir fordømt. Når både personlige vitnesbyrd og anerkjente fagpersoner fremholder at reorientering er mulig for noen, opptrer hun som faglig overdommer og benekter dette. De som likevel tillater seg å gjøre oppmerksom på muligheten, møtes av krasse falske anklager. Oppfatningen om at likekjønnet samliv kan rukke ved sentrale livsverdier, plasseres helt på jordet og skal derfor ikke drøftes. Hennes toleranse i denne sak omfatter bare dem som deler hennes egen ideologi.

Jeg vil ikke som Wegling beklage at det har vært en homofilidebatt i Tidsskriftet. Den har i hvert fall vist hvordan det kan argumenteres i denne saken.

Arne Schjøth

Kristiansand