



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 publiseringer 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 hjertesviktpasienter: 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