



## Brev til redaktøren

Innlegg på inntil 400 ord, eventuelt knyttet til tidligere publisert stoff, sendes [tidsskriftet@legeforeningen.no](mailto:tidsskriftet@legeforeningen.no)  
Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer.

### Fortsatt noe å lære av?

Jeg har ved to tidligere anledninger omtalt utelatelse av radiologer i artikler hvor radiologi har en sentral plass (1, 2). I Tidsskriftet nr. 6/2007 er det beskrevet en pasient med emfysematøs kolecystitt under vignetten *Noe å lære av* (3). Diagnosen ble stilt ved CT abdomen. Forfatterne har tatt seg den frihet å bruke et større avsnitt til å diskutere ulike radiologiske prosedyrer. Dette ville selvsagt ha en mer faglig og rettmessig dybde dersom en radiolog hadde vært medforfatter.

Det er i dag lett for kolleger å bruke den digitale hverdagen til å hente både bilder og beskrivelser fra RIS/PACS uten at den radiologiske avdelingen blir informert. Dette fordrer ærlige kolleger, jf. tilsvaret fra Tidsskriftets redaktør i forbindelse med et av mine tidligere innlegg (4). Jeg mener det er betimelig at de som gjennomgår innsendte manuskripter, ber om ytterligere informasjon hvis de mistenker at flere faggrupper burde vært representert i artikkelens forfatterliste.

**Morten G. Stiris**  
Radiologisk avdeling  
Aker universitetssykehus

#### Litteratur

1. Stiris MG. Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler – skal vi godta det? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3373.
2. Stiris MG. Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1399.
3. Lambrecht J, Trondsen E. En pasient med akutte magesmerter og kjent kardiovaskulær sykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 763–4.
4. Nylenna M. Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler – skal vi godta det? Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 3373.

### Redaksjonen svarer:

Vancouver-reglene inneholder bestemmelser som hvem som skal og hvem som ikke skal inngå i forfatterlisten til vitenskapelige artikler (1). Redaksjonen overprøver ikke forfatterne på dette punkt og forutsetter at retningslinjene blir fulgt (2).

#### Redaksjonen

#### Litteratur

1. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: Writing and editing for biomedical publication. [www.icmje.org](http://www.icmje.org) (29.3.2007).
2. Haug C. Utelatelse av radiologer som medforfattere av artikler. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1399.

### Kronisk hjertesvikt og mer tillitssvikt

Vi har lest tilsvarene fra Eivind Myhre, Torunn Janbu og Charlotte Haug på vårt innlegg i Tidsskriftet nr. 5/2007 (1–4) om retningslinjer for diagnostikk og behandling av hjertesvikt (5, 6). Vi konstaterer at Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt ikke har besvart våre to enkle spørsmål, men i stedet hengir seg til et kraftig motangrep (2). Vi skal angivelig ha antydning at gruppen eller medlemmer av den tar imot «penger under bordet». Det har vi slett ikke skrevet. Det vi spurte om, var om arbeidsgruppen kunne forstå at utenforstående (leger og pasienter) kunne få mindre tillit til arbeidsgruppens anbefalinger som følge av den lange listen over mottatt støtte fra legemiddelindustrien? Vi oppfatter Myhres tilsv. som at det nære samarbeidet mellom legemiddelindustrien og norske kardiologer kan fortsette ufortrødent, og at de tette økonomiske forbindelsene snarere er en indikator på faglig styrke enn et problem. Arbeidsgruppen har for øvrig forfattet et forslag til nasjonale retningslinjer innrettet på allmennpraksis helt uten samarbeid med målgruppen.

Presidenten svarer ved å henvise til Legeforeningens regelverk for forholdet til industrien (3). Men dette regelverket svarer ikke på spørsmålet om hvilke krav som bør stilles til dem som utarbeider kliniske retningslinjer for praksis. Også redaktøren omgår dette spørsmålet (4).

Det økonomiske samkvemmet mellom legene og legemiddelfirmaene har vart lenge og har vært tett. Det kan ha utviklet seg en «selvfølgelighetskultur» som gjør at leger har vansker med kritisk selvgranskning og tydelig grensesetting vis-à-vis industrien. Vi er nødt til å rette våre spørsmål til andre, til de myndigheter som har ansvaret for forsvarelig bruk av ca. 9 milliarder kroner til blåreseptordningen, hvorav ca. 2 milliarder kroner omfatter forebygging og behandling av hjerte- og karsykdommer, og for kvalitets-sikring av legetjenestene. På bakgrunn av de to artiklene (5, 6), vår kritikk (1) og de medisinske miljøenes svar (2–4), ber vi Sosial- og helsedirektoratet og Legemiddelverket om svar på disse spørsmålene: Hvem har formelt rett til å utarbeide nasjonale retningslinjer for diagnostikk og terapi i Norge? Kan hvem som helst tilta seg denne retten? Mener direktoratet og Legemiddelverket at det er uproblematisk når nasjonale retningslinjer på et terapiområde som involverer milliarder av kroner, blir utarbeidet av leger som har

mottatt til dels omfattende økonomisk støtte fra de legemiddelfirmaene som dominerer på terapiområdet?

**Per Fugelli**  
**Bjørn Gjelsvik**  
Universitetet i Oslo

#### Litteratur

1. Fugelli P, Gjelsvik B. Hjertesvikt og tillitssvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 621–2.
2. Myhre ES. Hjertesvikt og tillitssvikt. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 622.
3. Janbu T. Hjertesvikt og tillitssvikt. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 622–3.
4. Haug C. Hjertesvikt og tillitssvikt. Tilsv. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 623.
5. Aarønæs M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 171–3.
6. Aarønæs M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 174–7.

### Sosial- og helsedirektoratet svarer:

Nasjonal helseplan skiller mellom nasjonale og lokale retningslinjer (1). Sosial- og helsedirektoratet er den eneste aktøren som har mandat til å lage nasjonale retningslinjer for helsetjenesten. Ledere i helsetjenesten har ansvar for å implementere nasjonale retningslinjer i egen virksomhet. Nasjonale retningslinjer skal bidra til kvalitet, gode prioriteringer og mindre uønsket variasjon. Lokale retningslinjers status vil variere avhengig av utgivers bakgrunn og prosess. Aktører som utvikler retningslinjer, bør ha kompetanse og plikt til å se om nivået retningslinjene er lagt på, er avstemt med praksis i øvrige fagområder og i hvilken grad man ser det enkelte tiltak som ledd i en bredere kjede. Direktoratet følger internasjonalt anerkjente rutiner under utvikling av nasjonale retningslinjer, bl.a. med klarlegging av kunnskapsgrunnlaget og bred involvering av den utøvende helsetjenesten og aktuelle brukergrupper.

Det kan være problematisk hvis leger som har mottatt omfattende økonomisk støtte fra legemiddelindustrien, er toneangivende i utviklingen av nasjonale retningslinjer på samme område. Tidligere samarbeid med legemiddelindustrien skaper ikke automatisk inhabilitet, men kan gjøre det. Pågående samarbeid som innebærer økonomiske eller andre interesser på det aktuelle fagområdet, er som regel diskvalifiserende. Forvaltningslovens habilitetsregler gjelder for offentlige tjenestemenn og alle andre som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, f.eks. leger som deltar i nasjonale arbeidsgrupper.