



## 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.

### Diuretika ikke førstevalg ved kronisk hjertesvikt

Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt presenterer i Tidsskriftet nr. 2/2007 to artikler om kronisk hjertesvikt – den ene om etiologi og diagnostikk (1), den andre om behandling (2). Artiklene bygger i stor grad på europeiske anbefalinger (3). Det er prisverdig at arbeidsgruppen oppdaterer retningslinjene for norske forhold, men slike retningslinjer stiller ekstra høye krav til nøyaktighet.

I første punkt av hovedbudskapet i artikkelen om behandling angis det at «ACE-hemmere og diuretika» er førstevalg ved hjertesviktbehandling (2). Dette er ikke riktig. Hvis norske leger følger dette rådet, vil det være et tilbakeskritt i behandlingen av hjertesvikt. De viktigste legemiddelgruppene for pasienter med hjertesvikt er ACE-hemmere og betablokkere. Begge disse gir mindre sykkelighet og lavere dødelighet. Diuretika skal bare brukes til pasienter der det er tegn på væskeoverskudd (3).

Senere i samme artikkel hevdes det at diuretika er «essensielle» ved behandling av svikt i NYHA-klasse II-IV (2). Igjen vil vi påpeke at diuretika bare skal brukes hos pasienter som har tegn eller symptomer på væskeoverskudd, slik det går frem av de europeiske retningslinjene (3). Unødvendig diuretikabruk gjør det vanskeligere å starte behandling med ACE-hemmer og betablokker, samtidig som det lettere oppstår elektrolyttforstyrrelser og nyresvikt.

Internasjonale retningslinjer krever at diagnosen hjertesvikt må bygge på symptomer og objektive funn på kardial dysfunksjon. Forfatterne angir at den må være basert på «objektive funn av kardial dysfunksjon (systolisk eller diastolisk) i hvile, påvist med ekkokardiografi», ifølge ramme 1 i den første artikkelen (1). Vi er enig i at ekkokardiografi er svært verdifullt og for de fleste det lettest tilgjengelige, men MR-undersøkelse vil i mange tilfeller gjøre ekkokardiografi overflødig. Videre sies det: «Vi mener at alle pasienter der det er mistanke om hjertesvikt må få utført ekkokardiografi» (1). Gjelder dette også om BNP/NT-proBNP er normal?

En nøye gjennomgang av risikofaktorer hos hver enkelt pasient er vesentlig. Vi savner imidlertid den kanskje viktigste faktoren: Røyking.

Kardial resynkronisering er et veletablert behandlingstilbud for symptomatiske

pasienter med redusert ejeksjonsfraksjon og QRS-bredde > 0,120 ms. Etter vår mening bør alle slike pasienter vurderes med henblikk på denne behandlingen.

Litteraturhenvisningene i en slik artikkel bør reflektere de mest sentrale studiene. Flere sentrale arbeider utelatt i de to artiklene, og det er unøyaktigheter i henvisningene. For eksempel er flere av «milepælstudiene» med ACE-hemmere og betablokkere ved hjertesvikt utelatt, slik som CIBIS II-studien fra 1999, COPENICUS-studien fra 2001 og SOLVD-studien fra 1991.

**Lars Gullestad**

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

**Steinar Madsen**

Statens legemiddelverk

#### Litteratur

1. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. Tidsskr nor Lægeforening 2007; 127: 171–3.
2. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 174–7.
3. Swedberg K, Cleland J, Dargie H et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 1115–40.

### Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt svarer:

I hovedbudskapsrammen i vår artikkel om behandling er det anført at «ACE-hemmere og diuretika er førstevalg ved behandling av kronisk hjertesvikt» (1). Gullestad & Madsen mener dette er et terapeutisk tilbakeskritt. Det er underlig, fordi deres anliggende er godt belyst i først avsnitt under mellomtittelen *ACE-hemmere*. Vi viser spesielt til avsnittets siste setning (1), som harmonerer helt med deres oppfatning. Indikasjonen for diuretika er diskutert under mellomtittelen *Diuretika* (1), der siste setning er sammenfallende med det Gullestad & Madsen fremhever. I teksten omtales bruk av diuretika ved stuvning ved symptomatisk hjertesvikt. Dessverre finnes det ikke undersøkelser som viser at diuretika er livsforlengende ved stuvning ved hjertesvikt, og det er lite sannsynlig at slike studier vil bli gjennomført. Vår referanse er dagens patofysiologiske kunnskap og observasjonsstudier som tilsier at diuretika i sum har en gunstig virkning.

MR er en utmerket undersøkelse for å beskrive hjertets morfologi og funksjon, men i en artikkel rettet mot allmennpraksis blir det skivebom å trekke inn MR når vi fortsatt ikke har god nok dekning innen ekkokardiografi. I denne sammenheng er vi derfor uenig i Gullestad & Madsens vurdering av MR og viser til teksten under mellomtittelen *Annen ikke-invasiv bildediagnostikk* i vår artikkel om etiologi og diagnostikk (2). Når Gullestad & Madsen følger opp med et spørsmål om vi mener at alle pasienter der det er mistanke om hjertesvikt, bør få gjort ekkokardiografi hvis vedkommende samtidig har negative BNP/proBNP-verdier, må vi be dem lese *hele* artikkelen, også annet avsnitt under mellomtittelen *Blodprøver* (2) – «meget lite sannsynlig», som vi skriver, er langt fra «mistanke om».

Gullestad & Madsen etterlyser risikofaktoren røyking. Vi skriver i at «pasienter med hjertesvikt må få god informasjon om sykdom og behandling» (1) – allmennpraktikere skal ikke undervurderes. Kommentaren om at resynkroniseringsbehandling bør overveies hos alle pasienter som oppfyller kravene anført under avsnittet med mellomtittel *Kardial resynkroniseringsterapi* (1), er i samsvar med vår oppfatning. Men når resultatet av behandlingen tilsier at 30 % av pasientene ikke har gevinst, kan selv ikke Gullestad & Madsen uttrykke seg annerledes enn vi gjør.

For øvrig er de to artiklene en oppdatering, referansene er derfor primært fra de siste ti årene. Denne meningsutvekslingen viser hvor vanskelig det er å skrive for alle når det skal være både kortfattet og matnyttig.

**Eivind S.P. Myhre**

På vegne av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt

#### Litteratur

1. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 174–7.
2. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 171–3.

### Hjertesvikt og tillitssvikt

Det var urovekkende å lese artiklene *Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk* og *Behandling av kronisk hjertesvikt* i Tidsskriftet nr. 2/2006 (1, 2). De er forfattet av 11 kolleger, alle medlemmer av Norsk car-

diologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt. Artiklene er ment som forslag til nasjonale retningslinjer. Begge avsluttes med en liste over oppgitte interessekonflikter. Den måler 13,5 cm. En av forfatterne har mottatt økonomisk støtte i form av foredragshonorar, støtte til kongressdeltagelse, honorar for konsulenttjenester samt forskningsmidler fra 27 legemiddelfirmaer. En annen «har mottatt foredragshonorar eller reisestøtte fra de fleste firmaer som har hjertesviktmedikamenter på det norske markedet». I gjennomsnitt har medlemmene av arbeidsgruppen mottatt penger fra ti legemiddelfirmaer (tre medlemmer har ingen oppgitte interessekonflikter).

Vi vil formulere vår uro i spørsmål til tre adressater.

Til forfatterne: Artiklene og listen over interessekonflikter inneholder en barsk melding – vi, landets fremste eksperter på hjertesvikt, har mottatt penger fra ti legemiddelfirmaer (gjennomsnitt), og vi forfatter uten å blunke, uten å rødme, nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av kronisk hjertesvikt. Etter vår mening sender dere ut et demoraliserende signal om at sånn er livet og det er greit. Dere står frem som et dårlig eksempel i en tid hvor vår egen forening (3) og legestanden internasjonalt (4) prøver å bryte «de gylne lenkene» til legemiddelindustrien. Dere føler sikkert at dere har deres faglige integritet i behold. Men kan dere forstå at penger fra legemiddelindustrien svekker troverdigheten i lesernes øyne? Kan dere være enige i at nasjonale retningslinjer på terapiområder med omsetning på mange hundre millioner kroner bør være minst mulig påvirket av legemiddelindustrien?

Til Tidsskriftets redaktør: For en tid tilbake innførte Tidsskriftet krav om at forfattere av faglige og vitenskapelige artikler skal oppgi eventuelle interessekonflikter. Formålet er primært å skape åpenhet om bindinger som kan påvirke de faglige vurderingene. Et ytterligere formål er, antar vi, at ordningen skal ha en oppdragende virkning – å oppgi interessekonflikter kan stimulere til selvgransking hos forfatterne og i legestanden. Vi trodde at et tredje formål var at redaktøren skulle kunne refusere artikler der interessekonfliktene er så tunge at de truer den faglige uavhengigheten og troverdigheten. Overveide man i Tidsskriftet å avvise de aktuelle artiklene på slikt grunnlag? Ser redaktøren at 13,5 cm interessekonflikter er med på å alminneliggjøre og dermed ufarliggjøre de økonomiske bindingene mellom legene og legemiddelindustrien? En slik publiseringspraksis kan føre til at det noen vil kalle korrupsjonskultur blir oppfattet som normalkultur. En slik liste med interessekonflikter kan nesten virke mot sin hensikt. Interessekonfliktene blir selvfølgelig gjort istedenfor å være en kilde til kritisk vurdering hos leser og forfatter.

Til presidenten i Den norske lægeforening: En av Legeforeningens fornemste oppgaver er å forvalte tilliten mellom legestanden og befolkningen. Legeforeningen har de senere år forsøkt å skape tillitvekkende forhold i eget hus (3). Det er vedtatt retningslinjer som beskytter Legeforeningens organisasjonsledd og videre- og etterutdanningen mot legemiddelindustriens innflytelse. Men hva hjelper det hvis foreningens medlemmer oppfører seg på en måte som skaper mistillit blant folk flest og hos myndighetene? Mener Legeforeningen at det intime økonomiske samliv mellom Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt og legemiddelfirmaene er i pakt med vår forenings politikk for bygging av tillit?

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

#### Litteratur

1. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 171–3.
2. Aarønes M, Atar D, Bonarjee V et al. Behandling av kronisk hjertesvikt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 174–5.
3. Bakke HK. Legeforeningen og forholdet til industrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1675.
4. Angell M. The truth about the drug companies. New York: Random House, 2004.

#### *Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt svarer:*

Vi må bare beklage at våre artikler om kronisk hjertesvikt har virket «urovekkende» og skapt «uro» hos kollegene Fugelli & Gjelsvik. Interessant nok er det ikke det faglige innholdet som har skapt uro, men omfanget av våre interessekonflikter angitt med centimetermål. I sterke, nesten injurerende ordelag antyder de to herrer at vi, dvs. arbeidsgruppen, «har mottatt penger fra ti legemiddelfirmaer», at vi er «et dårlig eksempel», gir «et demoraliserende signal» og at vi til og med står for en «korrupsjonskultur».

Hva er så virkeligheten og sannheten? I de siste 25–30 år har hjertemedisinen gjennomgått en rivende utvikling innen diagnostikk og behandling. Denne utviklingen ville aldri ha funnet sted uten utstyrs- og legemiddelindustrien. For å følge med har det vært nødvendig med løpende videreutdanning av kardiologer, både nasjonalt og internasjonalt. Med skam må vi si at inntil kanskje ganske nylig har offentlige myndigheter og de enkelte sykehus nærmest vært helt fraværende og i svært liten grad bidratt til den helt nødvendige videreutdanningen av hjertespesialister. Takket være blant annet legemiddelindustrien, som har bidratt til kongressreiser, har norske kardiologer fått anledning til å delta på internasjonale kongresser. Disse bidragene er ikke «penger under bordet», slik Fugelli & Gjelsvik

hevder, men direkte støtte til videreutdanning (grants), der det aldri har vært tale om noen bindinger, verken mellom den enkelte kardiolog eller den avdeling eller det sykehus vedkommende tilhører.

I motsetning til det offentlige og sykehuse har man i legemiddelindustrien vært flinke til å arrangere lokale og nasjonale møter som har vært viktige i videreutdanningen av spesialister. Som forelesere er benyttet både nasjonale ressurser, f.eks. medlemmer av arbeidsgruppen, og internasjonale kapasiteter. Slike forelesninger krever selvsagt forberedelser, som er fritidsarbeid med tilsvarende legitimitet for honorarer. Det skjer ikke, slik Fugelli & Gjelsvik antyder, at vi «mottar penger». Er det «svarte penger» som insinueres? Nei, vi får et rimelig honorar som alle parter oppgir til skattemyndighetene.

Våre omtalte interessekonflikter omhandler kun de fakta som er nevnt over. Det er derfor uhyrlig av Fugelli & Gjelsvik å påstå eksistensen av «det intime økonomiske samliv» mellom legemiddelindustrien og Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt. Dette er ikke vårt faglige fellesskap verdig. Vi har vårt på det tørre, men kanskje Fugelli og Gjelsvik etter sine insinuasjoner burde både «blunke og rødme».

#### **Eivind S.P. Myhre**

På vegne av Norsk cardiologisk selskaps arbeidsgruppe for hjertesvikt

#### *Presidenten svarer:*

Legeforeningen er opptatt av befolkningens tillit til legene. Den er grunnleggende for en god helsetjeneste. Det er behov for at leger deltar i forskning og fagutvikling i samarbeid med næringslivet for å utvikle og kvalitetssikre nye behandlingsformer og nytt utstyr. Legeforeningen er opptatt av at slikt samarbeid skal skje i ryddige former og med full åpenhet. Foreningen har derfor inngått avtaler med Legemiddelindustriforeningen og Leverandørforeningen for helsesektoren om hvordan samarbeidet skal foregå både hva gjelder kurs, forskning og økonomi. Disse avtalene inneholder strenge retningslinjer som forvaltes av partene. Legeforeningen har i tillegg vedtatt egne retningslinjer, også i forhold til legers videre- og etterutdanning, og temaet er omtalt i etiske regler for leger. Den norske lægeforening følger med på hvordan retningslinjene praktiseres og fungerer og vil etter planen komme med en evaluering i løpet av året. Alle enkeltmedlemmer og organer i foreningen er forpliktet til å følge samarbeidsavtalene og interne retningslinjer. Dette opplever jeg at det er aksept for blant medlemmene.

Flere av regelverkene er tilkommet de senere årene. Et svært viktig tema er åpenhet om kontakt med industrien. Forfatterne av