

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 terapiområdet 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 lægeforsking: 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. Aarønæs M, Atar D, Bonarjee V et al. Kronisk hjertesvikt – etiologi og diagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 171–3.
2. Aarønæs 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 centimetermå. I sterke, nesten injurierende 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 ne 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 lægeforsking 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

de to omtalte artiklene har oppgitt mulige interessekonflikter i henhold til retningslinjene og Tidsskriftets praksis. Dette er et godt signal om mer åpenhet på området. Hvordan samarbeidet eller kontakten har vært gjennomført i praksis, kan ikke vurderes ut ifra de to artiklene. Det må dog ikke bli slik at samarbeid mellom leger og næringsliv i seg selv skal diskvalifisere leger fra å komme med ytringer eller delta i fagutvikling, men det må informeres om hvordan samarbeidet har foregått og med hvem man har samarbeidet og hvilke økonomiske forpliktelser det er mellom partene.

Utfordringen blir å fremme det nødvendige og åpne samarbeidet og samtidig hindre uønsket sammenblanding av roller og økonomisk binding som svekker tilliten til legestanden. Mye av dagens medisinske forskning i verden styres i for stor grad av næringslivet. Skal universitetene, andre fagmiljøer og myndighetene få større innflytelse innen forskning og prioritering av helseressursene, trengs det en betydelig større offentlig økonomisk satsing.

Torunn Janbu
president
Den norske lægeförening

Redaktøren svarer:

Det er en kontinuerlig diskusjon både i Tidsskriftet og i internasjonale tidsskrifter om hvordan interessekonflikter skal håndteres og publiseres. Hovedpoenget er bevissthet og åpenhet om mulige konkurrerende interesser – også ikke-økonomiske. Disse tar vi hensyn til i de redaksjonelle vurderingene, og vi trykker dem slik at leserne er klar over dem. Jeg er enig i at for lange lister med interessekonflikter ikke er hensiktsmessig. Ikke fordi det alminneliggjør og ufarliggjør interessekonfliktene, men fordi det blir vanskelig å sortere det vesentlige fra det uvesentlige. I dette tilfellet var det naturlige årsaker til at listen måtte bli lang, noe Eivind Myhre redegjør for i sitt svar.

Charlotte Haug
redaktør

Forløsning av tvilling nr. 2 hos sirkulatorisk ustabil mor

Thomassen & Wisborg presenterte i Tidsskriftet nr. 24/2006 en kvinne som ble forløst med keisersnitt under en tvillingfødsel på et tidspunkt da hun var sirkulatorisk ustabil (1). Den til grunnliggende årsak var og er ukjent. I en kommentar til artikkelen drøfter Guttorm Brattebø generell håndtering av akuttmedisinske katastrofesituasjoner (2). Vi synes forløsningen av tvilling nr. 2 og tidspunktet for denne er så sentralt i sykehistorien at det bør kommenteres.

Antall tvillingfødsler har økt betydelig

de siste årene og utgjorde i 2005 knapt 2 % av alle fødsler i Norge. En tvillingfødsel er mer komplisert enn fødsel av ett barn, spesielt byr tvilling nr. 2 på utfordringer (3). Forløsning av tvillinger krever derfor erfaring, overvåking og teamarbeid. Det er imidlertid en økende tendens til kombinerte forløsninger, slik som i den presenterte kasuistikken (1). Praktiske øvelser og nasjonale kurs er derfor nødvendig for å opprettholde kompetansen i vaginal forløsning av tvillinger.

I den refererte kasuistikken ble resultatet nesten en katastrofe (1). Vi mener det ville vært av interesse å få vite hvorfor man ikke forsøkte å forløse tvilling nr. 2 vaginalt. Ved en rekke obstetriske akutsituasjoner er eller blir pasientene sirkulatorisk ustabile (3). Da er det viktig å stabilisere pasienten før man vurderer kirurgisk intervensjon, med mindre akutsituasjonen er betinget av forhold som må korrigeres kirurgisk. Hos en obstetriske pasient er det kvinnen, ikke barnet, som er førsteprioritet ved et sirkulatorisk kollaps hos moren, selv om fosteret som en konsekvens av dette blir truet. En for tidlig kirurgisk intervensjon uten at pasienten er stabilisert kan føre til at man mister både mor og barn.

Den refererte pasienthistorien illustrerer hvor viktig det er at alle som er involvert i slike dramatiske hendelser klarer å håndtere utfordringene med høy faglig kompetanse og presisjon. Vi slutter oss til Thomassen & Wisborgs anbefaling av god kommunikasjon mellom obstetrikere og anestesileger ved vurdering av hastegrad og av tidsforbruk før narkose innledes.

Line Bjørge
Per E. Børdahl
Thomas Hahn
Ferenc Macsali
Svein Magne Skulstad
Kåre Augensen
Susanne Albrechtsen
Kvinneklinikken
Haukeland Universitetssjukehus

Litteratur

1. Thomassen Ø, Wisborg T. En 33 år gammel kvinne med hjertestans under keisersnitt. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3270–1.
2. Brattebø G. Håndtering av akutte situasjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 3272.
3. Sand S, Øyan P, Henriksen T, red. Veileder i fødselshjelp 2006. http://www.legeforening.no/asset/32196/2/32196_2.pdf (25.1.2007).

Bekymringsfri refusjonsordning ved KOLS

Alf Henrik Andreassen & Sverre Lehmann spør i Tidsskriftet nr. 2/2007 om refusjonsendring for medisiner ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) bør gi grunn til bekymring (1).

Statens legemiddelverk er enig i at informasjonen til leger om refusjonsendringene for pasienter med astma og kronisk obstruktiv lungesykdom kunne vært mer

effektiv. Endringene hadde virkning fra 1.7. 2006, med en overgangstid til 1.7. 2007. Legemiddelverket har brukt sin nettside www.legemiddelverket.no som hovedkanal for å informere om denne refusjonsendringen, slik vi gjør i andre liknende saker. Vi er klar over at ikke alle leger har Internett på kontoret, likevel håper vi at informasjon om endringen av regelverket etter hvert begynner å bli kjent hos allmennleger og spesialister i indremedisin og lungesykdommer. Oppmerksomheten i mediene kan tyde på det.

Endring i refusjonsrettighetene gjelder bare pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom i forhold til kombinasjonspreparater med steroider på vanlig blåresept. Dette krever nå søknad etter § 10a. Det må foreligge en spirometriundersøkelse som viser FEV₁ under 50 % av forventet verdi samt kliniske opplysninger om hyppige eksaserbasjoner. Det er nytt og viktig i forskriften at spirometri blir grunnlaget for diagnostisering av sykdom, og at FEV₁-verdien for disse pasientene blir avgjørende for hvilke preparater det ytes refusjon for på vanlig blåresept.

Vi skrev sist om dette på Legemiddelverkets nettsider i oktober 2006, og vi oppfordrer alle leger til å abonnere på våre nyheter på e-post. Slik får man tilsendt fersk informasjon om nye legemidler, terapibefalinger, endringer i refusjonsstatus m.m. Man velger selv de temaene man er interessert i. Det er enkelt å melde seg på tjenesten fra www.legemiddelverket.no. Vi besvarer gjerne enkelthenvendelser fra leger som ikke finner frem på Internett og oversender skriftlig informasjon på papir ved behov. Ta gjerne kontakt med undertegnede.

Björg Nitteberg Sørensen
Statens legemiddelverk

Litteratur

1. Andreassen AH, Lehmann S. refusjonsendring for KOLS – grunn til bekymring? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 206–7.

Kommer det nye St. Olavs Hospital til å grunnstøte?

I Tidsskriftet nr. 1/2007 hadde Sven Erik Gisvold et aktuelt og tankevekkende innlegg om St. Olavs Hospital (1). Siden jeg i mange år var overlege ved dette sykehuset og sammen med Gisvold og flere andre overleger var blant tvilerne når det gjaldt dette prosjektet, må jeg få fremføre at jeg deler Gisvolds oppfatning av situasjonen.

Han var ikke og er ikke alene om å være skeptisk til de årlige driftsmessige innsparringene. Forslaget om å samle akuttfunksjonene på ett sted må gjelde døgnet rundt – ikke bare kanskje, som uttrykt av Gisvold (1). Da er vi omtrent tilbake der vi var tidligere. Dette kan oppfattes som et nederlag for beslutningstakerne. At disse skal gå inn for forandringer, er sannsynlig for optimistisk.