

Misvisende om statiner

I en rekke studier om effekten av statiner rapporteres bare den relative reduksjonen i dødelighet og ikke den absolutte gevinsten ved å bruke legemidlet. Dette fører til at bruket av statiner øker sterkt. Data i CARE-studien (1), WASCOP-studien (2) og AFCAPS/TextCAPS-studien (3) gjør det mulig å beregne at sannsynligheten for ikke å dø av hjerteinfarkt med statinbehandling i løpet av 4–6 år bedrer seg med bare 1,1–1,5 % for en pasient med koronar hjertesykdom. I en studie som nylig ble publisert i *The Lancet* (4), kan den absolutte gevinsten av simvastatin (Zocor) beregnes til 1,5 %. For friske personer med høyt kolesterolnivå (gjennomsnittlig 7 mmol/l) er tallene i de førstnevnte studiene enda mindre imponerende, nemlig 0,4 %. Med gjennomsnittlig kolesterolnivå på 5,6 mmol/l øker sannsynligheten for å overleve med bare 0,1 %.

Det er betenkelig at informasjon om sannsynligheten for å overleve ved ikke å ta statiner aldri drøftes i denne type studier. En vurdering av bivirkninger bør også tas med. Bl.a. viste CARE-studien at hyppigheten av brystkreft er 13 ganger så stor hos dem som tar statiner som hos de øvrige. Den absolutte risikoen for dødsfall pga. hjerteinfarkt ble redusert med 1,1 %, mens utviklingen av brystkreft økte med 4,2 %. Hepatitt, myopati, økt risiko for fraktur, katarakt og perifer nevropati er blant andre mulige bivirkninger.

Den kommersielle betydning av statinene er blitt meget stor etter at de ble introdusert i USA i 1987. I 1996, dvs. før det nye og langt mer intensive behandlingsprogrammet ble introdusert i 2001, var omsetningen på 5 milliarder amerikanske dollar. I 2000 var omsetningen økt til 14 milliarder dollar (5). Her i landet ligger omsetningen av kolesterolsenkende legemidler på topp, med et total-salg fra apotek på 712 millioner kroner i 2001, 122 millioner mer enn nummer to på listen, midler mot astma (6). Per april 2002 anslås det at 200 000 nordmenn tar statiner daglig. Dette tilsvarer 9 % av befolkningen \geq 40 år og medfører en årlig kostnad på ca. 3 500 kroner per statinbruker.

Hvor vil dette ende? I Sverige har man begrenset indikasjonsområdet for statiner pga. den lave kostnadseffektiviteten, mens man i USA har gjort det motsatte. Det er beregnet at USAs nye program for å redusere kolesterolnivået omfatter ca. 18 % av den voksne befolkningen (7). Generelt ansees optimalt LDL-kolesterolnivå å være $<$ 3,8 mmol/l, og totalkolesterolnivået $<$ 5,1 mmol/l. Hvis det foreligger risikofaktorer, endres situasjonen. Jo alvorligere disse er, desto lavere er det optimale kolesterolnivået. 18 % av befolkningen er sannsynligvis en grov underesti-

mering. Ifølge programmets definisjoner vil en stor del av jordens befolkning omfattes av programmets risikofaktor «livsstilsendring», som bl.a. omfatter endring av kostens fettinnhold. Antall kandidater for statinbehandling kan derfor bli gigantisk.

Oslo

Paal Røiri

Litteratur

1. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001–9.
2. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301–7.
3. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TextCAPS. *JAMA* 1998; 279: 1615–22.
4. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. MRC/BHF heart protection study of cholesterol lowering with simvastatin in 20.536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7–22.
5. Aoki N. Cholesterol drug makers' influence is pondered. *Boston Globe/New York Times* 1.6.2001.
6. Tall og fakta 2002. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2002.
7. Executive summary of the third report of the National cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486–97.

Engelsk i undervisningen

Lars Johan Materstvedt har i Tidsskriftet nr. 19/2002 en tankevekkende artikkel om innføringen av engelsk som undervisningsspråk i medisinstudiet (1). Ved Universitetet i Oslo gjelder dette foreløpig 9. semester – det såkalte mor-og-barn-semesteret, hvor det undervises i pediatri og gynekologi, som begge er fag der evnen til kommunikasjon med pasienten er viktig. Få andre spesialiteter har bevart flere tradisjonelle norske ord på både patologiske og fysiologiske prosesser enn disse to.

Det er vanskelig å forstå grunnen til å velge nettopp 9. semester som fremmedspråklig. Meningen med utvekslingen av studenter (det er i alt fem fremmedspråklige dette høstsemesteret) skal være tilegnelsen av landets språk og kultur, hvilket neppe ivaretas hos oss. Engelsk faglitteratur er nærmest obligatorisk, og seminarer, disputaser etc. holdes regelmessig på engelsk.

Det kan se ut som om norsk allerede er blitt skadelidende i undervisningen. Den skriftlige eksamen (på norsk for de norske)

viste i vår at mange alminnelige norske fagbegreper hadde gått studentene hus forbi. I besvarelsene var det en underlig blanding av engelske og norske ord, som absolutt ikke syntes å love godt for våre legers fremtidige kommuniseringsevne, verken skriftlig eller muntlig. Dette i tillegg til bokstaveringen av de latinske fagordene, som mildt sagt er katastrofal – for øvrig helt i tråd med norsk holdning: «Er'e så fali 'a?»

Pasientenes kritikk av den norske legestand dreier seg ikke så mye om faglig ukyn-dighet som manglende evne til kommunisering. Dette mener jeg at gode forelesninger kan påvirke. Da skal begrepene presiseres og gjøres forståelige. Det kan man vanskelig gjennomføre på engelsk hvis man ikke selv er engelsk, selv om man i egne øyne er «perfekt».

Trangen til å «internasjonalisere» kan gi inntrykk av at man er i ferd med å vende tilbake til en undervisningsform fra gammel tid – kun ikledd ny drakt. Da var det ikke engelsk, men latin som med begeistring ble foretrukket fremfor vanlig norsk tale. Heldigvis innså man etter hvert det latterlige ved å skulle snakke et fremmed språk til sine egne, og dikteren Welhaven, den gang lektor ved universitetet, hevdet at disputaser på latin «kun blev Spyt og Hark» (2). Tro om ikke våre engelskforelesninger har visse likheter i så måte.

Det er beklagelig at vår fremtidige legestand er i ferd med å miste evnen til adekvat kommunikasjon med sine norske pasienter. Dette er ikke et internt anliggende for de medisinske fakultetene, men en sak også for Legeforeningen.

Oslo

Per Holck

Anatomisk institutt
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Materstvedt LJ. Engelsk som arbeidsspråk i medisinstudiet – et feilgrep. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1913.
2. Hopstock H. Det anatomiske Institut. Kristiania: Aschehoug, 1915.

Ropet etter mer helse

Også politikere er mennesker – like redde for sykdom som alle andre. De sier helst det velgerne vil høre. Trolig har vi nøyaktig de politikere vi fortjener. Reklame og massemedier gir oss det vi vil ha, det meste er møkk. Årsaken til at vi likevel kjører det, er at mediefolk kjenner oss bedre enn vi kjenner oss selv. Er det slik med dem som har ansvar for helsestellet? Det burde være forskjell.