

Ingen av artiklene setter søkelyset på om pasientenes rett til helsehjelp avgjøres på en enhetlig måte og etter de etablerte nasjonale prioriteringsregler. Dersom privat spesialistpraksis oppfattes som et alternativ til allmennpraksis, kan man betvile at prioriteringsreglene anvendes på samme måte. De etablerte prioriteringsreglene kan være et nyttig verktøy for å nå helsepolitiske mål og bidra til en effektiv og riktig utnyttelse av de økonomiske ressursene. Ulik prioritering av pasientene i den private og den offentlige spesialisthelsetjenesten er uheldig.

Dersom helseforetakene fortsatt ønsker private spesialister, bør flere spørsmål vedrørende en nærmere integrering av de to tjenestene diskuteres. Dette gjelder både nåværende og fremtidige driftshjemler. Etablering av en felles prioriteringsinstans for søknader fra primærhelsetjenesten vil sikre en enhetlig prioritering. Et slikt ansvar kan tillegges den offentlige del av spesialisthelsetjenesten.

Tildeling av overlegestillinger etter de nasjonale tildelinger og prioriteringer dekker ikke behovet for nye spesialister i mange fag og sykehus. Sykehusene kan bøte på dette problemet med innleie av spesialister. Dersom driften av avtalehjemlene i større grad blir sykehusenes ansvar, kan man knytte til seg spesialister, egne eller innleide, for kortere eller lengre tid, men med avlønning på nivå og etter samme prinsipper som i en privat spesialistpraksis. Knappe økonomiske ressurser kan da trolig utnyttes på en mer effektiv måte. Den gangen jeg var kommunale driftsavtale, hadde jeg leieavtale med kommunen som hadde ansvaret for driften. Ordningen fungerte til begge parter tilfredshet. En slik modell er meg bekjent ikke prøvd i spesialisthelsetjenesten og burde kanskje vurderes.

Trondheim

Erik Rødevand
Revmatologisk avdeling
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Iversen T, Kopperud GS. Befolkningens bruk av spesialisthelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2199–203.
2. Hellandsvik P. Kan spesialistene brukes bedre? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2178.

Uetisk artikkel om kolesterolsenkende legemidler

Atle Frøtheim og medarbeidere har i en artikkel i Tidsskriftet nr. 23/2002 (1) drøftet hvilke kolesterolsenkende legemidler som bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. I det etterfølgende nummer (2) drøfter Eivind Meland & Knut Holtedahl forskningsetikk. Helsinkideklarasjonens bestemmelser om kravet til forskere om å sikre saklig, kritisk og velbegrunnet forskningsformidling siteres.

Frøtheim og medarbeidere har med sin artikkel klart brutt disse kravene. De uttaler at de tre statinene som best er vist å ha effekt på sykdom og/eller død fra klinisk kontrollerte studier, er pravastatin, lovastatin og simvastatin. De underslår at de fire studiene de refererer til, påviser at den absolutte gevinsten 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, hvilket *ikke kan sies å være klinisk interessant*. For øvrig refererer de ikke resultatene av undersøkelsen som nylig ble publisert i *The Lancet* (3), der det bekreftes at den absolutte gevinsten av simvastatin beregnes til 1,5 %.

Professor i klinisk farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim, Olav Spigset, har i forbindelse med den feilaktige presentasjonen av effekten av simvastatin uttalt at dette er et velkjent problem for folk som arbeider med legemiddelspørsmål (4).

Frøtheim og medarbeidere viser til Bucher og medarbeideres metaanalyse (5). Forfatterne underslår at analysen viser at omega-3-fettsyrer førte til det laveste risikoforholdet for dødelighet av koronare hjertesykdommer (0,44) og for total dødelighet (0,68), selv om statiner senket kolesterolnivået mest. Tilsvarende tall for statiner var 0,69 og 0,79.

Frøtheim og medarbeidere (1) skriver: «Det er en styrke ved disse retningslinjene at vi åpent viser hva slags kunnskap og hvilke avveininger som er lagt til grunn.» Som det fremgår av ovenstående, er det en ren manipulering å kalle dette «åpent». Sentrale fakta er utelatt. For en lege som leser deres artikkel, er dette ikke mulig å avdekke uten å lese den refererte litteraturen, noe svært få har tid til.

Om det gigantiske forbruket av statiner samt deres bivirkninger viser jeg til et tidligere innlegg i Tidsskriftet (6).

Oslo

Paal Røiri

Litteratur

1. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
2. Meland E, Holtedahl KA. Forskningsetikk – utfordringer i en ny tid. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2348.
3. 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.
4. Skogstrøm L. Tall for «reduert dødelighet» kan lure leger og pasienter. *Aftenposten* (morgenutgave) 20.7.2002.
5. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Systematic review on the risk and benefit of different cholesterol-lowering interventions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999; 19: 187–95.
6. Røiri P. Misvisende om statiner. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2141.

A. Frøtheim og medarbeidere svarer:

Vi takker Paal Røiri for bidraget til debatten om grunnlaget for anbefalinger som gis i kliniske retningslinjer. Våre anbefalinger består av tre artikler, som må sees i sammenheng. Hvem som vil ha nytte av blodtryks- eller kolesterolsenkende behandling, er diskutert i et eget avsnitt i en av dem (1). Artikkelen om valg av kolesterolsenkende medikament omhandler derfor ikke dette spørsmålet, noe vi gjør leseren oppmerksom på i første avsnitt (2).

Røiri mener vi burde ha presentert (u)nyten av statinbehandling ved å vise til den absolutte risikoreduksjonen som oppnås. Vi har presentert behandlingsgevinst ved hjelp av «numbers needed to treat» (NNT), som er én måte å presentere absolutt risikoreduksjon på. Det mangler empirisk grunnlag for å hevde at én presentasjonsmåte er bedre enn andre. Mens Røiri velger å bruke tall for unngåtte dødsfall som følge av hjertesykdom, har vi har valgt å bruke tall for unngåtte koronare hendelser. Vi vil mene at et hjerteinfarkt er klinisk relevant enten det er dødelig eller ei. Dermed blir våre tall for behandlingsnytte større enn de tall Røiri opererer med.

Vi har, ganske riktig, ikke nevnt resultatene for omega-3-fettsyrer fra metaanalysen til Bucher og medarbeidere (3). I likhet med forfatterne av metaanalysen mente vi at resultatene for omega-3-fettsyrer var for upresise til at man kan stole på dem. Man kunne på bakgrunn av forskningsresultatene for eksempel ikke utelukke at bruk av omega-3-fettsyrer økte risikoen for å dø av hjertesykdom.

Heart protection-studien (4) ble publisert etter at vi hadde avsluttet vårt arbeid.

Hvorvidt bruk av statiner fører til klinisk relevant behandlingsgevinst eller ei, er i stor grad en subjektiv vurdering. Det har vi forsøkt å vektlegge i våre retningslinjer (1).

Oslo/Grimstad

Atle Frøtheim
Arild Bjørndal
Andrew D. Oxman
Audun Dyrdal
Michael Golding
Leiv Ose
Åsmund Reikvam
Per Teisberg

Litteratur

1. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–82.
2. Frøtheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
3. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH. Systematic review on the risk and benefit of different cholesterol-lowering interventions. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1999; 19: 187–95.
4. Collins R, Armitage J, Parish S, Sleight P, Peto R. MRC/BHF heart protection study of chol-