

## Retningslinjer bygger på subjektivt skjønn og verdivalg

Atle Fretheim og medarbeidere presenterte i Tidsskriftet nr. 23/2002 et fortjenstfullt arbeid med å utvikle retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer (1). Retningslinjene skal vise «åpent ... hva slags kunnskap anbefalingene bygger på». Mon det. Det anbefales f.eks. at behandlingseffekter skal uttrykkes som «number needed to treat» (NNT). Når NNT er 17, vil det «si at én av 17 som behandles i ti år unngår en sykdomshendelse pga. behandlingen» (1).

Denne tolkingen er dessverre feilaktig. Det korrekte er at man i *gjennomsnitt* skal behandle 17 pasienter for å observere én sykdomshendelse mindre på tiårsdagen for behandlingsstart. NNT sier intet om at hendelser er unngått, bare at det observeres færre av dem på et tilfeldig observasjonstidspunkt (f.eks. ti år etter behandlingsstart) (2). Det er biologisk plausibelt at f.eks. statiner er til nytte for de fleste som tar dem (3). De kliniske studiene kan derfor tolkes dithen at behandlingen utsetter infarkt og uønskede sykdomshendelser, noe som er tilfelle hos de fleste pasienter snarere enn at et fåtall pasienter unngår dem helt.

NNT blir misforstått av så vel leger som pasienter (2). En vanlig misforståelse er f.eks. at 16 pasienter ikke har nytte av behandlingen når NNT er 17. Det er ikke mulig å si med sikkerhet hvor stor andel av pasienter som har nytte av tiltak rettet mot kroniske sykdomstilstander. Forklaringen er at små utsettelse av sykdomshendelser hos en stor andel av pasientene vil gi omtrent de samme resultater i kliniske studier som store utsettelse hos et fåtall pasienter. Det finnes ingen evidens for at NNT hjelper pasienter, leger eller helsepolitikere til å treffe mer optimale beslutninger enn andre effektmål som relativ risikoreduksjon eller forlenget levetid. NNT er anbefalt av et flertall forskere, det er meget brukt, men kunnskapsbasert (evidensbasert) er det ikke.

Fretheim og medarbeidere presenterer effekten av ti års blodtrykks- og kolesterolbehandling ved ulike risikonivåer (1) uten å angi «åpent ... hva slags kunnskap» tabellen bygger på. Meg bekjent er det ikke gjort studier av ti års varighet for et eneste statin, og slett ikke ved fire ulike risikonivåer. De påståtte tiårseffektene bygger på antakelser og ekstrapoleringer, ikke på evidens.

Det ligger i sakens natur at retningslinjer for medisinsk behandling ikke kan bygges bare på randomiserte, kliniske studier. De

må også bygges på ekstrapoleringer fra kliniske studier, på biologiske teorier, på verdsetting av kostnads- og helsegevinsten – og på håp, tro og meninger. Problemet med Fretheim og medarbeideres retningslinjer er at de ikke eksplisitt nevner alle verdivalg og all usikkerhet slik at de kan fremstå som mer objektive og udiskutable enn de faktisk er.

Odense

Ivar Sønbo Kristiansen  
Syddansk Universitet

### Litteratur

1. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–81.
2. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D, Nexøe J, Nielsen JB. Number needed to treat: easily understood and intuitively meaningful? Theoretical considerations and a randomised trial. J Clin Epidemiol 2002; 55: 888–92.
3. Brown G, Albers JJ, Fisher LD, Schaefer SM, Lin JT, Kaplan C et al. Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid-lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B. N Engl J Med 1990; 323: 1289–98.

### A. Fretheim og medarbeidere svarer:

Vi takker Ivar Sønbo Kristiansen for hans kritiske bemerkning til vår bruk av «number needed to treat» (NNT).

Kristiansen har helt rett i at verdien av å bruke NNT som pedagogisk verktøy er dårlig dokumentert. Derfor skriver vi da også at dette er «en måte å illustrere nytten av behandling på». Vi har ikke ønsket å gi inntrykk av noe annet.

I retningslinjene forsøker vi å forklare hva NNT betyr i praksis. Vi har brukt fire setninger på dette. Sønbo Kristiansen har tatt for seg én av disse isolert, og påpeker at denne setningen kan tolkes feil. Han har rett i det. På den annen side: dersom den leses i sammenheng med de to foregående setningene, tror vi leseren vil sitte igjen med et riktig inntrykk: «En måte å illustrere nytten av behandling på er å bruke «number needed to treat» (NNT), et effektmål som illustrerer hvor mange som må behandles for at én person skal unngå en bestemt hendelse i løpet av et gitt tidsrom (tab 2) (24). NNT for å unngå ett hjerteinfarkt eller slag de neste ti årene er i størrelsesorden 17 for en person med 20 % beregnet kardiiovaskulær risiko.» Vi tar for gitt at leseren forstår at det her er snakk om gjennomsnittsverdier.

Vi er helt enige i at nytten (ev. unytten) av behandling med blodtrykks- eller kolesterol-senkere over lang tid ikke kan angis med sikkerhet i og med at studiene som er gjort, bare

har gått over noen få år. Ekstrapolering til ti år kan åpenbart debatteres, men å påstå at man ved slik ekstrapolering ikke blir «evidence-based» er vi uenige i. Det må alltid gjøres en skjønnsmessig vurdering av om studieresultater kan overføres til det praktiske liv, enten det er til andre pasienter, et liknende medikament, eller til et annet tidsperspektiv.

Et hovedmål for oss har vært å gjøre det klart for leseren hva slags vurderinger som ligger til grunn for anbefalingene som gis. Vi synes det er urimelig å påstå at våre anbefalinger kan fremstå som «objektive og udiskutable». Tvert imot: våre retningslinjer er blant de ytterst få som gjør det klart at gevinst av denne type medisinsk behandling er relativ og at det ikke alltid er noe objektivt svar på om behandling er nyttig eller ei.

Oslo/Grimstad

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

## Behandling av pasienter med funksjonelle lidelser

Jeg er privatpraktiserende fysioterapeut og arbeider med psykomotorisk behandling. De fleste av mine pasienter tilhører den kategorien som omtales i artikkelserien om funksjonelle lidelser i Tidsskriftet nr. 11–14/2002. Pasientene har smerter og/eller andre kroppslige plager som ikke kan forklares ut fra såkalte objektive funn, dvs. laboratorieprøver. Kirsti Malterud er i sin lederkommentar (1) i artikkelseriens innledning opp-tatt av hvordan leger kan unngå å krenke disse pasientene.

Min erfaring er at disse svært ofte føler seg dårlig behandlet av leger. De har fått høre at prøvesvarene ikke tilsier at de lider av noen bestemt sykdom og vanligvis at plagene derfor må være psykisk betinget. Imidlertid er dette en så overfladisk forklaring at den ikke tilfører dem særlig mening. Selv om pasientene ev. erkjenner å oppleve atskil-lig psykisk stress, er det ikke umiddelbart innlysende hvordan dette kan ha ført til smerter i brystet, nummenhet i armene, svimmelhet og øresus, etc.

Ved å foreta en mest mulig nøyaktig palpasjon finner jeg i slike tilfeller at visse deler av muskulaturen er betydelig mer anspent

enn i de tilstøtende områder, ev. så krampaktig at en slik tilstand erfaringsmessig gir nettopp slike plager som de aktuelle. Først når pasientene blir klar over denne sammenhengen, kan de slå fra seg sine mistanker om sykdom og i stedet oppøve den følsomhet overfor kroppens signaler som kan hjelpe dem til å bli kvitt sine symptomer.

Mange pasienter har vært sendt for spesialistvurderinger, men uten at det har kommet noe ut av disse. Ikke sjelden undrer pasientene seg over hvorfor ingen lege har kunnet fange opp det fysiske grunnlaget som altså, tross alle negative prøveresultater, imidlertid finnes for deres plager. De konkluderer gjerne med at den kliniske undersøkelsen må ha vært altfor dårlig.

Så vidt jeg vet, har en gammeldags legeferdighet som muskelpalpasjon ingen høy status i moderne medisin. Jeg tror det er å beklage.

Sandnes

Einar Hafsaahl

#### Litteratur

1. Malterud K. Somatisering – en dårlig diagnose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1092.

## Metanolanalyser som «alle» kan utføre – diagnostisk hjelp eller etisk problem?

I den senere tid har flere nordmenn dødd av eller fått varige, alvorlige skader, av metanolforgiftning.

Påvisning og konsentrasjonsbestemmelse av metanol i etanol utføres – i offentlig sammenheng – i dag av laboratoriene ved de store sykehusene og av KRIPOS. Det tar ofte 1–2 dager eller mer før resultatene foreligger. Årsaken til dette er ikke at selve analysen tar lang tid (mindre enn en time), men at prøvene skal fraktes til de (få) offentlige laboratorier som utfører denne type analyser, og at de der kanskje må «stille i køen» av andre viktige analyser.

Det er sannsynlig at muligheten for å redde flere mennesker fra død eller alvorlige skader vil kunne øke hvis en foreløpig analyse av den beslaglagte eller innleverte spriten kan utføres langt hurtigere, dvs. «på stedet». Da kan pasienten bli transportert hurtigere til et større sykehus, slik at diagnose kan stilles og behandling iverksettes raskere.

Det finnes faktisk en slik metode tilgjengelig. Metoden er ikke lenger kjent blant dagens kjemikere og farmasøyter, rett og slett fordi den er «for gammel» – den «forsvant» fra litteraturen og farmakopeene i begynnelsen av 1960-årene.

Metoden er en «reagensglassmetode» hvor en gitt mengde mistenkelig sprit tilsettes visse mengder av fire ulike løsninger (reagenser). I løpet av 30 minutter fremkommer det en rødfarge hvis metanol er til stede;

jo høyere metanolkonsentrasjon, jo sterkere farge. Fargen kan sammenliknes med løsninger av etanol med kjente metanolkonsentrasjoner, som er behandlet på samme måte. Metoden er selvsagt ikke så nøyaktig som den gasskromatografiske metode som i dag anvendes ved laboratoriene, men den er nøyaktig nok til å bestemme om spriten for eksempel inneholder 0,1; 1; 2; 5; 10 eller 15 % metanol. Metoden kan ikke på noen måte være et alternativ til den gasskromatografiske metoden som anvendes ved laboratoriene, men er en form for «førstehjelpsanalyse».

En slik analyse kan utføres nærmest overalt: Ved legevakter, alle sykehus, små sykestuer, helsestasjoner etc., altså overalt hvor kontakt med mistenkelig sprit kan tenkes. Dette reiser spørsmålet: Da kan vel også andre enkelt utføre analysen – for eksempel smuglere, mellommenn og kjøpere av illegalt importert etanol? Svaret er ja. Dette reiser et etisk problem: Bør metoden offentliggjøres av grunner nevnt ovenfor – eller – bør den forbli glemt fordi «uønskede» personer kan tenkes å benytte seg av den?

Jeg mener at de sistnevnte betenkelighetene ikke er viktige nok i forhold til fordelene man kan oppnå ved en hurtig analyse som kan bidra til en tidligere diagnose. Og det er jo faktisk slik at en «analyse» utført av lovbrysterne også kan spare liv. En spredning av metoden til mulige brukere i helsevesenet vil derfor være nyttig.

Oslo

Ragnar Bye  
Farmasøytisk institutt  
Universitetet i Oslo

## Elektronisk pasientjournal

I Tidsskriftet nr. 26/2002 ble det publisert to artikler om bruk av elektronisk pasientjournal i sykehus (1, 2).

Jeg har fra tidligere to års erfaring med elektronisk pasientjournal i allmennpraksis. Jeg hadde da tilgang på informasjon og funksjoner via ett eneste dataprogram. Ulike prøvesvar ble lagt inn i journalsystemet elektronisk, noen ganger også manuelt. PC, skriver, blanketter og andre kontorrekvisita var alltid tilgjengelig når jeg ble konsultert. Pasientdata ble hentet frem ved et tastetrykk på timelisten. Utstedelse av resepter, sykmeldinger, rekvisisjoner osv. gikk lett unna med PC. Manuell utstedelse av de samme dokumentene opplevde jeg som håpløst. Dette er åtte år siden!

Jeg har nå arbeidet i fem år med elektronisk pasientjournal i sykehus. Nå er det ett program for journaltekst, ett for røntgensvar, ett for klinisk-kjemiske laboratoriesvar, ett annet for mikrobiologiske prøvesvar, osv. Hver gang kreves det innlogging og pasientsøk med inntasting av 11-sifret fødselsnummer.

Mye informasjon gjøres ikke tilgjengelig på PC. PC er normalt ikke tilgjengelig der pasienten er. Ved innleggelse må det skrives (for hånd) en mer eller mindre grundig prejournal, fordi det tar tid før innkomstjournalen blir skrevet. Medikamentliste eksisterer i mange versjoner: i prejournal, på kurveark, i innkomstjournalen, på utskrivningsblankett og i epikrise. Resepter må skrives ved utreise. Hørte jeg gjenbruk av informasjon?

Resepter, sykmeldinger og rekvisisjoner skrives utelukkende for hånd, det er rett og slett raskest. Sykepleierne håndskriver sine rapporter på tykt kartongpapir som genererer tykke journaler. Pasientlister lages manuelt.

Lærum anfører at det trengs mer forskning og mer penger til utvikling av elektronisk pasientjournal. Min påstand er heller at sykehusene kan ta egne grep for å gjøre den anvendelig. Man må ha som overordnet målsetting at elektronisk pasientjournal skal være det bærende systemet for informasjonsutveksling (i motsetning til papir). Vi klinikere må kunne forholde oss til ett eneste dataprogram for informasjonsutveksling, slik allmennlegene kan det. Kliniske avdelinger og serviceavdelinger må tvinges til å velge systemer sammen.

Det er ingen grunn til at sykehuslegene skal ha mindre anvendelige systemer enn allmennlegene i tiden fremover. Det er vel så mye behov for gode beslutninger som penger til utvikling og forskning.

Bergen

Øystein Fløtten

#### Litteratur

1. Høie IM. Sykehusleger utnytter ikke elektronisk pasientjournal. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2565.

2. Lærum H, Ellingsen G, Faxvaag A. Elektronisk pasientjournal ved somatiske sykehus – utbredelse og klinisk bruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2540–3.