

må ryddes opp i. At landsstyredelegatene aksepterer en total tildekking fra ledelsens side er uforståelig. Det fører, for å bruke Baksaa's ord, til grobunn for spekulasjoner i mange varianter. Og delegatene: Er de så fullstendig paralyseret og smittet av sin egen og andres veltalenhet at de er døde for kravene fra medlemmene om informasjon? Mye tyder på at mange gjengangere i landsstyret har sittet for lenge på delegat-rumpa og bør overlate taburetten til friskere krefter.

Saken er jo svært alvorlig. Generalsekretæren har sluttet frivillig (?) eller fått sparken (?) etter å ha vært utsatt for «i nærheten av trakassering». Prosessen i sentralstyret er eksempel på hvordan gruppedynamikk og vanlige mennesker kan bli grove mobbere (Fosse). Samarbeid, meglings og informasjon har vært en fiasko (Jøsendal). Medlemmene vet ingenting annet enn det som står i avisene og antydninger i Tidsskriftet. Ut fra alt som er kommet frem (og først og fremst ikke kommet frem), er det beklemmende og uakseptabelt at vår valgte president er «lettet, kanskje også en smule forbauset» over hvor glatt landsstyremøtet har forløpt.

Man spør seg: Er denne tilsynelatende arrogansen overfor medlemmene et uttrykk for at ledelsen fullstendig mangler Bakkekontakt?

Arne Borthne

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Borchgrevink CF. Sentralstyret, Tidsskriftet og informasjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 683.
2. Baksaa ST. Lederkonflikten i Den norske lægeforening. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 683.
3. Husom N. Ekstraordinært landsstyremøte med sentralstyret på tiltalebenken. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 692-3.

Brød og sirkus

I Dagbladet 26.2. 2003 var overskrifta i intervjuet med presidenten i Den norske lægeforening slik: «Ugreit å bruke legettittelen slik Fedon Lindberg gjør» (1). Eg trur ikkje det er berre Fedon Lindberg som bruker tittelen ugreitt. Men nokre av dei andre vert ikkje nemnde i TV og tabloidavisene.

Underteikna har store problem med tinnitus, og vart av ein lokal øyre-nase-hals-avdeling tilrådd ein dr.med. ... i Oslo som var ekspert på dette feltet. Eg fekk time 4.12. 2002 og starta reisa austover kl 8 om morgonen for å kome på det medisinske senteret.

Då eg var installert på legekantoret, opplevde eg stort sett ein monolog i ca. 45 minutt og fekk så nokre stensilar, men inga undersøking. I grunnen var det vanskeleg å sjå at det var noka journalskriving også. Eg vart oppmoda til å kjøpe boka hans, for han meinte at eg ikkje ville bli meir symptomleitande om eg las den.

Dernest var det betaling. Konsultasjonen kosta kr 1 800. Pengeskrintet var høgre baklomme der han trekte opp ein bunke med papirpengar for å veksle. Men det vart inga kvittering! I tillegg hadde eg reiseutgifter på kr 700.

På bussturen heim (ca. 30 mil) las eg stensilane. Der fann eg att det meste av monologen og tilrådinga om å kjøpe boka hans.

Ved eit seinare høve snakka eg med ein kar frå Sunnfjord som også hadde fått prøve dette på same vis.

Eg lurar sterkt på kvifor legar kan drive på denne måten. Det må då vere etikkopplæring i dette yrket også. Det er greitt å drive privat praksis, men innafør visse grenser.

Legar i det offentlege som anbefaler pasientar å dra til privatpraktiserande bør i alle fall kvalitetssikre spesialistane dei tilrår.

Kven er verst? Fedon Lindberg eller dei tause som utnyttar pasientane?

Øystein Jarle Wangen

Øvre Årdal

Litteratur

1. www.dagbladet.no/nyheter/2003/02/26/362547.html (12.3.2003).

Uvederheftig kritikk av reklamebrosjyre

John-Arne Skolbekken & Siri Forsmo retter i Tidsskriftet nr. 1/2003 usedvanlig sterk kritikk mot legemiddelfirmaet Lilly for at de benytter «relativ risikoreduksjon» og ikke «absolutt reduksjon» i en reklamebrosjyre for legemidlet raloxifen (1). Som delansvarlig for bruk av «relativ bruddreduksjon» ved publisering av bruddata (2) vil jeg kommentere disse synspunktene.

Man må skille mellom informasjon som sier noe om individuell eller biologisk effekt av et medikament, og informasjon som sier noe om effekt på folkehelse og helseøkonomi. Brosjyren presenterer den informasjon som er av betydning ved rådgivning til den enkelte pasient. I gruppen pasienter med lav beinmengde (BMD Z-skåre < -1,5) er bruddrisikoen > 16 ganger større enn i gruppen med høy beinmengde (BMD Z-skåre > 1,5), eller åtte ganger over gjennomsnittlig bruddrisiko. Sammen med tilsvarende tall fra andre studier (2) viser tallet i Lillys brosjyre at forskjellen i risiko kan forventes halvert ved bruk av et effektivt antiresorptivt medikament.

Det Skolbekken & Forsmo kaller «absolutt» behandlingseffekt, antall forebygde brudd som en prosentandel av antall innbyggere, er relevant kun i et folkehelse- eller helseøkonomisk perspektiv. Dette er et relativt tall, slik at benevnelsen absolutt er misvisende. For sjeldne sykdommer blir dette et promillenivå. Et eksempel er skjelett-kreft hos barn. Om vi kunne helbrede

alle disse («relativ behandlingseffekt» = 100 %), ville den «absolutte behandlingseffekten» aldri kunne overstige noen få promiller. Hvilke konklusjoner vil Skolbekken & Forsmo trekke av det?

Skal man bruke slike relative parametere, må man sikre seg at relasjonene er noenlunde entydige, generaliserbare og relevante. Skolbekken & Forsmos beregnede «absolutte bruddreduksjon» er meningsløs fordi beregningene er basert på ett års bruddforekomst i en inhomogent selektert studiepopulasjon som hovedsakelig er i en alder med lav bruddforekomst. Skal beregningene ha noen mening, må man bruke relevante bruddata, for eksempel antall resten-av-livet-brudd, eller antall brudd de neste 10-15 år. Brukt overfor ukyndige kan Skolbekken & Forsmos tall misbrukes til å hevde at behandling med raloxifen er uten effekt.

Det bør også påpekes at i «Fosamax-saken» var det firmaet MSD som trakk motparten inn for retten for å få stoppet publisering av helseøkonomiske beregninger MSD mente var uetterrettelige. Retten stoppet ikke publiseringen, men gav MSD medhold i kritikken av beregningene. Slik sett er det Skolbekken & Forsmo, snarere enn firmaet Lilly, som har noe å lære.

Arne Høiseith

Sentrum Røntgeninstitutt
Oslo

Litteratur

1. Skolbekken J-A, Forsmo S. Absolutt usant og relativt sant om risikoreduksjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 78-9.
2. Delmas P, Recker R, Stakkestad JA, Chestnut III C, Høiseith A, Huss H et al, for the Oral Ibandronate Fracture Study Group. Oral Ibandronate significantly reduces fracture risk in postmenopausal osteoporosis when administered daily or with unique drug-free intervals. Osteoporosis Int 2002; 13 (suppl 1): 15.

J.-A. Skolbekken & S. Forsmo svarer:

Absolutt og relativ risikoreduksjon er godt innarbeidede begreper i epidemiologien. Begrepene er likevel en kilde til misforståelser og forvirring. Arne Høiseiths innlegg er en illustrasjon på dette.

Vårt hovedanrop er en sammenblanding av epidemiologiske effektmål i reklamebrosjyren. Den kan derfor bidra til å skape et feilaktig bilde av legemidlets effektivitet. Det er videre ikke til å komme bort fra at det er epidemiologiske forskningsresultater som ligger til grunn for råd som gis til enkeltpasienter i behandling av risikotilstander som osteoporose. I transformasjonen av slike data fra gruppenivå til individnivå ligger det elementer av usikkerhet, fordi effekter på gruppenivå ikke uten videre lar seg reproducere hos enkelt-individer. Dette tilsier aktsomhet ved rådgivning.