

Kronikk

Om leger, journalister og plikten til å kjenne sin dødsrisiko

Journalistikk i tabloidformat blir ofte tynne beskrivelser. Her problematiseres en slik tynn beskrivelse, for å anskueliggjøre hvilke etiske og helsepolitiske problemstillinger en slik fortelling ikke rommer. Å overse disse problemstillingene tjener journalistikken dårlig. Det kan også diskuteres hvor mye heder forskere som bidrar til den tynne historien høster, og hvilke interesser journalistene og forskerne i fellesskap fremmer.

John-Arne Skolbekken

johnas@svt.ntnu.no

Psykologisk institutt

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

Da domsavsigelsen i Fosamax-saken forelå i november 1997, stod følgende å lese på lederplass i Dagbladet (1): «For vår del undres vi også over dem blant våre folkevalgte som i sin tid stilte seg bak det legemidlet som nå er i kritisk søkelys fra Legemiddeltilsynets side, og sørget for at det ble tilgjengelig på blå resept. Motivet var nok det beste, men de hadde neppe stort annet enn MSDs selvskryt for markedsføringen av midlet å holde seg til under saksbehandlingen. Denne saken har vist at det er lurt å avvente mer nøytrale vurderinger før Rikstrykdeverkets millioner stilles til disposisjon for legemidler.»

I hovedsak nikket jeg samtykkende til Dagbladets etterpåkloke observasjoner. Det virket ikke helt urimelig å oppfatte politikerne som legemiddelindustriens «nyttige idioter» i den aktuelle saken. Men hvilken rolle spiller Dagbladet selv på dette området? Og hvilken rolle har forskerne i spillet om legemidlers fortrefelighet? Spørsmålet ble etter aktualisert av et oppslag i avisen i oktober 2002.

«Fastlegen skal beregne din dødsrisiko,» understreket Dagbladet lørdag 12. oktober 2002 (2). Uten at kritiske spørsmål ble stilt eller innvendinger presentert, fastslo en

hertespesialist på et av våre universitets-sykehus at om lag en halv million (friske?) nordmenn med høyt blodtrykk må innta en daglig dose statiner. Befalingen ble gitt med utgangspunkt i en ikke-publisert vitenskapelig studie, ASCOT-studien (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial).

Studien er formodentlig av solid vitenskapelig kvalitet, men erfaringene fra tilsvarende studier tilsier at konklusjonene langt fra behøver å være så entydige og ukompliserte som Dagbladets artikkel gav inntrykk av. Bak befalingen som tilsynelatende tvang seg frem med vitenskapelig nødvendighet, skjuler det seg viktige helsepolitiske spørsmål og etiske problemstillinger.

Å kjenne sin dødsrisiko kan for noen fortone seg som et gode. For andre vil det utvilsomt være et onde. Det dreier seg om retten til å vite, men også om retten til ikke å vite. Spørsmålet om hvem som skal bestemme hva vi skal få vite eller ikke, er heller ikke uvesentlig. Disse spørsmålene var imidlertid ikke tema i artikkelen, som reflekterte en hierarkisk rollefordeling. Øverst troner selveste Vitenskapen som gir kontroll over liv og død. Den bestemmer over hertespesialisten, som bestemmer over fastlegen, som bestemmer over pasienten. Og bakom synger legemiddelindustrien, mens journalisten holder mikrofonen.

Hadde den aktuelle risikoen latt seg påvise gjennom en genetisk test, sikrer bioteknologiloven at pasientens skriftlige informerte samtykke skal innhentes og pasienten gis veiledning. Av grunner som ikke er åpenbart forståelige, gis ikke pasienten samme rettigheter når det gjelder informasjon om risikofaktorer som kolesterol, blodtrykk, blodsukker og beinmasse mfl. Da er det fritt frem uten tanke på mulige uønskede konsekvenser. Det gamle spørsmålet om hvorfor denne typen sykdomsforebyggende arbeid er unntatt etiske refleksjoner, er derfor fortsatt aktuelt (3).

De problematiske tallene

Dersom informert samtykke hadde vært et krav i denne sammenheng, ville legen bli stilt overfor utfordringen med å formidle de kolesterolsenkende legemidlenes effekt til pasientene. I artikkelen oppgis den påviste risikoreduksjonen i ASCOT-studien å være 20–30 %, hvilket ble karakterisert som oppsiktsvekkende (2). Slike prosenttall er meningsløse så lenge vi ikke vet om det i

faktiske tall dreier seg om en reduksjon fra 1 til 0,7 eller fra 1 000 til 700. Inntrykket prosenttallene gir er ved første øyekast imponerende. Formidlingen preges av en kjent og velbrukt måte å forlede med statistikk, som går igjen i nyhetsmediers omtale av effekten av legemidlers risiko-reducerende effekt (4). Det er denne typen statistikk Dagbladet på lederplass klandrer politikerne for å la seg forføre av når blåresept-vedtak fattes (1), samtidig som den samme statistikken serveres som refleksjonsløs helsejournalistikk inne i avisen (2).

Nærmere analyse av tallene bak studien kan fort gi et helt annet inntrykk av effekten. For å illustrere dette kan vi i mangel av publiserte data fra ASCOT-studien ty til en annen studie med sammenliknbare resultater. Da WOSCOPS-studien (West of Scotland Coronary Prevention Study) (5) ble presentert, het det i forskernes pressemelding at folk med høyt kolesterol kunne redusere sin risiko for å få hjerteinfarkt med 31 % og risikoen for å dø med 22 % ved å ta en type statiner. Ved nærmere gjennomgang viste det seg at 1,2 % av de som fikk medisin, døde av hjerte- og karsykdom, mens det samme var tilfelle for 1,7 % av de som fikk placebo. Sannsynligheten for å unngå å dø av hjerte- og karsykdom økte med andre ord fra 98,3 til 98,8 % i løpet av 4,9 år om folk tok kolesterolsenkende medisin av tilsvarende type som den som er benyttet i ASCOT-studien. Det var videre mulig å regne seg frem til at så mange som 200 menn måtte konsumere over 350 000 tabletter i løpet av fem år for å forhindre at en av dem skulle dø av hjerte- og karsykdom og to skulle spares for et ikke-dødelig hjerteinfarkt (6). Dette skyldes at det bak de tilsynelatende imponerende tallene skjuler seg en betydelig kunnskapsmangel om hvem som vil ha effekt av medisinene. Derfor må mange individer som aldri ville blitt syke, behandles for å hjelpe noen få. Fakta viser da også at langt de fleste som unnlater å ta medisinen, forblir friske.

Hvilke av tallene over som bør benyttes når pasienten skal informeres under innhentingen av et informert samtykke, kan det diskuteres lenge om. Vitenskapen har i beste fall usikre svar å gi med hensyn til hva som er effekten for det enkelte individ (7). Å underslå dette vil, mildt sagt, være å ikke fortelle hele sannheten.



Dagbladet slår opp helsestoff uten å sjekke om det foreligger interessekonflikter, her illustrert ved oppslag 29.05. 1999 og 12.10. 2002

Vi vet imidlertid at vi har hatt en formidabel vekst i kunnskapen om risikofaktorer de siste tiårene (8). En konsekvens av denne utviklingen er at det snart ikke finnes friske individer igjen, bare potensielt syke. Dette har åpnet et nytt og bortimot grenseløst marked for legemiddelindustrien, som tilbyr behandling mot risikotilstander. Ved stadig å flytte behandlingsgrensene innover i den friske delen av befolkningen, skjer det en formidabel sykeliggjøring av folks liv. Innbilt friske er det medisinske uttrykket for den voksende pasientgruppen.

Prioritering av de friske?

Hjertespesialistens befaling til fastlegene fører som nevnt en halv million nordmenn inn i behandlingsgruppen. Blant konsekvensene er en omfattende jakt for å finne frem til dem som skal behandles. Når de først er funnet, skal de ikke bare behandles, de skal også følges opp med regelmessige kontroller. Disse kontrollene er nødvendige for å måle om risikofaktoren reduseres tilstrekkelig og fordi kolesterolsenkende behandling i seg selv ikke er risikofri. Behandlingen og kontrollene tar tid – som må tas fra andre pasienter. Fastlegen står da overfor et prioriteringsproblemmåle (9). Hvordan dette spørsmålet skal løses, sier vitenskapen om kolesterolsenkende medisin ingenting om. Ei heller sier den noe om hvor regningen skal sendes, men det vil neppe overraske om de involverte parter vil finne blåreseptordningen som en passende finansieringskilde.

Gratisreklame

Dette er noen av de viktigste problemstillingene Dagbladet unnløt å berøre i sin artikkel. I stedet for å stille kritiske spørsmål inntok avisen mikrofonstativets rolle. En diskusjon om hvorvidt denne rollen er forenlig med avisens selvbilde, kan synes betimelig. I en slik diskusjon bør det også være rom for å se nærmere på grensene mellom annonser og nyhetsstoff. Blant oppslagene som eger seg for diskusjon, er avisens presentasjon av dataprogrammet

SmartHeart, som skal gjøre legene i stand til å kartlegge pasientenes dødsrisiko. I beste forbrukerstil ble leserne gjort oppmerksom på at «hittil har 1 500 leger meldt sin interesse for programmet, som er gratis. Hvis din lege ikke gir deg dette tilbudet, bør du be vedkommende anskaffe det» (10). En billigere reklamekampanje kunne produsenten neppe få.

Reklame for reseptbelagte legemidler til allmennheten er ikke tillatt i Norge. Et slikt forbud er likevel ikke til hinder for at reklamen budskap kan fremstilles gjennom godt planlagte nyhetsfremstøt fra forskningens verden. At Dagbladet ubevisst tilbyr gratis reklameplass på sine nyhetssider, er en mulig tolking av avisens nåværende praksis. Dersom redaksjonen også tolker det slik, finner den kanskje at praksis bør endres. Da singler det ikke like høyt i glasshuset neste gang avisen på lederplass referer leger og politikere for deres knefall for pilleindustrien.

Tidlig informasjon

Historien med ASCOT-studien er på ingen måte enestående (11). Oppslaget har slående likhetstrekk med nyheten Dagbladet presenterte 18. juni 2001 (12). «God nyhet for hjertet ditt» var budskapet som preget hele forsiden. Den stammet fra den da ikke publiserte LIFE-studien (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study) (13). Ifølge avisen var resultatene så overbevisende at de hadde gitt en annen hjertespesialist bakoversveis.

Mange forskere ville valgt annerledes enn disse spesialistene når det gjelder å uttale seg til pressen om studier som ennå ikke er publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Hva som er den riktige fremgangsmåten, er det ulike meninger om (14, 15). I hovedsak benytter man argumentet om allmennhetens behov for informasjon når tidlig avisomtale forsvares. Vi kan stille spørsmål ved hvorvidt de aktuelle studiene er av en slik betydning at tidlig publisering i mediene var indi-

kert. Ikke alle forskere delte Dagbladets og hjertespesialistens begeistring for studien, hvilket fremgår av fem sider med korrespondanser om LIFE-studien i Lancet 22. juni 2002. Disse innvendingene ble imidlertid aldri formidlet til allmennheten.

Å sette logo på legen

Når idrettsfolk fremstår på TV eller avbildes i avisene, er det liten tvil om hvem deres sponsor er. Med leger stiller det seg annerledes, da deres frakker er like hvite og reklamefrie som skigenserne var på Harald Grønningens tid. Kanskje tiden også er inne for at leger avbildes i frakker med firmalogoer, som identifiserer hvem deres sponsor er? Da kunne avisleserne se om den spesialisten som intervjues er sponset av firmaene hvis legemidler omtales i artikkelen.

Neste gang Dagbladet får en historie om legemidlers fortrefelighet i fanget, ville det ikke vært urimelig om journalisten forhørte seg om det forelå noen form for interessekonflikt, slik det spørres om ved publisering i medisinske tidsskrifter. Sett at avisen hadde fått opplyst at forskeren hadde bidratt med foredrag på et symposium arrangert av et legemiddelfirma. At symposiet ble avholdt på Kielfergen for inviterte leger på firmaets regning, i henhold til vedtatte regler for den slags. Selv om denne aktiviteten skjedde i legitime former, er det grunn til å tro at lesernes tillit til forskeren ville blitt svekket. Kanskje ville avisen også skifte vinkling og lage et oppslag om leger og smøreturer. Det kunne med andre ord blitt en helt annen historie. Men var det egentlig det?

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

- Hansen A. Fastlegen skal beregne din dødsrisiko. Kolesterolmedisin redder liv. Dagbladet 12.10.2002.
- Skrabaneck P. Why is preventive medicine exempted from ethical constraints? J Med Ethics 1990; 16: 187–90.
- Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J et al. Coverage by the news media of the benefits and risks of communication. N Engl J Med 2000; 342: 1645–50.
- 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.
- Skolbekken JA. Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. BMJ 1998; 316: 1956–8.
- Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1382–6.
- Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 117: 1489–92.
- Legenes nye data-program avslører din hjertefrisiko. Dagbladet 29.5.1999.
- Strømman TW, Opdahl A. Ny hjertemedisin – Pasientene ble dramatisk bedre. Dagbladet 18.6.2001.
- Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, deFaire U et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet 2002; 359: 995–1003.