



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

Om leger og journalister, dødsrisiko og misforståelser

I Tidsskriftet nr. 11/2003 skriver John-Arne Skolbekken om leger og journalister og plikten til å kjenne sin dødsrisiko (1). Undertegnede tjener her som eksempel på en lege i tvilsomt kompaniskap med journalister og legemiddelindustri. Skolbekken rører så dette sammen med et innspill om relative og absolutte gevinster ved statinbehandling, for til slutt å legge inn en mistenkeliggjøring av leger som holder foredrag på oppdrag fra legemiddelindustrien.

Det er tankevekkende at Skolbekken setter søkelyset på overskriftene i noen avisoppslag, som bestemmes av avisredaksjonen, mens han sier lite om innholdet i teksten. Ved mitt intervju i Dagbladet i oktober 2002 ble dødsrisiko aldri nevnt. Det eksisterer da heller ingen anbefalt risikoberegning av død, og det fremgår tydelig at det dreier seg om risiko for sykdom på linje med internasjonale faglige anbefalinger (2). Tilsvarende omtaler han feilaktig SmartHeart som et verktøy for beregning av dødsrisiko. I vårt forebyggende arbeid er fokus ikke på død og skremelse, men på å redusere sykdom og lidelse hos personer med høy sykdomsrisiko. En helt annen sak er det at man kan stille spørsmål ved om mediens fremstilling av medisinske spørsmål, inkludert valg av overskrifter, er kritisk nok.

Umiddelbart etter henvisning til Dagbladets oppslag 12. oktober, skriver Skolbekken at en hjertespesialist fastslo at om lag en halv million nordmenn med høyt blodtrykk må innta en daglig dose statiner (1). Et slikt utsagn fra meg finnes overhodet ikke i artikkelen. Det som nevnes, er beregninger fra Statens helseundersøkelser vedrørende hvilken prosentandel av befolkningen som har stor risiko (>20% over ti år) for koronarsykdom. I intervjuet påpeker jeg at «i mange tilfeller vil medisinerings kunne unngås ved omlegging av livsstil». Dette er et helt annet og mye mer nyansert synspunkt.

Er det alltid et gode for en person å kjenne sin risiko for sykdom? Bør pasienter gi aktivt samtykke til at en slik vurdering blir gjort, slik som ved genprøver? I motsetning

til gener kan røykevaner, lipidnivå og blodtrykk påvirkes, både gjennom endring i livsvaner og ved medikamenter. Risikoen vi beregner er altså ikke uløselig knyttet til individet, som ved en arveegenskap.

Likevel bør ikke personer på legebesøk automatisk risikoberegnes. Men det finnes gråsoner, og det er heller ikke etisk uproblematisk å unnlate å informere en pasient om at han/hun har høy risiko for sykdom, når det finnes effektive virkemidler for å redusere denne.

I norsk hverdagsmedisin inngår ofte blodtryksmåling, og folk flest aksepterer nok at høye verdier kan kreve tiltak. Det ligger da en form for samtykke i at man oppsøker lege for undersøkelse. Likevel vil et lett forhøyet blodtrykk (eller kolesterolnivå) oftest ikke tilsi behov for medikamentell behandling dersom dette er det eneste risikomomentet hos personen. Ved å gjøre en samlet risikoberegning utfører legen et bedre håndverk og en riktigere totalvurdering. Utfordringen blir å presentere dette slik at pasienten blir motivert for helsebringende tiltak uten at budskapet blir for skremmende.

Selv om ASCOT-studien er publisert i *The Lancet* 5.4. 2003 (3) og HPS-studien i 2002 (4), trekker Skolbekken frem den mindre aktuelle WOSCOPS-studien som eksempel på at statinbehandling ikke har særlig effekt (5). Han skriver videre at «mange individer som aldri ville blitt syke, behandles for å hjelpe noen få». Her serverer jo Skolbekken faktisk gode argumenter for at man nettopp bør utføre de risikoberegninger han ellers kritiserer. I HPS-studien (4) lyktes man i langt større grad enn i WOSCOPS-studien å få med høyrisikoindivider, idet forekomsten av kardiovaskulære hendelser gjennom fem år var betydelig, nærmere bestemt 25,8% i placebogruppen, mot 19,8% hos de statinbehandlede. Med bedre verktøy for risikoberegning øker nytten av medikamentell intervensjon. Men det er en kortslutning å tro at ny viten om risikofaktorer bare gjør at stadig flere friske blir definert som potensielt syke, slik Skolbekken

gjør (1). Bedre risikovurdering gjør også at en del får *justert ned* sin risiko, slik at de ikke lenger blir definert som behandlingstrendende.

Man kan naturligvis velge å oppfatte det som et problem at industrien har utviklet flere effektive forebyggende preparater. De fleste synes nok også at det er et betenkelig at en stadig større del av befolkningen blir kandidater for medisinsk behandling. Det er nettopp derfor vi vektlegger livsstilstiltak før man griper til medikamenter. Det er imidlertid vanskelig å forstå at Skolbekken anser det som et problem at vi nå har fått bedre redskaper for å sortere ut hvem som virkelig har nytte av behandling.

Tor Ole Klemsdal

torole.klemsdal@ulleval.no
Klinikk for forebyggende medisin
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Interessekonflikt

Forfatteren har mottatt honorar for foredrag fra AstraZeneca, MSD, Novartis og Pfizer.

Litteratur

1. Skolbekken JA. Om leger, journalister og plikten til å kjenne sin dødsrisiko. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1548–9.
2. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998; 19: 1443–503.
3. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes trial- Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 1149–58.
4. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. Lancet 2002; 360: 7–22.
5. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Influence of pravastatin and plasma lipids on clinical events in the West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). Circulation 1998; 97: 1440–5.