

## 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 kolesterolsenkere 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 atskillig 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