

manglende debatt – og dokumentasjon og åpenhet – er nettopp noe av det jeg kritiserte i mitt innlegg.

Jeg synes begge innleggene som er tatt inn i Tidsskriftet gir godt grunnlag for videre debatt, men dette er en debatt der det er naturlig at andre enn jeg kommer til orde. Jeg har ikke gjort annet enn å komme med innspill fra sidelinjen – det er jus og menneskerettigheter jeg kan noe om. I stedet for at jeg nå kaster meg ut i en presiseringskamp, er det langt mer spennende om nye miljøer og aktører bidrar med innlegg, som for eksempel de følgende:

- Helsesøstre, har dere fått balanserte og godt funderte argumenter å gi nysgjerrige foreldre og barn, slik at dere er forsvarlig forberedt når vaksineringsen skal gjennomføres til høsten?
- Kan Kreftregisteret si noe om problemstillinger knyttet til forskningsmidler fra vaksineprodusenter og forholdet til kontrolloppgavene?
- Gynekologer, er det tilstrekkelig med avstand mellom finansieringskilder og problemstillinger knyttet til innføring av vaksinen?
- GlaxoSmithKline, kan dere redegjøre for arbeidet med innføring av vaksinen, for eksempel knyttet til møter med Helse- og sosialdepartementets saksbehandlere eller ulike andre tiltak som er iverksatt?
- Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten, kan dere gi innspill på prosessen knyttet til rapport nr. 22/2008 om etiske aspekter ved vaksinen og hvilken betydning denne fikk for faglige og politiske beslutninger?
- Departementets jurister, eller eventuelt Regjeringsadvokaten, kan dere orientere om foreldrenes samtykkekompetanse og redegjøre for den barnets beste-vurdering dere skal ha foretatt?
- Politikere, kan dere redegjøre for kostnadene forbundet med innføringen av vaksinen og hvem som bærer disse, og kanskje også informere om den kontakten dere har hatt med fagpersoner og legemiddelindustri?

Det er mange påstander å gripe fatt i, både i mitt innlegg og motinnleggene – og for så vidt også i listen ovenfor, så jeg håper på en engasjert og opplysende debatt fremover!

Njål Høstmælingen
Oslo

Begrensninger ved datagrunnlaget for NORRISK

Norsk risikomodell for kardiovaskulær dødelighet, NORRISK, ble publisert i Tidsskriftet i 2008 (1). Den angir tiårsrisikoen for død av aterosklerotisk hjerte- og karsykdom etter

kjønn, alder, systolisk blodtrykk, serumtotal kolesterol og røyking og tenkes anvendt til risikoberegninger for personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes. Dødelighetsratene i modellen er basert på gjennomsnittsdødeligheten i befolkningen, altså både personer med og uten kjent sykdom. Videre er sannsynligheten for å dø av andre årsaker satt til null i modellen. Dermed blir tiårsrisikoen blant personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes noe overestimert med NORRISK. Vi vurderer her disse begrensningene.

Tabell 1 viser tiårs kardiovaskulær dødsrisiko, ujustert slik den inngår i NORRISK (2) og med justering for dødelighet av andre årsaker etter metode for dødelighetstabeller (3). Forskjellen mellom estimert kardiovaskulær dødsrisiko før og etter justering er under ett prosentpoeng i alle grupper. Relativ reduksjon er størst blant de eldste, 5 % for kvinner og 7 % for menn 65 år. Under antakelse om at dødeligheten av andre årsaker er uavhengig av risikofaktorene, har vi også beregnet justert tiårs kardiovaskulær dødsrisiko for forskjellige nivåer av risikofaktorene. Den relative reduksjon etter justering var tilsvarende som over.

For å få et inntrykk av mulige skjevheter fordi dødelighetsratene som inngår i NORRISK er basert på dødeligheten i hele befolkningen og ikke bare på personer uten kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes, har vi gjort optellinger av selvrapportert forekomst av disse sykdommene blant personer som deltok i de store befolkningsundersøkelsene i perioden 2000–03 (4). Henholdsvis 16 % og 8 % av 60-årige menn og kvinner rapporterte at de har/har hatt angina pectoris, hjerteinfarkt, hjerneslag eller diabetes. Antar vi at denne forekomsten gjelder blant alle 60-åringer i Norge og at tiårsrisikoen er dobbelt så høy blant personer med kjent hjerte- og karsykdom eller diabetes sammenliknet med «hjertefriske», vil risikoen for «hjertefriske» være henholdsvis 14 % og 8 % lavere enn gjennomsnittsriskoen i normalbefolkningen blant menn og kvinner i denne aldersgruppen. Overestimeringen vil være noe høyere blant 65-åringer.

Beregningene viser at NORRISK overestimerer risikoen noe i de eldste aldersgrup-

pene. Skjevheten er beskjedent i de aktuelle aldersgruppene opptil 65 år.

Randi Selmer
Anja Schou Lindman
Aage Tverdal
Jan I. Pedersen
Marit B. Veierød
Oslo

Inger Njølstad
Tromsø

Litteratur

1. Selmer R, Lindman AS, Tverdal A et al. Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 286–90.
2. Selmer R, Lindman AS, Tverdal A et al. Modell for estimering av kardiovaskulær risiko i Norge. Appendiks. www.tidsskriftet.no/filer/norrisappen-diks.pdf [2.3.2009].
3. Thomas DC. Basic epidemiologic and statistical principles: Measures of disease frequency and association. Statistical methods in genetic epidemiology. Los Angeles, CA: Oxford University Press, 2004: 67–70.
4. Graff-Iversen S, Jennum AK, Grøtvedt L et al. Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2537–41.

Normale prøver – men ikke frisk

Etter å ha slitt med hypothyreose i fire år, vært aktiv i Norsk thyroideaforbund og hatt bred kontakt med andre som har sykdommen, kan jeg konkludere med at man ikke nødvendigvis er frisk selv om man har «normale prøver». Dette er det store problemet til hypothyreosepasienter, at vi stadig får beskjed fra helsepersonell at vi er friske fordi prøvefunnene er «normale». De mener altså at det må være noe annet som er årsaken til de fysiske og psykiske symptomene.

Om man orienterer seg litt blant pasientene, ser man at dette ikke medfører riktighet. En stor grad av utmattelse, psykiske symptomer og mange fysiske plager kan tilskrives hypothyreose, og sykdommen er svært omfattende for mange. Det er da svært krenkende stadig å få høre fra helsepersonell at man har en psykisk sykdom, og at utmattelsen, mageproblemer, problemer med hukommelsen og annet er forårsaket av depresjon. Behandling som passer for en depressiv tilstand er ikke alltid passende for en plaget hypothyreosepasient.

Det kan være viktigere å energiøkonomisere, fordele aktiviteten utover uken, enn å presse seg. Ofte fører det å ta seg ut med fysisk og sosial aktivitet til kollaps i stedet for økt energi, slik tilfellet er med fysiske friske personer. Ofte får hypothyreosepasienter høre at de har helseangst på grunn av de mange symptomene, fordi man etter læreboken er frisk. Det er på tide at man revurderer denne påstanden.

Øyvind Heggstad
Volda

Tabell 1 Tiårs kardiovaskulær dødsrisiko i befolkningen [%]

Alder	Menn		Kvinner	
	Ujustert	Justert	Ujustert	Justert
40	0,44	0,44	0,11	0,11
50	1,61	1,58	0,46	0,45
55	2,83	2,75	0,90	0,87
60	5,35	5,09	1,87	1,80
65	9,70	9,02	4,05	3,84