



Hvem styrer medisinsens utvikling?

TEMA

MONS LIE

Thoraxkirurgisk seksjon
Hjerte-Lungesenteret
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Artikkelen fra Intervensjonscenteret ved Rikshospitalet gir et innblikk i den rivende utvikling som har skjedd med innføringen av avansert teknologi i medisinen. Noe av det mest vellykkede på dette området har vært perkutan transarteriell angioplastikk, der arterielle forsnævninger oppheves ved intraluminal ballongdilatasjon. Teknikken har totalt endret karkirurgien og i stor grad satt sitt preg på behandlingen av angina pectoris i Vest-Europa og i USA. Ikke bare er pasienten flyttet fra kirurgen til intervensjonsradiologen, men man kan behandle pasienter som tidligere ikke hadde noe behandlingstilbud. Det nyeste på området er angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt (1) og ved hjertestans (2).

Laparoskopisk og torakoskopisk kirurgi er etablert ved de fleste sykehus i Norge, men er for en stor del blitt brukt til å behandle lidelser der eksisterende behandlingstilbud allerede var velfungerende. Ved hjelp av disse teknikkene har man redusert hudsnittet, størrelsen på det kirurgiske inngrep og lengden på sykehusoppholdet, men man har ikke dokumentert bedre resultater.

Artikkelen fra Intervensjonscenteret gir en detaljert redegjørelse for robotkirurgien, med fjernkontrollerte manipulatorsystemer og autonomt arbeidende, forhåndsprogrammerte roboter. Forfatterne går ikke inn på kostnadene ved robotkirurgien, men hvis den nå skulle få klinisk anvendelse i Norge, er det ganske sikkert at behandlingen blir dyrere, den blir sentralisert og dermed eksklusiv. Det er utført mer enn 200 hjerteoperasjoner i verden med disse to systemer, og innen ortopedisk kirurgi er det utviklet roboter til protesekirurgi. Forfatterne setter opp en liste over fordelene ved robotiseringen, men verken innen hjertekirurgien eller ortopedien har man på verdensbasis kunnet dokumentere bedre resultater.

Kostnader

Ballongdilatasjon og stenting av arterielle stenoser er dyrt, på grunn av kostbart engangsutstyr. Endoskopiske operasjoner krever investering i kostbar teknologi. For de fattige land og for de fattige i de fleste rike land blir disse utgiftene uoverstigelige. For dem spiller det liten rolle at lengden på snittet og sykehusoppholdet forkortes. *Archives of Surgery* trykte i 1995 en artikkel som rapporterte fra 3 313 sykehus i USA. Den viste at svarte amerikanere hadde signifikant høyere amputasjonsfrekvens og signifikant lavere frekvens av rekonstruktiv karkirurgi enn hvite (3). Forfatterne mente at sykdommens alvorlighetsgrad ikke kunne forklare forskjellene, m.a.o. er det graden av sofistikert behandlingstilbud som er forskjellig for de fattige og de rike i USA. I en oversikt over hjertekirurgi i Europa fra 1994 varierte antall koronare revaskulariseringer fra 800 per million i de fire rikeste landene til 50 per million i de fire fattigste (4).

I hvilken grad blir den velkjente forskjell i medisinske tilbud mellom dem som har og dem som ikke har, sett på som en utfordring av den medisinske profesjon? I hvilken grad er vi opptatt av å gjøre vellykkede medisinske nyvinninger tilgjengelige for en større del av verdens befolkning? Det er i Vest-Europa og USA at utviklingen av klinisk medisin for en stor del bestemmes. Det er påfallende at de store teknologiske landevinninger, f.eks. robotkirurgi, skjer på områder der man allerede har meget gode behandlingstilbud. Tilsynelatende er denne utviklingen drevet mer av industriens ønske om profit enn av medisinske behov. I økende grad styres vestlig medisinsk utvikling mer av Wall Street enn av WHO. Som alle profitbaserte systemer vil denne høyteknologien føre til at kløften mellom fattige og rike øker, i motsetning til det som skulle være medisinenes oppgave: Å bygge bro nettopp over denne kløften.

LITTERATUR:

1. Mangschau A, Bendz B, Rostrup M, Eritsland J, Müller C, Kjellevand TO et al. Angioplastikk ved akutt hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 687 – 91.
2. Bendz B, Mangschau A, Eritsland J, Müller C, Brekke M. Angioplastikk ved hjertestans. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3410 – 3.
3. Guadagnoli E, Ayanian J, Gibbons G, McNeil B, LoGerfo F. The influence of race on the use of surgical procedures for treatment of peripheral vascular disease of the lower extremities. *Arch Surg* 1995; 130: 381 – 6.
4. Unger F. European survey on cardiac interventions. Open heart surgery PTCA. Cardiac catheterisation 1994. Salzburg: European Academy of Sciences and Arts, 1994: 59.

Publisert: 20. januar 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no