



Den uheldige treenigheten

FRA REDAKTØREN

GEIR W. JACOBSEN

E-post: geir.jacobsen@ntnu.no

Geir W. Jacobsen (f. 1945) er professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter

Legene, pasientorganisasjonene og legemiddel- og utstyrsindustrien kan – sammen med mediene – virke som motkrefter i arbeidet for en kunnskapsbasert medisin.



Foto: Tidsskriftet

Tall teller, men noen tall teller mer enn andre. I jødisk og kristen tradisjon har for eksempel syvtallet en særlig plass. Vi kjenner det aller først fra skapelsesberetningen. Og det gikk syv søndager fra graven brast og *Påskemorgen slukket sorgen* frem til pinsen, da den kristne kirke ble innstiftet. Tallet 3 som uttrykk for den hellige treenigheten (Faderen, Sønnen og Den hellige ånd) er imidlertid grunnfjellet i kristendommen, med trosbekjennelsen og sakramentene som de sentrale deler av liturgien. Men i vår jordiske verden vil ikke alltid treenigheten tjene til fellesskapets beste.

I helsevesenet ble vi tvunget ut av Edens hage en gang i 1980-årene. Det sure eplet vi måtte bite i, åpenbarte at det ikke uten videre var nok ressurser til å dekke alle behov. I fagene helsetjenesteforskning og helseøkonomi ble det lagt vekt på prioriteringer. Der fikk vi blant annet lære om grensekostnad og kostnaden ved alternativ bruk av ressursene (1). Det mest fascinerende er når diskusjonen dreies i retning tiltak som bør prioriteres opp, men uten blick på hva som dermed må vike plass. Åtteåringen forstår at hvis hun bruker alle pengene på godteri, blir det ikke noe til kino. Da politikerne for noen år siden valgte å lytte til kampanjen «Pupp til folket» og øremerket midler for å korte ned ventetiden før rekonstruksjon etter brystkreft, måtte ungdom med leppe-gane-spalte fortsatt pent stå i sin kø og vente enda lenger enn tidligere på behandling (2, 3). Dagens heteste diskusjon angår tilbudet om behandling av den sjeldne, alvorlige og invalidiserende sykdommen spinal muskelatrofi. Striden gjelder både den høye prisen på legemidlet nusinersen (Spinraza) og hvilke pasienter som skal få dekket utgiftene av det offentlige. Oppropet «Spinraza til alle» blir først meningsfullt hvis setningen fullføres med å si hva og hvem som må få mindre av

fellesgodene.

Statoil ble i 1987–88 rammet av budsjettoverskridelser ved oppbyggingen av oljeraffineriet på Mongstad. Betegnelsen «en mong» ble i noen år fremover brukt som synonym for tallet 6 milliarder, likevel tok regjeringen Willoch regningen (4). For tiden opplever Stortinget en lignende overskridelse med sitt eget oppussingsprosjekt, der prisen i skrivende stund har nådd 2,3 milliarder. Det betyr at hver meter i parkeringstunnelen tilsvarer prisen på 86 ukompliserte fødsler i norske sykehus (5).

Den uheldige treenigheten består i første rekke av engasjerte fagpersoner som opererer fra innsiden av et trangt revir. Selv har jeg hørt en kollega si: «Kvinnene ønsker seg et slikt tilbud – og så skal de ikke få det?» Andre har uttalt at det er «urimelig at pasienten skal dø uten å ha prøvd denne behandlingen» (6) eller at «andelen personer som skal tilbys fedmekirurgi betalt av det offentlige, bør utvides» (7).

Så handler det om et stort antall pasientorganisasjoner som med varierende grad av styrke sier frem sitt første bud: «Du skal ikke ha andre prioriteringer enn meg» – i tråd med oppdraget til enhver organisasjon som skal fremme sin gruppes interesser. Den berømte norske legen Jonas Fjeld er ikke annet enn en romanhelt fra første halvdel av forrige århundre (8). En parafrase på hans legendariske replikk kan i denne forbindelse være: «Jeg har . . .» (velg sykdom), sa den syke, og alle andre pasienter vek til side. Sykdommer som rammer mange, høster gjerne oppmerksomhet. Men det forutsetter at engasjementet hos pasienter og pårørende, og muligheten for å komme til orde, ikke svekkes av sykdommen.

Den tredje aktøren er en offensiv legemiddel- og utstørsindustri. De ivrer vedvarende for å få «vårt legemiddel» på blåresept og opponerer heftig mot påstander om økt medikalisering av samfunnet. Innovasjon, helseindustri og velferdsteknologi er blant svadageneratorens absolutte yndlinger. På den bakgrunn og med sin pågående stil er representanter for helseindustrien nå på vei inn i styrerommet ved enkelte medisinske fakulteter (9).

Som et appendiks til «alle gode ting er tre» er det ikke uvanlig å høre «den fjerde følger også med». I dette tilfellet gjelder det pressen. Som eksempel var nyhetsverdien av å intervju Petter Northug og Ole Einar Bjørndalen aller størst da de ikke kom med på OL-landslaget. Tilsvarende var en pasient i 50-årene med spinal muskeltrofi den første som ble bedt om å uttale seg om 18-årsgrensen for offentlig finansiering av legemidlet Spinraza. «Urettferdig», var hennes siste og høyst forståelige kommentar. En annen forsøkte å stille Lars Vorland, leder for Bestillerforum, til veggs: «Kan du si om en 16 år gammel pasient har bedre effekt av Spinraza enn en som er 19?» (10). Selvsagt kan han ikke det. Derimot er det Vorlands plikt å si hvordan den dokumenterte effekten, bivirkningene og prognosen på gruppenivå står i forhold til kostnaden – det amerikanere kaller «Bang for your Bucks».

Sett med treenighetens øyne ligger det i sakens natur at Pasientens helsetjeneste kan komme i konflikt med kravet om kvalitet i behandlingen. Paradokset er at «alle» er enig om at vitenskapelig dokumentert effekt og kunnskapsbasert medisin i praksis er det samme. Bli kravet til kvalitet satt på prøve, slik det kan oppleves, ligger veien vidåpen tilbake til prioritering av helsetjenester etter desibelmetoden.

LITTERATUR:

1. Nord E. Helseøkonomi – kort innføring i nytte-kostnads-analyser. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2719 - 22. [PubMed]
2. Pupp til folket. Dagbladet 1.3.2012. <https://www.dagbladet.no/nyheter/pupp-til-folket/63388456> (11.3.2018).
3. Bordvik M. Ungdom må vente i fire år på operasjon. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/03/19/ungdom-ma-vente-fire-ar-pa-operasjon/> (11.3.2018).
4. Mongstad-saken. 2018. <https://no.wikipedia.org/wiki/Mongstad-saken> (8.3.2018).

5. Eggesvik O. Øl, sykkelveier, sykehjemsplasser - eller stortingstunnel. Aftenposten 10.3.2018.
6. Bordvik M. – Urimelig at pasienter skal dø uten å ha prøvd denne behandlingen.
https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/02/13/-urimelig-at-pasienter-skal-do-uten-a-ha-provd-den-ne-behandlingen/?utm_campaignunspecified&utm_contentunspecified&utm_medium-email&utm_sourceapsis-anp-3 (5.3.2018).
7. Her og nå. NRK P1 22.2.2018.
<https://radio.nrk.no/serie/her-og-naa-hovedsending/DMTNo1003818/22-02-2018#t=4m10s> (5.3.2018).
8. Lærum OD, Stien R, Hem E. «Jeg er norsk læge» – et sitat med eget liv. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2491. [CrossRef]
9. Engen ØB. NTNU vil bygge bro til industrien.
<https://www.dagensmedisin.no/pharma/2018/02/21/ntnu-vil-bygge-bro-til-industrien/> (5.3.2018).
10. Debatten. NRK 1 15.2.2018. <https://tv.nrk.no/serie/debatten/NNFA51021518/15-02-2018> (5.3.2018).

Publisert: 19. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0231
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no