

Kunnskap, fagutøvelse og helsepolitikk

REDAKSJONELT

BJØRNDAL A

OXMAN A

Bør en pasient med dyp venetrombose behandles med heparin eller streptokinase? Bør gravide screenes mht. toksoplasmose? Er karbamazepin et aktuelt legemiddelvalg for smertelindring? For å treffe gode beslutninger om dagligdagse kliniske problemstillinger trenger legen forskjellige typer kunnskap.

Kunnskap om pasienten

En forutsetning for gode kliniske beslutninger er selvsagt opplysninger fra pasienten selv, slik de kommer til uttrykk i anamneseopptaket, i undersøkelsen og fra diagnostiske prøver. Dette er grunnlaget for å avgrense problemet, klassifisere en plage, stille en diagnose.

Kunnskap om effekt

Legen må ha kunnskap om effekt av alternative virkemidler. Hvordan går det med denne pasienten hvis jeg tar i bruk denne prøven, denne behandlingen eller dette forebyggende tiltaket - og hva om jeg ikke gjør det?

For å bedømme slike effekter kan man trekke på sin erfaring. Imidlertid gir usystematiske observasjoner samlet i form av erfaringer ofte et skjevt bilde av den virkelige effekten. Derfor bør man bruke forskningsresultater som hovedkilde. Forskning er nettopp forsøk på å unngå systematiske feil. Gamle lærebøker eller nye enkeltstudier er ofte utilstrekkelige som dokumentasjonsgrunnlag (1). Det mest pålitelige estimat for (nyttige og skadelige) effekter av et bestemt virkemiddel finner man ved å studere systematiske oversikter over all tilgjengelig dokumentasjon innen området (2).

Har man eksempelvis en pasient med kroniske smerter pga. trigeminusneuralgi og lurer på å forskrive karbamazepin, vil et søk på Medline gi henvisninger til undersøkelser med ulike resultater. I to undersøkelser gav behandling bedring sammenliknet med placebo (3, 4), mens en tredje undersøkelse ikke viste signifikant effekt (5). En systematisk oversikt viser en oddsratio for bedring når data fra alle tre undersøkelser ble kombinert, på 4,9 (95% konfidensintervall 3,4-6,9) (6). En annen måte å beskrive resultatene på, er at man må behandle gjennomsnittlig 2,6 pasienter (95% konfidensintervall 2,2-3,3) for å få effekt hos én pasient. Oversikten viser også at man må regne mindre alvorlige bivirkninger for hver 3,4 pasienter man behandler. Det tilsvarende tall for legemiddelrelatert frafall i undersøkelsene (trolig pga. mer alvorlige bivirkninger) var 24.

Kunnskap om preferanser

Med en pålitelig diagnose og ett eller flere pålitelige mål for behandlingseffekt (og bivirkningsforekomst) har man et nødvendig, men ikke tilstrekkelig grunnlag for å fatte en beslutning om f.eks. å starte behandling. Implisitt eller eksplisitt må man også ta hensyn til verdier eller preferanser. Hvor mye teller det å flytte en pasient fra én tilstand til en annen, hvilken verdi tilordner man eventuelt negative utfall? Dreier det seg om smertebehandling, er avveiningen ofte uproblematisk; de fleste vil gjerne bli kvitt smerten og aksepterer en viss fare for mulige, moderate bivirkninger. Når avgjørelsen f.eks. handler om å velge mellom et nytt tiltak med større effekt, men med sjeldne, men alvorlige bivirkninger versus en tryggere behandling med mindre effekt, er det vanskeligere. Da kan legens og pasientens preferanser være forskjellige; den ene er opptatt av effekten, den andre frykter bivirkningene.

Kunnskap om kostnader

og politiske premisser

Legen skal ha kunnskap om helseøkonomiske konsekvenser av egne gjerninger og den politiske og kulturelle tradisjon vi handler innenfor. Hvorvidt penger faktisk skal telle med når regnskapet over sannsynlig nytte og mulig skade gjøres opp ved sykesengen, er en del av prioriteringsdebatten. Etter vår oppfatning skal de ikke det; slike overveininger gjøres mest hensiktsmessig på makroplanet. Der bør til gjengjeld diskusjoner om prioritering føres eksplisitt - med legene som ivrige deltakere - og skape en ramme rundt de kliniske beslutninger som skal fattes. Den alternative kostnad; hva man kunne fått igjen hvis den aktuelle ressursinnsats ble overført til et annet felt, må klargjøres og tillegges vekt. Men kriteriene bør helst være etablert før pasienten ankommer.

At politikk også påvirker pasientbehandlingen, er spørsmålet om sentralisering av visse behandlingsformer et eksempel på. Hvor man sitter til daglig predikerer ofte hvor man står i en bestemt sak. Likhetsidealet, slik det er nedfelt i norsk tradisjon, er en annen illustrasjon på at visse virkemidler kan ansees som uakseptable selv om de er virksomme, dersom de skaper store ulikheter mellom grupper i befolkningen.

Hva slags kunnskap

trenger helseministeren?

Skiftet av helseminister kan foranledige noen betraktninger om hva som skal til for å føre en mer kunnskapsbasert helsepolitikk. I stedet for diagnostisk kunnskap må Hernes bygge på pålitelig informasjon om problemers omfang. Epidemiologisk kunnskap er nødvendig. Hvor mange utvikler astma pga. inneklimateproblemer, hvor mange infiseres av *Toxoplasma gondii* under svangerskapet, hvor mange operasjonstrengende pasienter med katarakt har vi egentlig?

Han trenger også bedre informasjon om helsetjenesten. Hvor mange står i kø i påvente av utredning, og hvor mange venter på et bestemt operativt inngrep? Svaret er selvsagt avgjørende for håndtering av ventelisteproblemet. Dernest trenger også ministeren pålitelige estimater av effekt av virkemidler. Gir inneklimasanering effekt på forekomsten og alvorlighetsgraden av astma, reduserer toksoplasmosebehandling forekomsten av skadevirkninger hos barna, vil økonomiske incentiver fjerne køer, bør sykehusene skifte eier?

Kunnskap om preferanser må han også ha, og for ministeren står det trolig klart at det som oftest er folks egne verdier som må legges i vektskålen, ikke helsepersonellens. Lønning-utvalgets pliktetikke (å tilordne størst verdi til de livstruende tilstander) står i noen grad i motsetning til nytteetikken (å satse mest når nytteforbedringen er størst).

Endelig er spørsmålet om kroner og øre viktig i en nasjonal prioritering mellom ulike tiltak. Hva slags kostnad-nytte-betraktninger skal f.eks. legges til grunn for den pågående revisjon av refusjonsordningen for legemidler? Hvor mye midler må Samferdselsdepartementet

oppmuntres til å bruke på trafikksikringstiltak?

Ministerens informasjonsbehov er derfor ikke vesentlig forskjellig fra klinikerens. De trenger begge kunnskap om hva problemet er og hvor alvorlige konsekvenser det har. De trenger mer enn anekdotisk informasjon om virkemidlers effekt, begge må veie inn folks egne synspunkter på saken, og avgjørelsen skal fattes innenfor en helsepolitisk og helseøkonomisk ramme. Og både minister og lege har det for travelt til å søke på Medline hver gang de må ta en beslutning.

En sentral oppgave fremover er derfor å lage lett tilgjengelige, pålitelige og oppdaterte overskrifter over effekt og ressursbehov knyttet til medisinske tiltak - utformet slik at de kan være til nytte både for kliniker og politiker. The Cochrane Database of Systematic Reviews er en samling av slike oversikter(7, 8).

Mot en mer kunnskapsbasert helsepolitikk i Norge?

Politikk er først og fremst et spørsmål om hva en minister vil, og ikke hva han kan. Men den politiske vilje som utøves i forhold til helsetjenesten, kan med fordel forankres tydeligere i kunnskap om hva folk lider av og hvordan vi mest effektivt forebygger og håndterer disse lidelsene. Da vil det være mulig å treffe mange helsepolitiske beslutninger som for folk vil virke logiske, forutsigbare og rettferdige.

Legen som premissleverandør kan hjelpe samfunnet, på alle forvaltningsnivåer, til et bedre beslutningsgrunnlag for helsepolitikken. I vår saksbehandling og i vår egen fagpolitiske argumentasjon bør vi vise frem hva man faktisk vet om behov, ressurser, effektivitet og verdier. Det vil etterlate mindre plass til politisk opportuniste, som tenderer til å favorisere dem med mest ressurser og minst behov.

Politikere krever raske svar. For at slike svar skal være begrunnet i kunnskap, må informasjon være tilgjengelig, og personer med forskningsbasert kompetanse må kunne vurdere den. F.eks kan man lage bedre ventelistedata og derved sikre mer rasjonelle beslutninger om kjøpproblem. Man kan støtte utviklingen av systematiske oversikter slik at det oppnås større enighet om behandlingstilbud.

En minister vil selvsagt i tillegg bli konfrontert med enkeltsaker og problemområder der kunnskap mangler eller ikke gir tilstrekkelig grunnlag for handlingsvalg. Men også da hjelper ofte en dekomponering av problemet. Det finnes ikke noe klart, kunnskapsbasert svar på om Hernes bør legge ned noen småsykehus. Men det hjelper å vite om meningene er delte pga. uenighet om effekt (hvor mye skade gjør leger som bare ser noen få tilfeller av hver type hvert år?), om verdier (hvor trygghetsskapende er det å ha et sykehus i nærheten?) eller om politiske forhold (vil man beholde sykehuset for å bevare sysselsettingen?).

Når kunnskapen ikke strekker til, kan en helseminister lære av legen; å vokse på usikkerhet. Leger er vant til å treffe beslutninger under usikkerhet, f.eks. når en behandling har 30% sjanse for å være nyttig for en pasient eller det er 80% sjanse for at en pasient har en bestemt diagnose. Å utvikle seg på grunnlag av usikkerhet innebærer eksplisitt å vise usikkerheten frem, å klargjøre for seg selv og andre hva vi ikke vet og å søke ny kunnskap for å møte usikkerheten. Det innebærer også en forpliktelse til å evaluere effekten av politiske beslutninger, slik at de kan få læringsverdi for andre.

Det er klart at politikk er og skal være noe mer enn applisert kunnskap. Samfunnsutviklingen skal også formes av ideologi, nyskapning, meninger og verdier. Helsepolitikken skal ha plass for empati og barmhjertighet. Argumentet er likevel at kunnskap - så langt den rekkes - er langt å foretrekke fremfor alternativene som styringskurs for helsetjenesten.

Arild Bjørndal

LITTERATUR:

1. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized controlled trials and recommendations of clinical experts. *JAMA* 1992; 268: 240-8.
2. Mulrow CD. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1994; 309: 597-9.
3. Campbell FG, Graham JG, Zilkha KJ. Clinical trial of carbamazepine (Tegretol) in trigeminal neuralgia. *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 1966; 29: 265-7.
4. Killian JM, Fromm GH. Carbamazepine in the treatment of neuralgia. Use of side effects. *Arch Neurol* 1968; 19:129-36.
5. Nicol CF. A four year double blind study of Tegretol in facial pain. *Headache* 1969; 9: 54-7.
6. McQuay H, Carroll D, Jadad AR, Wiffen P, Moore A. Anticonvulsant drugs for management of pain: a systematic review. *BMJ* 1995; 311: 1047-52.
7. The Cochrane Database of Systematic Reviews. London: BMJ Publishing Group, 1995.
8. Bjørndal A. Hvilke av de helsetjenester vi tilbyr er effektive? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 3669-70.

Publisert: 17. oktober 2018. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI:

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