

Forebygging - er vi ikke gode nok?

REDAKSJONELT

KJEKSHUS J

I dette nummer av Tidsskriftet gjennomgår Torstein Gundersen de betydelige fremskritt som er dokumentert de siste årene når det gjelder å forebygge mortalitet og morbiditet hos diabetikere etter gjennomgått hjerteinfarkt (1). Det gjelder behandling av akutt infarkt med mer aggressiv kontroll av blodsukker med insulin tilført intravenøst (2), reduksjon av den diabetiske takykardien med betablokker (3), behandling av postinfarktsvikt med ACE-hemmer (4) og lipidsenkende behandling av diabetikernes dyslipidemi (5).

Undersøkelsene tyder på at man både relativt og absolutt oppnår bedre resultater hos diabetikere enn hos ikke-diabetikere. De kontrollerte kliniske undersøkelsene viser at vi i dag langt på vei kan eliminere overdødeligheten pga. koronarsykdom hos diabetikere. Norsk medisin har i stor grad bidratt til denne fremgangen.

Det er derfor litt selvmotsigende når denne artikkelen (1) begynner med å slå fast at vi ikke er gode nok. Jeg forstår meningen, men reagerer på ordvalget. Det blåser en vind av negativ selvransakelse fra norske leger som til tider minner om Kinas kulturrevolusjonære og om dem som stod frem og bekjente synder selv om det eneste de hadde gjort var å forsøke å gjøre en god jobb. Fra de to siste måneders dagsaviser kan vi sakse følgende uttalelser: "Vi leger har nok ikke vært flinke til å ta vare på vår humanistiske tradisjon", "Norske leger ikke gode nok", "Vi har ikke gode nok redskaper til å oppdage feilbehandling", "primærlegene har for dårlige kunnskaper om hørselshemmede", "sykehusledere er ikke gode nok", "Leger tenker ikke nok på dette", "Stort problem at legene ikke er flinke nok til å gi pasienten uttrykkelig beskjed!!" Dokumentasjonen viser ofte noe helt annet. Behandling og opplysning om hjerte- og karsykdommer har ført til at antall hjerteinfarkter er redusert med vel 20% i løpet av de siste 20 årene (6). Effektiviteten på sykehussektoren har steget enormt, liggetiden er betydelig redusert og fortsatt bruker Norge mindre av sitt bruttonasjonalprodukt til helsetjenesten enn de fleste andre land.

Når det gjelder diabetikere viser Gundersen at disse nå kan behandles bedre enn noensinne (1). Det har skjedd en terapeutisk revolusjon for denne utsatte pasientgruppen. Pasienttilfredsheten med vårt sykehusvesen er stort sett meget bra. Likevel lar vi oss hypnotisere av de medieinflaterte enkelthendelser som nesten alltid trekkes ut av sin rette sammenheng, og som har påført den norske legestand et kollektivt skyldkompleks som fører til at vi ved enhver anledning skal påberope oss at vi ikke er flinke nok.

Norske leger er flinke nok. Vi forvalter kunnskap om et aktivt og levende fag på et høyt nivå. Det er en stor forskjell mellom ikke å være flink nok og det at vi kan bli bedre. Til enhver tid skal målene flyttes stadig litt lenger frem.

Det spørsmål som Gundersen egentlig innleder med, gjelder hvorfor ikke alle pasienter får

del i den behandlingen som vi har dokumentert er effektiv. Dette er et meget komplisert spørsmål som angår tre forhold: Hva er årsaken til at pasienter ikke får dokumentert behandling, hvorfor brukes lavere dose enn det som er dokumentert og hva er årsaken til dårlig pasientmedvirkning (compliance)? Det er mange grunner til at man ikke umiddelbart kan overføre funn fra kontrollerte kliniske forsøk til behandling av enkeltpasienter. Pasienter i kliniske forsøk er selektert etter strenge kriterier og utgjør ofte bare 15-30% av hele pasientgruppen og er derfor ikke alltid representative for alle behandlingstrengende pasienter.

Noen av våre pasienter faller derfor utenfor inklusjonskriteriene som ble brukt i de kliniske kontrollerte forsøkene. Konkurrerende behandling og interaksjoner kan begrense valgmulighetene. Manglende mulighet for tett oppfølging av pasientene og restriktiv blåreseptpolitikk kan gi dårlig pasientmedvirkning.

Det foreligger også en lærings- og erfaringskurve for de enkelte leger som vi må ta hensyn til. Det er lettere å reagere negativt på bivirkninger enn å forholde seg til langtidseffekten av forebyggende medisin. Dette er ikke uttrykk for at vi ikke er gode nok, men at læring tar tid. Vi ønsker det beste for våre pasienter, uten å skade, og forsøker stadig å bli bedre. Medisin er en livslang læringsprosess, men vi må ikke få dårlig samvittighet av den grunn.

John Kjekshus

LITTERATUR:

1. Gundersen T. Pasienter med diabetes mellitus - sekundærprofylakse etter hjerteinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117: 2335-6.
2. Malmberg K, Rydén L, Efendie S, Herlitz J, Nicol P, Waldenström A et al. A randomized trial of insulin-glucoseinfusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction. Effect of one year mortality. J Am Coll Cardiol 1995; 26: 57-65.
3. The Norwegian Multicenter Study Group. Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction. N Engl J Med 1981; 304: 801-7.
4. The Consensus Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). N Engl J Med 1987; 316: 1429-35.
5. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease; the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-9.
6. Waaler HT, Guldvog B. Utviklingen av dødeligheten i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 3656-61.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

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