

Lamotrigin, dokumentasjonskrav og refusjonsregler

Jeg har i et innlegg i Tidsskriftet nr. 16/2001 (1) påpekt at dokumentasjonen var mangelfull da Ulrik Fredrik Malt og Terje Fladvad i en kasuistisk rapport (2) hevder at lamotrigin har bedre effekt på visse typer stemningslidelser enn andre antiepileptika og litium. Henvisingene som var brukt, inneholdt kun placebokontrollerte studier. Ingen studier hvor lamotrigin var sammenliknet med litium eller andre antiepileptika var utført. Jeg pekte også på de markerte forskjeller det er i medikamentkostnader mellom lamotrigin og andre alternativer, og tok avstand fra kreativ utnyttelse av refusjonsreglene i blåreseptordningen. I sitt tilsvar (3) bringer forfatterne ingen ytterligere dokumentasjon som støtter påstandene i artikkelen. I stedet henvises det til læreboken i biologisk psykiatri som Malt har hatt hovedansvar for (4). Heller ikke i denne boken finnes støtte for det syn som Malt & Fladvad nå forfekter. På sidene 112 og 230–232 omtales antiepileptika brukt som stemningsstabiliserende medikasjon som likeverdige.

Jeg synes Malt & Fladvad bør avstå fra personlige karakteristikk og belæring. Jeg har intet imot at de mottar honorarer fra legemiddelindustrien. Det er imidlertid viktig at lesere av publikasjoner blir gjort oppmersomme på slike bindinger, slik at de kan vurdere om det faglige innhold er farget av det. Det er også viktig for akademikere som har bindinger til den farmasøytiske industri, å være ekstra nøye med saklighetskravene og med kravene til dokumentasjon. Akademisk medisin er inne i en viktig omlegging fra autoritetsbasert til kunnskapsbasert (5). Den omleggingen synes jeg Malt & Fladvad også bør bidra til.

Jeg synes også at mine toneangivende kolleger i psykiatrien skal være med på å gjenreise kostnadsbevisstheten i den norske legestand. Sparsommelighetskravet er hjemlet så vel i helsepersonelloven som i de etiske regler for leger. Medisinen vil få et økende troverdighetsproblem i vårt samfunn hvis vi ikke er i stand til å stille krav til kostnadseffektivitet. Malt & Fladvad har dokumentert at lamotrigin har effekt på depresjoner ved affektiv lidelse. Slik behandling er aktuell der annen og mindre kostbar behandling er prøvd. Hvis det ikke er tilstedeværelse av epilepsi eller hjerneorganisk lidelse, er legen nødt til å søke annen refusjon enn punkt 7, f.eks. refusjon etter § 2.

Bergen

Eivind Meland

Litteratur

1. Meland E. Kasuistisk rapport om lamotrigin. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1954.
2. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandlingen av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.
3. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin ved nevropsykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2202.
4. Malt UF, Årslund D, Lund A. Biologisk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
5. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine – how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.

U.F. Malt & T. Fladvad svarer:

Saken er som følger: Den faktiske dokumentasjonen for valproats og karbamazepins effekter ved forebygging og behandling av depresjoner er svak (1, 2), noe også andre har påpekt (3). Samtidig er Meland og vi enige om at lamotrigin har dokumentert effekt ved en del depresjonsformer.

I motsetning til hva tilfellet er for antidepressiver, er responsprofilene som er sett i utprøving av de ulike antiepileptika markert forskjellige (1). Det er også markerte forskjeller i grad av plagsomme bivirkninger. Vi refererte tre sykehistorier om pasienter som fikk hjelp av lamotrigin, men ikke av karbamazepin, litium eller valproat.

Vi drøftet derfor om ulike antiepileptika kan ha forskjellige effekter avhengig av kjennetegn ved grunnlidelsen. Vår beste kliniske vurdering av tilgjengelig viten er at hvis man har former for stemningslidelser hvor det er indikasjon for antiepileptika og effekten av valproat og karbamazepin mangler eller er svakt dokumentert, mens effekten av lamotrigin er godt dokumentert, bør lamotrigin forsøkes primært. Vi mener en slik konklusjon er klinisk fornuftig, selv om det ikke foreløpig foreligger omfattende studier av effekten av de ulike antiepileptika i forhold til hverandre ved alle de ulike former for stemningslidelser som finnes.

Meland mener at denne type gjennomgang er «uvitenskapelig» og uten praktisk klinisk verdi. Vi mener at ved alvorlige psykiske lidelser med høy morbiditet og mortalitet vil et prinsipp om først å forsøke medisinering med «billigere» alternativer når disse har usikker dokumentert effekt, ikke være fagetisk riktig og neppe kostnadseffektivt.

Vi mener også at Meland misforstår implikasjonene av kunnskapsbasert medisin når han stiller omfattende krav til komparativ dokumentasjon før omtale i kliniske tidsskrifter skal tillates og kliniske implikasjoner kan drøftes.

Vi er også uenig med Meland i at opplysninger om honorar for arbeid nødvendigvis skal eller kan tolkes som «binding til industrien», slik han på nytt insinuerer i sitt siste innlegg.

Under henvisning til læreboken *Biologisk psykiatri* skrev vi at bipolar lidelse er en «organisk hjernesykdom» og derfor bør inngå under punkt 7. Vi forstår Melands sluttsetning slik at han er enig i dette. Hvorfor Meland i den sammenheng henviser til sidene om antiepileptika (som ble skrevet før de nye data som omtales i vår artikkel forelå) forstår vi ikke.

Vår invitasjon til Meland om å delta i et av de kunnskapsbaserte og seriøse kveldsmøter om temaet som vil bli arrangert, var ikke personlig kritikk, men invitasjon til å bli faglig oppdatert på ulike former for vanskelig behandlbare stemningslidelser og mulige nye behandlingsformer.

Oslo

Ulrik Fredrik Malt
Terje Fladvad

Litteratur

1. Malt UF, Fladvad T. Lamotrigin i behandling av psykiatriske lidelser. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1473–7.
2. Bowden CL, Brugger AM, Swann AC, Calabrese JR, Janicak PG, Petty F et al. Efficacy of divalproex versus lithium and placebo in the treatment of outpatients with bipolar I disorder. Divalproex Maintenance Study Group. Arch Gen Psychiatry 2000; 57: 481–9.
3. Young AH, Macritchie KAN. Treatment of bipolar affective disorder. BMJ 2000; 321: 1302–3.

Sykehusreformen og samfunnsøkonomisk lønnsomhet

I Tidsskriftet nr. 18/2001 har Charlotte Haug en leder om dette emnet (1). I den er det mange kloke ord og interessante refleksjoner. Men det er ett begrep hun misbruker eller ikke har den rette forståelse av, og det er «samfunnsøkonomisk lønnsomt». Hun skriver bl.a.: «Det er lite av det vi gjør i helsevesenet som er «samfunnsøkonomisk lønnsomt»».

Samfunnsøkonomisk teori har som mål å bruke ressursene slik at det er best mulig å være menneske i samfunnet. Når Haug sier om helsetjenestenes mål at «Det er ikke snakk om å spare penger, men om å redusere lidelse», så er det god samfunnsøkonomisk tenkning. Bedriftsøkonomisk teori, derimot, er noe helt annet, det dreier seg om et helt annet fag! Målet for en bedrift er å gi maksimal økonomisk avkastning for bedriftens

eiere. Bedriftsøkonomisk teori sier hvordan det målet kan nås. Slik tenkning for et sykehus vil være katastrofalt. Her har Haug og samfunnsøkonomer sammenfallende syn. Selv mislykkede forsøk på lindrende behandling hos eldre, uproduktive pasienter er «samfunnsøkonomisk lønnsomt» dersom man verdsetter «følelsen av å bli tatt vare på» høyt nok. Derfor er det meste av det helsetjenesten i Norge gjør «samfunnsøkonomisk lønnsomt». Det forhindrer ikke at den samfunnsmessige lønnsomhet kan økes ytterligere ved en annen anvendelse av ressursene.

Haug refererer et utsagn fra statsråd Tønne: «Det er mange formål som vil være samfunnsøkonomisk lønnsomme, men som vi likevel ikke kan få plass til uten å undergrave stramheten i økonomien.» Dette var hans begrunnelse for å avslå en søknad om en blåreseptordning. I en skikkelig samfunnsøkonomisk kalkyle burde negative følger av «stramhetsproblemet for økonomien» inngå i kalkylen som en kostnad. Tønnes utsagn viser at heller ikke han forstår begrepet «samfunnsøkonomisk lønnsomhet», og det er alvorlig!

Nordbyhagen *Hans Th. Waaler*
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)
Sentralsykehuset i Akershus

Litteratur

1. Haug C. Makten flyttes. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2139.

C. Haug svarer:

Hans Th. Waaler påpeker, helt korrekt selv sagt, at «samfunnsøkonomisk teori har som mål å bruke ressursene slik at det er best mulig å være menneske i samfunnet». Problemet er at selv om den generelle definisjonen er grei, er det ikke gitt at det er enighet om hva som er best for menneskene, eller hvordan ressursbruk, kostnader og gevinster skal måles eller måles mot hverandre.

Når den samfunnsøkonomiske teorien skal brukes i praksis, f.eks. til å si noe om hva som representerer samfunnsmessige forbedringer og hva som er mest mulig «lønnsomt» ressursbruk, blir det atskillig vanskeligere. Derfor ender ofte økonomene opp med å bruke et snevrere begrep når de skal beregne «samfunnsøkonomisk lønnsomhet». De setter opp regnestykker som viser kostnader og gevinster, som oftest i kroner, ved ulike tiltak. F.eks. kunne de i eksemplet som var brukt i lederartikkelen, vise at det koster mindre for samfunnet å dekke utgifter til medikamenter mot revmatoid artritt enn dyrere behandling og kanskje tapte skatteinntekter på et senere tidspunkt.

Jeg er helt enig med Waaler at denne måten å beregne «samfunnsmessig lønnsomhet» på er altfor snever. Det var derfor jeg satte betegnelsen i anførselstegn. I en slik snever forstand av begrepet er det lite av

det vi gjør i helsevesenet som er «lønnsomt». Mitt poeng her var at selv når det faktisk var lønnsomt, valgte helseministeren i første omgang å treffe en annen beslutning. Det er fordi helsepolitikk dreier seg om mer enn objektive beregninger – ikke minst verdisyn og prioriteringer.

Waal er peker med sitt innlegg på viktige utfordringer ved hvordan samfunnsøkonomiske beregninger må gjøres for å være meningsfylte. Man kan, som han understreker, sette opp regnestykker som er atskillig mer komplekse enn dem som vanligvis settes opp i dag. Men hvordan livskvalitet eller ekstra leveår skal verdsettes er ikke et spørsmål om avanserte regnestykker, men om preferanser, valg og prioriteringer. Jeg takker for kommentaren og for muligheten til å utdype dette nærmere.

Oslo

Charlotte Haug

Om spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

I Tidsskriftet nr. 18/2001 har Ingrid Petrikke Olsen et innlegg hvor hun blant annet refererer noen av de utsagn foredragsholdere har kommet med ved enkelte av de obligatoriske kursene i fødselshjelp og kvinnesykdommer (1). Som eksempler på hårreisende utsagn nevner hun «Assistentleger skal aldri stå alene med laparoskopier», «fødeavdelinger med mindre enn 1000 fødsler per år er ufor-svarlige» og «man bør følge effekten av østrogenbehandling ved å måle beintettheten» (1).

Spesialitetskomiteen ønsker at utdanningskandidatene på kursene skal få oppøvd sin kritiske faglige vurderingsevne. Vi skal utdanne gynekologer som skal kunne fungere som generelle gynekologer i overlegestillinger på store og små norske sykehus (2). Disse må selvstendig kunne vurdere den faglige informasjonsflommen. En målsetting med kursene er å oppøve den evnen. Kunnskapsbasert medisin er gullstandarden, både når det gjelder holdning til kunnskap og hva som skal formidles.

Det er en målsetting at de obligatoriske kursene skal bringe kandidatene i kontakt med de faglige spissmiljøene i landet innen en del sentrale emner. «Spissmiljøer» i denne sammenheng er de miljøene som gjennom forskning tilfører oss ny kunnskap og sørger for fagutvikling, enten de er knyttet til universitetsklinikker eller ikke.

At foredragsholdere fremmer synspunkter som er kontroversielle, må være helt riktig – det skaper diskusjon. Gjennom kurs-evalueringen bidrar deltakerne til å forbedre kursene. Spesialitetskomiteen har ett medlem i hver kurskomité, og vet at kurskritikken blir lagt merke til. Synspunktene til foredragsholderne er ikke autorisert, verken av

Norsk gynekologisk forening eller av Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Vi er enige med Olsen i at kompetente utdanningskandidater selvfølgelig må laparoskopere alene når tilstrekkelig trening er opparbeidet, at fødeavdelinger godt kan drive forsvarlig med mindre enn 1000 fødsler i året og at det ikke er grunn til rutinemessig å gjøre beintetthetsmålinger hos kvinner som får østrogen.

Spørsmålet om subspecialisering er komplisert. Generalforsamlingen i Norsk gynekologisk forening besluttet i 1999 med stort flertall å foreslå grenspesialitet innen gynekologisk onkologi. Denne saken er ikke avgjort. Den norske lægeforening har vært meget restriktiv når det gjelder opprettelse av grenspesialiteter og nye spesialiteter, og Nasjonalt råd har lagt seg på samme linje. I den europeiske takorganisasjonen av medisinske spesialistorganisasjoner (UEMS) er det et mer nyansert syn. Innen vår spesialitet har UEMS vedtatt tre grenspesialiteter (gynekologisk onkologi, endokrinologi/infertilitet og perinatal medisin). Etter vårt syn er det lite aktuelt i Norge å foreslå ytterligere to grenspesialiteter innen fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Trondheim/Ålesund *Oddvar Sviggum*
Norsk gynekologisk forening

Bjørn Backe
Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Litteratur

1. Olsen IP. Spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2205–6.
2. Målbeskrivelse for spesialiteten Fødselshjelp og kvinnesykdommer. <http://www.legeforening.no/index.db2?id=1297> (22.8.2001).

I.P. Olsen svarer:

Det er betryggende å lese at representanter for Spesialitetskomiteen og Norsk gynekologisk forening er enige med undertegnede når det gjelder innholdet i det jeg kaller hårreisende utsagn. At foredragsholdere fremmer kontroversielle synspunkter, som igjen skaper diskusjon, er jeg en stor tilhenger av. Også fra et pedagogisk synspunkt vil det være en fordel å aktivisere tilhørerne. Men å tro at utdanningskandidater, med ulik fartstid, skal tore å tale den fremste ekspertisen midt imot, blir dessverre litt for naivt. Mitt forslag til løsning er å inkludere en generell gynekolog i gjennomføringen av hvert obligatoriske kurs. Slik kan man få de diskusjonene Oddvar Sviggum & Bjørn Backe finner å være et helt riktig element i de obligatoriske kursene. Forslaget ble på forsommeren oversendt til Spesialitetskomiteen for fødselshjelp og kvinnesykdommer. Av Sviggum & Backes svar synes jeg å lese mellom linjene at dette kanskje ikke er et umulig forslag?