

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. Henvisningene 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