

Det er ikke legenes ansvar å sette ulike pasientgruppers behandlingsbehov opp mot hverandre. Skillet mellom økonomi og fag må gjenreises

Pengene eller livet?

Stadig oftere får leger beskjed om å ta økonomiske forhold i betraktning i sin yrkesutøvelse. Et stykke på vei er det riktig å gjøre det. Vi skal ikke forskrive dyre legemidler hvis billige virker like godt eller sykmelde folk som er arbeidsføre. Slik praksis rammes av reglene om å vise sparsommelighet, som er nedfelt både i helsepersonelloven og i etiske regler for leger. Likevel er det grunn til å advare mot den økende vektleggingen av økonomiske forhold i medisinsk forskning og praksis.

Hensikten med terapeutisk forskning er å finne ut *om* et behandlingstiltak eller forebyggende tiltak virker, *hvem* det virker på, og *hvor stor* effekten er. Estimaten vil alltid være beheftet med usikkerhet, og det er en viktig oppgave å formidle forståelse både for effektestimatenes *størrelse* og for deres *grad av usikkerhet* til kolleger, pasienter og allmennhet. Dette er en faglig utfordring som krever klinisk og vitenskapelig kompetanse.

Spørsmålet om samfunnet skal bruke penger på et terapeutisk eller profylaktisk tiltak er av en annen karakter. Man kan ikke forske seg frem til svaret på et slikt spørsmål, selv om forskningsresultater vil utgjøre én av flere premisser. Spørsmålet gjelder verdivalg og prioriteringer og hører følgelig hjemme på den *politiske* arena. Leger kan delta på denne arenaen, men de skal da være seg bevisst at de gjør det i egenskap av borgere, ikke i egenskap av forskere eller klinikere. De må også huske at politiske spørsmål ikke har ett logisk og rasjonelt svar; politikk består i å treffe valg. Det er legitimt at grupperinger som har interesser i en sak, f.eks. pasientgrupper, forsøker å påvirke. Som fagfolk kan vi stundom beklage de beslutninger som blir resultatet av slike prosesser, men vi kan ikke unngå dem uten å innføre et teknokratisk diktatur.

Beklageligvis synes respekten for skillet mellom den faglige og den politiske arena å avta, og vi ser stadig oftere at faglig og økonomisk argumentasjon blandes sammen. Dette svekker tilliten til både politikere og leger. Et eksempel:

Fra et faglig ståsted kan det være grunn til å være forbeholden overfor den økende tendensen til medikamentell risikointervensjon. Man kan bekymre seg for hvorvidt forholdet mellom effekt og bivirkninger er like gunstig i daglig klinisk praksis som i kontrollerte forsøk (1), hvorvidt virkningene av den uttalte polyfarmasien med dens tallrike muligheter for medikamentelle interaksjoner er godt nok kartlagt (2), og hvorvidt medikaliseringen kanskje fører til svakere vektlegging av et sunt levesett og av helsebringende mestringsstrategier (3). Man kan være enig eller uenig i slike motforestillinger, men denne uenigheten er faglig og gjelder til sjunde og sist hvorvidt den enkelte pasient er eller ikke er tjent med å bruke et gitt legemiddel.

Når økonomiske argumenter blandes inn, slik det gjøres både av legemiddelselgere (4) og av dem som maner til nøkternhet (5), blir motivene uklare og aktørenes troverdighet svinner. Det er lett nok å være skeptisk til behandling av de mildeste gradene av hypertensjon med nye antihypertensiver, fordi slik behandling både er kostbar og har dårlig dokumentert effekt (6). Men hva om behandlingen hadde vært billigere? Skulle vi da ha utvidet behandlingsindikasjonen selv om effekten var like usikker? Og hva om nytte-

effekten var overveldende dokumentert, men behandlingen like dyr som nå? Skulle det da være legenes oppgave å si at disse pengene vil vi ikke spandere?

Å være premissleverandør for helsepolitiske avgjørelser er en viktig oppgave og på ingen måte enkel. Det finnes tallrike eksempler på at leger overdriver effekten av behandlingstiltak de selv har interesse av, og sikkert like mange eksempler på at politikere misforstår selv den mest edruelige informasjon. Men vi ville ha et bedre utgangspunkt dersom det var klart for alle at vår oppgave er å *beskrive* behandlingseffekter, mens andres oppgave er å *verdsette* dem. Hvis det er uklart hvorvidt vi har pasientenes interesser eller hensynet til statens finanser for øye, vil selv godt funderte råd lett bli ignorert.

Diskusjoner om prioritering i helsevesenet blir av og til ført som om en krone mer til én pasient automatisk betyr en krone mindre til en annen. Det er naturligvis ikke tilfellet. Bruk av økonomiske ressurser til helseformål kan bare vurderes i lys av samfunnets samlede ressursbruk. Det er ikke legenes ansvar å sette ulike pasientgruppers behandlingsbehov opp mot hverandre, det er politikernes ansvar å vurdere pasienters behandlingsbehov opp mot andre kostnadskrevende formål i samfunnet. Vi skal bestrebe oss på å levere premisse for deres vurdering gjennom nøktern informasjon om hvilke effekter vår behandling har, men det er politikernes ansvar å treffe politiske valg. Det ansvaret må vi ikke ta fra dem.

Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@ioks.uio.no

Tidsskrift for Den norske lægeforsening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er postdoktorstipendiat ved Universitetet i Oslo/Geriatrik avdeling, Ullevål universitetssykehus, assistentlege ved Aker universitetssykehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Forfatteren har mottatt forelesningshonorar og/eller støtte til kongressreiser fra SmithKline Beecham, Pfizer og GlaxoWellcome.

Litteratur

1. Wyller TB. Til skade eller gagn? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 113: 16.
2. Merlo J, Liedholm H, Linblad U, Björck-Linné A, Fält J, Lindberg G et al. Prescriptions with potential drug interactions dispensed at Swedish pharmacies in January 1999: cross sectional study. *BMJ* 2001; 323: 427–8.
3. Landmark K, Reikvam Å. Ernæring, kosttilskudd og koronar hjertesykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2648–53.
4. Dasbach EJ, Rich MW, Segal R, Gerth WC, Carides GW, Cook JR et al. The cost-effectiveness of losartan versus captopril in patients with symptomatic heart failure. *Cardiology* 1999; 91: 189–94.
5. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 701–5.
6. Landmark K. Er de nyere antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 701–5.