



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

Kardiologi som indremedisinens lokomotiv

Norsk indremedisin trenger norsk hjertemedisin like mye som norsk hjertemedisin trenger norsk indremedisin.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

I flere numre av Tidsskriftet denne vinteren har ledende fagpersoner innen norsk kardiologi publisert en serie oversiktsartikler om diagnostikk og behandling av hjertesykdommer. Artikkelen serien er kommet i stand i et samarbeid med spesialforeningen Norsk cardiologisk selskap (1). Det er grunn til å gratulere Tidsskriftet med denne artikkelserien, som har gitt norske leger en enestående mulighet til å oppdatere seg på dette viktige feltet.

Artiklene belyser på en god måte de mange nyvinninger som har funnet sted innen det kardiologiske fagfeltet. Det er ikke lenge siden behandlingen av hjertesykdommer var relativt enkel. Hvile og observasjon var viktige elementer av sykehusoppholdet for mange slike pasienter. Dette har endret seg radikalt. Kardiologene rår nå over et bredt spektrum av tiltak og undersøkelser. Dette gjelder alle aspekter av hjertesykdommer, fra forebyggende medisin via diagnostikk og avansert invasiv behandling til transplantasjon som det ekstreme endepunkt. På alle disse områdene har utviklingen gått i retning av stadig bedre resultater. Prosedyrer som for ikke så mange år siden var forbeholdt de få, og der man ofte opererte med strikte aldersgrenser og var avhengig av å sende pasienter til utlandet, er i dag bredt tilgjengelig. I fremtiden ser vi muligheten for nye terapiformer, for eksempel basert på stamceller som kan reparere infarkt-områder. Genterapi kan bli aktuelt for en rekke lidelser. I fremtiden vil det bli stilt stadig større krav til dyperegående kunnskap.

Norsk hjertemedisin kan vise tilbake på mange fremragende forskningsresultater. Oslo-undersøkelsen blant 40-årige norske menn, ledet av Ingvar Hjermann, var en viktig milepæl innen preventiv kardiologi

(2). 4S-undersøkelsen, om bruk av statiner ved koronar hjertesykdom, kan nevnes som et annet bidrag i øverste divisjon av internasjonal forskning (3). Pionervirksomhet innen bruk av kardiologiske ultralydundersøkelser er et eksempel på godt samarbeid mellom forskere med medisinsk og forskere med teknisk bakgrunn (4, 5).

Kostnader og sykehusstruktur

Med det store antall pasienter og høye alvorlighetsgraden av mange hjertesykdommer er hjertemedisinen en storforbruker av ressurser innen helsevesenet. Det er derfor ikke mer enn naturlig at de kliniske og overordnede avgjørelser kardiologer foretar, følges med spesiell interesse, særlig nå som økonomiske betraktninger spiller så stor rolle i helsedebatten. Innføring av nye medikamenter og tekniske terapiformer kan ha store samfunnsøkonomiske følger. Det er ofte mulig å foreta kostnad-nytte-analyser, selv om slike analyser må tolkes med forsiktighet. For andre kliniske fag med færre pasienter er det ofte vanskeligere å gjennomføre slike analyser, og for ekstremt dyre behandlingsprosedyrer, som ofte bare er aktuelle for noen få pasienter, vil emosjonelle forhold kunne gjøre rasjonelle vurderinger vanskelig.

Som klinisk sykehusfag er indremedisinen blitt et nesten utelukkende øyeblikkelig hjelp-fag, slik det blant annet er fastslått i utredninger utført for Helse Sør. Opptil 98 % av innleggelsene skjer som øyeblikkelig hjelp. Kardiovaskulære diagnoser er svært ofte primærdiagnoser eller bidagnoser. Dermed blir hjertemedisinen en viktig premissleverandør for utviklingen av sykehusstrukturen. Både det store antall hjertepasienter og alvorlighetsgraden av mange hjerte- og karsykdommer gjør at befolkningens behov for nærhet til sykehus-tjenester er et forståelig og rimelig hensyn. Man må regne med at kravet om nærhet til sykehus-tjenester kan komme til å bli sterkere fremover. En organisering av sykehus-tjenestene med særlig vekt på indremedisin og hjertemedisin kommer til å stå på saks-kartet på svært mange styremøter i helseforetakene fremover.

Hovedspesialitet eller grenspesialitet?

Hvordan er så forholdet mellom grenspesialiteten hjertesykdommer og hovedspesialiteten indremedisin og forholdet til de andre indremedisinske grenspesialitetene? Det har lenge vært et ønske fra enkelte fagmiljøer å gjøre hjertemedisin til en egen hovedspesialitet. Det finnes nå flere spesialiserte hjerteklinikker der indremedisinere og kirurger går sammen om å utrede og behandle pasienter med hjertesykdommer, og de har oppnådd høy effektivitet og kvalitet. Dette er et godt argument for å skille hjertemedisin og indremedisin, men det finnes fortsatt gode grunner til ikke å gjøre det. Erfaringene fra den kirurgiske siden, der ortopedisk kirurgi for noen år siden ble gjort om fra grenspesialitet til egen hovedspesialitet, er ikke bare gode. De økonomiske konsekvenser av en kardiologisk hovedspesialitet for vaktstrukturen på mindre sykehus, der man ville måtte ha både kardiologiske vakter og indremedisinske vakter, er betydelige. Konsekvensene for pasienter med kompliserte og sammensatte problemstillinger og ditto behandling kan potensielt bli livstruende.

Som indremedisiner gratulerer jeg de kardiologiske fagmiljøene med det som er oppnådd og ser frem til en fremtid i et indremedisinsk fellesskap.

Knut E.A. Lundin

knut.lundin@rikshospitalet.no
leder i Norsk indremedisinsk forening

Litteratur

1. Wiseth R. Spissfunksjoner og helhet. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 308.
2. Hjermann I, Byre KV, Holme I, Leren P. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. Report from the Oslo Study Group on randomised trial in healthy men. Lancet 1981; 2: 1303–10.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383–9.
4. Støylen A, Bjørnstad K. Stressekkokardiografi. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 342–5.
5. Andersen K. Klinisk bruk av nye ekkokardiologiske teknikker. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 346–9.