

Norsk kardiologi og norsk allmennmedisin

Som leger har vi en klar etisk forpliktelse til å økonomisere med ressursene på en slik måte at vi blir i stand til å hjelpe flest mulig. Derfor er det nødvendig at vi *først* tar i bruk de metodene som er mest kostnads-effektive eller som gir størst helsegevinst i forhold til investeringene.

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

Medisinen er forankret i biomedisinen og naturvitenskapelig forskning. Denne forankringen kan, hvis den overbetones, føre til at vi blir offer for det naturalistiske selvbedrag. Man kan ikke studere og komme med absolutt valide utsagn om menneske og medisin isolert fra kulturell og moralsk kontekst. Faren er at vi ikke bevisstgjør oss selv om hvilke moralske og politiske implikasjoner medisinsk-faglige avgjørelser innebærer. Et eksempel er de nye diagnostiske kriterier for hjerteinfarkt, som har medført en kraftig insidensøkning (1). En slik endring burde ha vært gjenstand for kritisk debatt hvor også ressurs hensyn ble ivaretatt.

Norsk allmennmedisin har vært opptatt av at kunnskap ervervet fra forskning ikke automatisk kan omsettes til behandlingsmessige imperativer. Mange allmennpraktikere har hevdet at friske mennesker med risikodiagnoser, f.eks. hypertensjon og hyperlipidemi, ikke må være en for stor del av populasjonen (2). Unødig medikamentell behandling med liten eller ingen forventet nytte er blitt et voksende samfunnsproblem (3). Edruelighet og kravet om ikke å skade er nedfelt i noen nasjonale retningslinjer, blant annet den om behandling av mild hypertensjon (4).

Det er dokumentert at kvaliteten på medikamentell forebyggende behandling ikke er tilfredsstillende hos personer med etablert hjerte- og karsykdom og hos dem med betydelig risiko for fremtidig sykdom (5, 6). Pasienter med gjennomgått infarkt og angina pectoris får ikke i tilstrekkelig omfang veldokumentert og kostnads-effektiv medikamentell behandling (5), og diabetikere med hypertensjon har ikke bedre kontroll med sine risikomarkører enn personer med lavere risiko (6). De fleste

slike pasienter behandles i allmennhelsetjenesten. Dersom vi skal makte å sikre og bedre kvaliteten av slik behandling, trenger vi hjelp av organspesialistene, som ofte er medisinske opinionsledere. Denne rollen innebærer et stort ansvar. Vi trenger en dialog over faggrensene om for eksempel nye diagnostiske kriterier. Dersom grensene settes slik at risikopopulasjonene blir altfor store, blir det vanskelig å sikre høyrisiko-gruppene god behandling.

Det allmennmedisinske fagmiljøet i Norge stilte seg i sin tid i spissen for en henvendelse til Verdens helseorganisasjon da denne organisasjonen, sammen med International Society of Hypertension, lanserte nye retningslinjer om blodtrykksbehandling i 1999 (www.uib.no/isf/letter/). Vi var skeptiske til tolkingen av HOT-studien i dette dokumentet, og påpekte at retningslinjene fra WHO måtte gi anvisninger om prioriteringer basert på fornuftig og kostnadseffektiv ressursbruk. Henvendelsen ble undertegnet av nesten 900 kolleger fra alle verdensdeler, og førte til at retningslinjene ble trukket tilbake og erstattet med et nytt policydokument (7). Der anvises behandlingsstrategier basert *både* på vitenskapelig dokumentasjon og på vurdering av kostnadseffektivitet og hvordan helsetjenesteressursene kan brukes for at flest mulig kan få nytte av dem.

Det er ulike oppfatninger i det medisinske fagmiljøet om dette er en oppgave for klinikerne. Det har vært hevdet at slike vurderinger bør overlates til politikerne. Personlig mener jeg at et slikt standpunkt er uheldig. Politikerne bør ha ansvar for å allokere de ressurser til helsetjenesten som de mener er samfunnsmessig forsvarlig. Som leger har vi en klar etisk forpliktelse til å økonomisere med disse ressursene på en slik måte at vi blir i stand til å hjelpe flest mulig. Dette er også nedfelt i Legeforeningens etiske regler og i helsepersonelloven. Jeg vedgår imidlertid at bestemmelser i Helsinkideklarasjonen kan tolkes som en blankofullmakt til å anvende den mest effektive behandling, uavhengig av kostnad.

Dersom leger har som mandat å bruke ressursene økonomisk, er det nødvendig at vi *først* tar i bruk de metoder som er mest kostnadseffektive eller som gir størst helsegevinst i forhold til investeringene. NSAM har tatt til orde for at behandling med tiazider og

acetylsalisylsyre er mest kostnadseffektivt og bør benyttes først ved ukomplisert hypertensjon (8). Dette standpunktet støttes av helseøkonomer internasjonalt (9). I fremtidige dialoger om behandlingsretningslinjer må vi finne frem til en felles etisk plattform og felles redskaper for å vurdere vitenskapelig dokumentasjon.

Tilliten til akademisk medisin er stor. Denne tilliten må vi ta vare på, for den er skjør. Det er lett å bli offer for forhåpningsfulle fantasier i fremskrittets og hjelpeveiens navn, spesielt når finansielle interesser opptrer som støttespillere. Akademisk medisin er flere ganger de siste årene blitt tatt med buksene nede. Slike saker er viktige påminnere for oss i akademisk medisin: Hold den kritiske akademiske vurderingsevne i hevd. Tro ikke at tillit og troverdighet er noe vi har og bare mister ved grove feiltrinn. Tilliten er noe vi hver dag må kjempe for å opprettholde.

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har i løpet av de tre siste årene mottatt forelesningshonorarer fra AstraZeneca og LMI-foreningen.

Litteratur

- Hagen TP, Reikvam A. Sterk økning i antall hjerteinfarkter etter innføring av nye diagnosekriterier. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3041–3.
- Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3037–41.
- Moynihan R, Heath I, Henry D, Gøtzsche PC. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 8886–91.
- Petersen H, Næss A-C, Dalsegg A, Lupton B, Olsen J, Thelle D et al. Behandling av mild hypertensjon. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 12. Oslo: Norges forskningsråd, 1997.
- 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.
- Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.
- 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003; 21: 1983–92.
- Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2643–7.
- Marshall T. Coronary heart disease prevention: insights from modelling incremental cost effectiveness. *BMJ* 2003; 327: 1264.