

Holdningen til hva som krever profesjonell hjelp og hva pasienter og pårørende kan gjøre selv, avgjør hvor mye helse vi får for hver krone

Å gjøre mindre for å få mer gjort

Jeg møtte nylig to dyktige, men svært forskjellige kvinnelige leger. Det var tankevekkende. Begge er opptatt av AIDS-behandling. Thailandske Petchsri Sirinirund har arbeidet med AIDS-pasienter i perifere strøk i 15 år og er nå ansatt i Thailands helsedepartement med ansvar for å implementere en landsomfattende strategi for behandling. Dena Bravata er spesialist i indremedisin i San Francisco med bistilling som forsker ved Stanford-universitetet. Både i Thailand og i San Francisco er HIV/AIDS en betydelig utfordring, selv om omfanget av problemet er forskjellig: Det er 650 000 HIV-positive i Thailand og 9 000 i San Francisco.

I USA har spesialistene ofte egen praksis og følger opp sine pasienter når de blir lagt inn i sykehus. Dena Bravata og indremedisinerne i gruppepraksisen hennes har behandlet HIV-infiserte og AIDS-syke i mange år. Nå har de bestemt seg for å slutte med det. De henviser heller pasientene til spesialiklinikker. «Jeg tar meg selv-sagt gjerne av andre indremedisinske problemstillinger pasientene måtte ha, som hjertesykdom eller diabetes,» sier hun, «men selve den antiretrovirale behandlingen og oppfølgingen av den er blitt så avansert. Hva som er riktig behandling endrer seg så fort at jeg rett og slett ikke synes det er faglig forsvarlig av meg å behandle dem når de kan få et mye bedre tilbud et annet sted.» Bravata har ikke tatt denne beslutningen fordi hun er defensiv eller ikke ønsker å ha med HIV-infiserte å gjøre, men fordi hun mener det er det medisinsk sett riktige – basert på den kunnskapen vi har i dag. Ved siden av å være dugelig kliniker har Bravata forsket og publisert mye om hvordan medisinsk kunnskap skal oppsummeres og brukes til beste for pasientene (1–3).

Petchsri Sirinirund er entusiastisk fordi antiretroviral behandling nå endelig ser ut til å bli tilgjengelig for flere av Thailands HIV-infiserte. Ved utgangen av 2002 fikk omtrent 2 500 slik behandling, et år senere var tallet 15 000. Målsettingen for 2004 er at 50 000 pasienter skal få antiretroviral behandling (4, 5). Hun tror de vil greie det. Årsaken er at man i Thailand produserer generiske AIDS-medikamenter, samtidig som det nå kommer internasjonale ressurser til behandling. Sirinirund er glad for at Thailands befolkning får tilgang til disse medikamentene, men understreker at dette bare er en del av behandlingen for de AIDS-syke. «Å begynne med antiretrovirale medikamenter er en alvorlig beslutning,» sier hun. «Vi må forsikre oss om at både pasienten selv og nettverket rundt er klar over hva dette innebærer, og at pårørende er villig til å støtte og hjelpe pasienten til å gjennomføre behandlingen. De må også være villig til å gi pleie og omsorg når han eller hun blir syk.» Målet er at den thailandske stat skal gi gratis tabletter til alle som trenger det, men selve behandlingen må familien og nærmiljøet stå for. Informasjon og opplæring er derfor like viktig som å distribuere tabletter.

Dena Bravata og Petchsri Sirinirund er på mange måter like – engasjerte, idealistiske, dyktige og kunnskapsrike leger som først og fremst er opptatt av å gi best mulig behandling til den enkelte.

Begge legger vekt på at helsevesenet må være fornuftig organisert og at leger og annet helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap til å gjøre det rette – ikke for å spare penger for staten (eller forsikrings-selskapene), men til pasientenes beste. Ingen av dem virker særlig opptatt av personlig vinning (økonomisk), men begge er faglig ærgjerrige. Den medisinske litteraturen – og forskningen – de legger til grunn for sine beslutninger, er stort sett den samme. Likevel konkluderer de helt forskjellig: Dena Bravata, spesialist i indremedisin og med årelang erfaring med AIDS-pasienter, slår fast at det er nødvendig med enda mer spesialisert behandling enn den hun kan tilby for å gi pasientene det de har krav på. Det betyr en enda dyrere og mer eksklusiv AIDS-behandling. Petchsri Sirinirund er opptatt av at standardisert medikamentell behandling bare er en del av en helhetlig behandling av en AIDS-pasient. Den store utfordringen er å sikre at pasientene er motivert for å ta piller og at pårørende er beredt til å gi nødvendig pleie og omsorg.

Diskusjoner om prioriteringer i helsevesenet dreier seg ofte om rasjonering av tjenestene. Det fremstilles som om det bare er ved å gi mindre behandling at kostnadene kan gå ned. Men det går også an å gjøre ting annerledes, f.eks. at leger og annet helsepersonell gjør mindre og at pasienten selv og andre omsorgspersoner gjør mer. I Thailand regner Petchsri Sirinirund med at 50 000 pasienter skal få adekvat AIDS-behandling inkludert antiretrovirale medikamenter i 2004. Budsjettet er på drøye 7 millioner dollar – ca. 50 millioner kroner – altså 1 000 kroner per pasient per år (4). Kostnadene er så lave fordi man i Thailand produserer egne, billige – men effektive (6) – medikamenter. Men også fordi behandlingen gis av mindre spesialisert – og derfor rimeligere – helsepersonell, og i stor grad også ytes gratis av pårørende. Det er mulig i Thailand, men ville neppe vært akseptabelt i San Francisco – eller i Norge – i dag.

Historiene illustrerer at riktig valg av medisinsk behandling og riktig prioritering i helsetjenesten ikke bare er et spørsmål om kunnskap, men like mye om kultur og kontekst. De viser også at vi har mange valg og muligheter hvis vi ønsker å gi pasienter mer og bedre behandling, pleie og omsorg.

Charlotte Haug
redaktør

Litteratur

1. Bravata DM, McDonald KM, Szeto H, Smith WM, Rydzak C, Owens DK. A conceptual framework for evaluating information technologies and decision support systems for bioterrorism preparedness and response. *Med Decis Making* 2004; 24: 192–206.
2. Bravata DM, Huot SJ, Abernathy HS, Skeff KM, Bravata DM. The development and implementation of a curriculum to improve clinicians' self-directed learning skills: a pilot project. *BMC Med Educ* 2003; 3: 7.
3. Bravata DM, Sanders L, Huang J, Krumholz HM, Olkin I, Gardner CD et al. Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 1837–50.
4. http://w3.whosea.org/hiv/aids/speech_petchsri.htm (5.5.2004).
5. <http://w3.whosea.org/hiv/aids/press3.htm> (5.5.2004).
6. Gulick RM, Ribaudo HJ, Shikuma CM, Lustgarten S, Squires KE, Meyer WA III et al. Triple-nucleoside regimens versus efavirenz-containing regimens for the initial treatment of HIV-1 infection. *N Engl J Med* 2004; 350: 1850–61.