

toleranse, dyslipidemi). Brukt slik er tiazider nyttige for å forebygge hjerneslag og hjertesvikt m.m. hos pasienter med alvorlig hypertensjon, komplisert hypertensjon, isolert systolisk hypertensjon og eldre med hypertensjon, med unntak av pasienter med redusert nyrefunksjon (der man må velge furosemid). Lavdose tiazid i *monoterapi* har imidlertid liten blodtrykkssenkende effekt og forsinket igangsettelse av effektiv behandling (1). Alt dette er velkjent.

Myndighetene har imidlertid innført tvungen bruk av tiazider ved førstegangs forskrivning av blodtrykkssenkende behandling. Dette oppfordrer også til feil bruk av tiazider. Oslo-undersøkelsen fulgte menn i alderen 40–49 år i fem år randomisert til tiazidbasert behandling mot placebo. Hos disse pasientene med mild hypertensjon var ikke uventet de fleste hendelsene koronare. Etter fem år (2) var det en klar tendens i disfavør av tiazid (20 hendelser versus 13 hos placebo, død 6 versus 2). Etter 10 år (3) var koronarmortaliteten blitt statistisk høysignifikant i disfavør av tiazid (14 versus 3, $p < 0,01$). Dette nevner ikke Landmark og Reikvam.

Dataene fra Oslo-undersøkelsen hadde ikke vært så bekymringsfulle hvis de var blitt motbevist i andre undersøkelser. Så er imidlertid ikke tilfelle. Den britiske gigantundersøkelsen MRC-1 viste liknende data for tiazider og koronarsykdom. For stumme hjerteinfarkt var det skremmende økning på tiazid versus placebo (4).

Basert på dette mener vi det er malpraksis å forskrive et tiazid i *monoterapi*, liten eller stor dose, til pasienter med mild og moderat hypertensjon, dvs. de typiske midladelrende hypertenikere med stor risiko for hjerteinfarkt. Slik behandling er faktisk dokumentert å øke risikoen, og det er vel ikke det vi ønsker?

Arne Svilaas
Rikshospitalet

Sverre E. Kjeldsen
Kjell Midtbø
Arne Westheim

Ullevål universitetssykehus

Jan Otto Syvertsen
Moss

Litteratur

1. Jounela AJ, Lilja M, Lumme J et al. Relation between low dose of hydrochlorothiazide, antihypertensive effect and adverse effects. *Blood Press* 1994; 3: 231–5.
2. Helgeland A. Treatment of mild hypertension: a five year controlled drug trial. *The Oslo Study*. *Am J Med* 1980; 69: 725–32.
3. Leren P, Helgeland A. Coronary heart disease and treatment of hypertension. Some Oslo Study data. *Am J Med* 1986; 80: 3–6.
4. Green KG. British MRC trial of treatment for mild hypertension – a more favorable interpretation. *Am J Hypertens* 1991; 4: 723–4.

Forbedring av legemiddeldokumentasjon

I Tidsskriftet nr. 17/2004 publiserte Ståle Ritland og medarbeidere en undersøkelse ved Sykehuset Buskerud om hvorvidt brukerne av «kurver» dokumenterer forskrivning av legemidler i samsvar med retningslinjene for kurveføring (1). Undersøkelsen ble utført som ledd i sykehusets kvalitetssikringsarbeid og viste betydelige mangler i kurveføringen.

Den gang undersøkelsen ble gjennomført (i 2001), hadde Psykiatrisk klinikk startet utvikling av et nytt medikamentark som skulle erstatte de tidligere skjemaene i «kardex». Undersøkelsen som artikkelen refererer til, bekreftet vårt inntrykk av et uhensiktsmessig dokumentasjonssystem og satte fart i innføringen av et nytt medikamentarksystem. De 18 døgnetenhetene i Psykiatrisk klinikk brukte forskjellige skjemaer for legemiddelhåndtering, blant annet som følge av integrering av flere fylkeskommunale institusjoner. Den enkelte enhet brukte rutinemessig opptil fire skjemaer for å dokumentere alle deler av legemiddelhåndteringen for den enkelte pasient. Samtidig kunne ikke «kurven» ved sykehusets somatiske avdelinger ivareta dokumentasjon av legemiddelhåndtering slik den ble utført i Psykiatrisk klinikk. Det nye medikamentarket skulle ivareta flere forhold, slik som et faglig forsvarlig og felles dokumentasjonssystem for legemiddelhåndtering i alle døgnetenheter i klinikken, være en samlet dokumentasjon av ordinasjon, istandgjøring, administrering og observasjon på ett ark samt være et rasjonelt dokumentasjonssystem med hensyn til tilgjengelighet for brukere, opplæring, økonomi og revidering.

I 2002 tok alle enhetene i Psykiatrisk klinikk i bruk det første felles medikamentarket med tilhørende bruksanvisning og opplæringsprogram. I 2003 ble en erfaringsbasert evaluering gjennomført. Den førte til en revidering, slik at det ble ett ordineringsark og ett observasjons- og administreringsark. Arkene skrives ut lokalt på enhetene fra sykehusets intranett.

I 2004 har vi gjennomført en ny evaluering. Samtlige medikamentark ($n = 162$) i bruk på inneliggende pasienter ved Psykiatrisk klinikk ble kopiert samme dag. Forekomst av avvik i dokumentasjon ble registrert. Registreringen viste at arkene er mer funksjonelle og fyller kravene til forsvarlig legemiddeldokumentasjon på en bedre måte enn de gamle arkene i «kardex». I 2004 er for eksempel alle registrerte avvik i legens dokumentasjon av faste ordinasjoner redusert (med gjennomsnittlig 23 %) sammenliknet med kurveundersøkelsen i 2001. Tilsvarende er medikamentark der sykepleier/medhjelper har gitt legemiddel uten ordinasjon eller direktiv, redusert fra 27 % til 11 %. Vårt arbeid viser således at det er mulig å få antall avvik redusert. Fort-

satte avvik tilsier at korrekt føring av medikamentark krever regelmessig opplæring og oppfølging.

Nina Helen Mjøsund
Marit Kummen

Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Buskerud

Litteratur

1. Ritland S, Kummen M, Gjerde I et al. Feil og mangelfull kurveføring – en potensiell kilde til feilmedisinering. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2259–60.

Innsatsstyrt finansiering i psykiatrien

I en interessant kronikk i Tidsskriftet nr. 18/2004 drøfter Anne Line Bretteville-Jensen & Oddvar Kaarbø pro et contra for innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) for psykiatrien (1). De påpeker at utviklingen de siste ti år viser lavere kostnadsvekst i psykiatrien enn i somatisk helsevesen til tross for mange viljeserklæringer om det motsatte og at innsatsstyrt finansiering vitterlig har medført høyere «somatisk» aktivitet. Konklusjonen er at selv om vanskelighetene med å definere brukbare kriterier er store, og selv om ingen andre land har lyktes med å implementere noe slikt, er det likevel tilrådelig å innføre innsatsstyrt finansiering også for psykiatrien. Dette vil bremse den notoriske forfordeling til somatikken som pågår og som de regionale helseforetakene i dag har ansvaret for.

Jeg har to spørsmål som jeg gjerne ser forfatterne drøfter nærmere. Det første gjelder prioritering. Forfatterne sier at i et ISF-system kan den som skal betale «aktivt bruke prismekanismen for å vri ressursene i en bestemt retning» (1). Slik har imidlertid helseministeren tydelig sagt fra om at det ikke skal være: Det er en gjenstridig misforståelse at en DRG-takst er en fullt ut kostnadsdekkende økonomisk størrelse. Innsatsstyrt finansiering er først og fremst et pengefordelingssystem for de regionale helseforetak, og «sykehusenes prioriteringer skal styres ut fra de regler og retningslinjer som pasientrettighetsloven og forskriftene sier, og ikke ut fra ISF-systemet», slik daværende helseminister Dagfinn Høybråten uttrykte det i Stortingets spørretime 26. mai i år. For å konkretisere, tenk følgende scenario: Myndighetene bestemmer at det skal satses på barnepsykiatri og setter de relevante DRG-takster til et raust nivå for at så skal skje. Teorien er at sykehusene tilpasser seg takstene av hensyn til sin budsjett- og kostnadskontroll. I et regionalt helseforetak som ligger klart på etterskudd på dette området, bør dette kunne virke flott. I et annet regionalt helseforetak der nettopp denne pasientgruppen er bra ivarettatt fra før, mens det skorter alvorlig på andre områder, for eksempel alderspsykiatri, kommer man derimot i en umulig

situasjon, fordi det som her trengs fortoner seg dyrt å drive med. Dette dilemmaet illustrerer at helseministeren nok har rett.

Det andre spørsmålet gjelder den pågående psykiatriplanen der myndighetene stiller ekstra midler til rådighet i perioden 1999–2008. Denne satsingen er ikke nevnt i kronikken, og derfor er aktualiteten begrenset. Hvordan ser forfatterne at en slik prioritering av psykiatri kan fungere i et ISF-system?

Jon Lekven
Bergen

Litteratur

1. Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe O. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379–81.

A. Bretteville-Jensen & O. Kaarbøe svarer

Jon Lekven kommer med interessante betraktninger til vår kronikk. Han ber oss utdype to spørsmål rundt økonomi og prioritering. Det skal vi kort gjøre. Vi skriver at i et system med innsatsstyrt finansiering (ISF) «kan betaler aktivt bruke prismekanismen for å vri ressursene i en bestemt retning» (1). Lekven påpeker at prioriteringer ikke skal styres ut fra økonomi, men ut fra de regler og retningslinjer som ligger i pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Det er vi enig i. Det er derfor viktig at finansieringssystemet innrettes slik at det understøtter, og ikke motarbeider, gode prioriteringer. Vi er klar over at dette er en krevende oppgave, men det er også den eneste korrekte måten å utforme finansieringssystemet på.

Økonomiske virkemidler er i liten grad eksplisitt tatt i bruk for å understøtte vedtatte prioriteringer i Norge. Dette gjelder både på tilbudssiden (finansiering av helseprodusenter) og etterspørselssiden (egenandeler). Ett unntak på tilbudssiden er dagkirurgi som ble inkludert i ISF-ordningen for å stimulere til økt overgang fra behandling på sengeavdelinger (2). Egenandeler innen sterilisering og kunstig befruktninger er ett unntak på etterspørselssiden.

Lekven påpeker at innsatsstyrt finansiering er «først og fremst et pengefordelings-system for de regionale helseforetak». Det er vi ikke enig i. Da innsatsstyrt finansiering ble innført, ønsket sentrale myndigheter å vri de fylkeskommunale prioriteringer mot sykehussektoren. I tillegg var det et uttalt ønske at fylkene skulle inngå aktivtetsbaserte kontrakter med sykehusene (3). En finansieringsmodell hvor de regionale helseforetakene finansieres med en per capita-basert ramme, samtidig som regionale helseforetak inngår aktivtetsbaserte kontrakter med helseforetakene, vil i stor grad kunne hindre det dilemma som Lekven illustrerer. En slik modell vil gi de regionale

helseforetakene større handlefrihet og mulighet til å ta hensyn til forskjeller mellom de enkelte helseforetak ved å tilpasse de aktivtetsbaserte kontraktene. I tillegg må det innføres mekanismer som kan sikre at de lokale tilpasningene ikke går på tvers av nasjonale prioriteringer. Kanskje det foreslåtte beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten kan være til hjelp her (4).

Den skisserte modellen vil også være konsistent med handlingsplaner som stiller ekstra midler til rådighet for spesifikke deler av spesialisthelsetjenesten, eksempelvis psykiatriplanen, ved at myndighetene, sammen med økte rammer, setter krav til de regionale helseforetakene om aktivtetsøkning.

Anne Line Bretteville-Jensen
Oddvar Kaarbøe

Litteratur

1. Bretteville-Jensen AL, Kaarbøe O. Innsatsstyrt finansiering også i psykiatrien? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2379–81.
2. Norges offentlige utredninger. Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. NOU 2003: 1. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2002.
3. St.meld. nr. 50 (1993–94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
4. St.prp. nr. 1 (2004–05). Statsbudsjettet 2005 for Helse- og omsorgsdepartementet.

Innovasjon og nyskaping bør oppmuntres

I Tidsskriftet nr. 19/2004 gir Charlotte Haug inntrykk av at legemiddelindustrien nå heller produserer «sykdom til piller som virker, enn piller som virker mot sykdom» (1).

Legemiddelindustrien er en aktiv pådriver for medisinsk utvikling og for å forbedre folkehelsen og ønsker å utvikle de beste medisinene mot eksisterende og nye sykdommer. For å lykkes er vi avhengig av vår evne til å finansiere ytterligere forskning og utvikling. Det tar vanligvis 10–12 år å omsette en idé til et legemiddel som tilfredsstiller kravene til kvalitet, effekt og sikkerhet, og kostnadene til dette kan utgjøre flere milliarder kroner. Mer enn 90 % av disse kostnadene er finansiert av industrien selv.

Haug nevner synet på depresjon i Japan som eksempel på hvordan industrien angivelig skaper et marked (1). Over store deler av verden, også i Japan, har man etter hvert fått et annet syn på depresjon og psykiske lidelser som sykdom og en helt annen åpenhet rundt disse lidelsene enn før. Industrien kan ikke ta æren for dette alene. Det finnes nå en rekke medisiner, inkludert de omtalte selektive serotoninreopptakshemmerne (SSRI), som kan hjelpe mennesker som ellers ikke ville fungert i arbeidslivet eller i hverdagen.

Det er både legitimt og nødvendig at legemiddelindustrien fokuserer på områder

hvor det er udekkede behov og en signifikant pasientpopulasjon. Gode salgstall på ett legemiddelområde tillater at vi også kan forske på legemidler som ikke kaster så mye av seg økonomisk. Forutsetningen for all legemiddelutvikling er økonomisk suksess knyttet til ett eller flere medikamenter. Det kan man like eller mislike. Dermed kan industrien også utvikle viktige medisiner til behandling av livstruende sykdommer. Det er under utvikling nesten 100 legemidler til bruk ved HIV/AIDS, rundt 400 mot kreft og nesten 200 mot ulike infeksjonssykdommer (2). De store forsknings- og utviklingskostnadene gjør det vanskelig å utvikle medisin for sjeldne sykdommer for pasienter i utviklingsland. Likevel gjør industrien anstrengelser for å møte slike sykdommer (3).

Haug mener det er beklagelig at mye av ressursene – både i industrien og i helsetjenesten – brukes til å øke markedet for eksisterende legemidler (1). Det er vi enig i. Dessverre kan myndighetene, ikke minst her i Norge, være svært restriktive i forhold til å ta i bruk nye legemidler, slik som nye midler mot type 2-diabetes, schizofreni, Alzheimers sykdom, multippel sklerose, Parkinsons sykdom og kronisk obstruktiv lungesykdom.

Innovasjon og nyskaping bør oppmuntres. Det håper vi også Tidsskriftet vil bidra til.

Pål Christian Roland

Legemiddelindustriforeningen

Litteratur

1. Haug C. Sykdomsproduksjon som forretningsidé. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2469.
2. The Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA) www.phrma.org (26.10.2004).
3. Grabowski H. Innovation and R&D incentives for orphan drugs and neglected diseases. <http://www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/documents/grabowski.ppt> (26.10.2004).