



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes til tidsskriftet@legeforeningen.no

Kliniske retningslinjer, kostnader og verdivalg

Atle Fretheim og medarbeidere fortjener honnør for sitt arbeid med å utarbeide retningslinjer for klinisk primærforebygging av hjerte- og karsykdommer presentert i Tidsskriftet (1–3). Noen av oss har deltatt i en liknende prosess gjennom NSAMs referansegruppe for hypertensjon, og vi har tidligere publisert fire artikler som begrunner og fremstiller hvilke retningslinjer allmennpraktikerne bør arbeide etter på dette området (4–7).

Vi har også hatt Fretheim og medarbeideres forslag til høring og uttalt oss om forslagene. Dessverre ble ingen av våre innvendinger tatt til følge.

Vi vil derfor gjenta våre innvendinger her, og også supplere med noen andre kritiske synspunkter for til slutt å foreslå noen felles skritt for å unngå uheldig konflikt. I vårt høringsnotat til Fretheims gruppe gjorde vi oppmerksom på at valgene av intervensjonsgrenser og behandlingsmål ikke er evidensbaserte, men representerer verdivalg i medisinen. Vi pekte på det problematiske i at behandlingsgrenser blir kamuflert som kunnskapsbaserte (styrke C), og at det ikke var vurdert hvilken ressursbruk valgene krevde.

Tilfeldig valgte intervensjonsgrenser i kliniske studier kan ikke anvendes som intervensjonsgrenser i en befolkning. Det er nødvendig å beregne risikopopulasjonens størrelse – gitt de definerte grenser – slik at det blir mulig å holde omfanget av primærprevensjon i den friske befolkning opp mot andre prioriterte områder i helsetjenesten. De lave behandlingsmål for blodtrykk og lipider er heller ikke dokumentert. De vil kreve polyfarmasi og/eller høye doser, og de krever betydelige ressurser både økonomisk og innsatsmessig med oppfølging og kontroller i klinisk praksis.

Fretheim og medarbeidere har på grunnlag av vurdering av dokumentasjon av effekter kommet til at tiazider og betablokkere er første valg i blodtrykksbehandling. Det er i

overensstemmelse med NSAMs retningslinjer (6), men står i grell kontrast til den forskrivingspraksis som råder i norsk medisin. NSAMs retningslinjer har i tillegg helt konsekvent gitt anbefalinger for å behandle risikostatus og ikke enkeltfaktorer. Ved at Fretheim og medarbeidere ensidig setter søkelyset på blodtrykk og lipider går de glipp av viktige intervensjoner f.eks. med antitrombotiske midler, først og fremst acetylsalisylsyre.

NSAM har også prøvd å anviser hvordan klinikerne skal gjøre prioriteringer både på grunnlag av dokumentasjon og kostnad. Det er et tankekors at Fretheim og medarbeideres retningslinjer anbefaler statiner, men ikke acetylsalisylsyre når vi vet at den primærforebyggende effekt er nær identisk. Medikamenterkostnaden med statinbehandling er imidlertid 20 ganger så høy per forebygde tilfelle.

Fretheim og medarbeidere innrømmer i sin artikkel at det er en svakhet at det ikke er tatt hensyn til kostnader i retningslinjene (1). Dette er dobbelt betenkelig ved at Helsedepartementet har forhåpninger om at arbeidet til Fretheims gruppe skal danne basis for en fremtidig satsing på å endre legers forskrivningsvaner (8). Det er under ingen omstendigheter tilfredsstillende med kliniske retningslinjer hvis disse ikke er i overensstemmelse med helsepersonelloven og de etiske reglers bestemmelser både om forsvarlighet og om sparsommelighet.

Vi vil foreslå en felles strategi for å komme frem til ensartede retningslinjer for klinisk primærforebygging av hjerte- og karsykdom: – Nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet bør få i oppdrag å utarbeide retningslinjer og blant annet basere seg på det arbeid som Fretheim og medarbeidere og NSAMs referansegruppe har gjort. Mandatet bør inneholde anbefalinger om hva som skal ha prioritet blant annet i blåreseptordningen, hva som skal ha moderat prioritet med graderte egenandeler og hva som ikke bør prioriteres.

! Hovedbudskap

- Valg av intervensjonsgrenser og behandlingsmål er ikke evidensbaserte, men representerer verdivalg i medisinen.
- Det er nødvendig å beregne risikopopulasjonens størrelse, gitt de definerte grenser, slik at det blir mulig å holde omfanget av primærprevensjon i den friske befolkning opp mot andre prioriterte områder i helsetjenesten.
- NSAMs retningslinjer for medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer bør foretrekkes fordi disse gir helhetlige anvisninger for å angripe risikostatus både på basis av vitenskapelig dokumentasjon og ut fra hensyn til kostnadseffektivitet.
- NSAM vil ta initiativ til og delta i en prosess med sikte på å oppnå større enighet om og en bedre dokumentasjon av kostnadseffektiv bruk av ressurser innen feltet forebyggende kardiologi.

- Helseøkonomisk evaluering fra Senter for medisinsk metodevurdering og Legemiddeløkonomisk avdeling i Statens legemiddelverk bør innhentes.
- I arbeidet knyttes viktige interessenter i klinisk medisin og samfunnsmedisin sammen, og politiske beslutningstakere får en plass i prosessen.
- Kunnskaper om bivirkninger av risikodiagnose må vurderes og tas med som en viktig del av beslutningsgrunnlaget.
- Retningslinjene blir gjenstand for offentlig drøfting.

Inntil slike retningslinjer er utarbeidet, vil vi foreslå at allmennpraktikere bruker retningslinjene fra NSAMs referansegruppe. Her finnes oppdatert kunnskap både om medikamentell og livsstilsmessig intervensjon (6, 7). Nyere dokumentasjon styrker også de anbefalinger som er gitt (9).

Forfatterne er leder, nestleder og tidligere leder i NSAMs referansegruppe for hypertensjon og skriver på vegne av denne.

Eivind Meland

eivind.meland@isf.uib.no

Ole Frithjof Norheim

Seksjon for allmennmedisin

Universitetet i Bergen

5009 Bergen

Irene Hatlevik

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Medisinsk teknisk forskningssenter

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Retningslinjer for medikamentell primærforebygging av hjerte- og karsykdom – hvem bør behandles? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2277–81.
2. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke blodtrykksenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2283–6.
3. Fretheim A, Bjørndal A, Oxman AD, Dyrdal A, Golding M, Ose L et al. Hvilke kolesterolsenkende legemidler bør brukes for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2287–8.
4. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794–9.
5. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
6. 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.
7. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Forebyggende livsstilsråd mot hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2656–60.
8. Brev til Eivind Meland og Peter Wapler fra avdelingsdirektør Kai Finsnes av 15.2. 2002. Oslo: Helsedepartementet, 2002.
9. The ALLHAT officers and coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. JAMA 2002; 288: 2981–97.