

Det er ingen klar motsetning mellom behovet for spissfunksjoner og helhetlig behandling. Tidsskriftet starter ny artikkelserie om hjertesykdommer

Spissfunksjoner og helhet

I de senere år har det vært store fremskritt innen diagnostikk og behandling av hjertesykdommer, og klinisk praksis er i stor grad endret. I løpet av få år er behandlingsopplegg for tilstander som ustabil koronarsyndrom og hjertesvikt, som forårsaker mange sykehusinnleggelser og legger beslag på store ressurser, vesentlig endret. Akutt hjerteinfarkt med ST-elevasjon behandles i økende grad med primær perkutan koronar intervensjon (PCI) eller angioplastikk, som det også betegnes. Ved ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt uten ST-elevasjon er tiltakene aggressiv antitrombotisk behandling, tidlig invasiv utredning og revaskulariseringsbehandling. Dette har ført til økt press på sentre som kan gi invasiv behandling, og vi har fått en nødvendig debatt om desentralisering av invasiv kardiologi.

Tidsskriftet starter nå en artikkelserie om hjertesykdommer (1–3). På anmodning fra redaksjonen har Norsk Cardiologisk Selskap foreslått tema og forfattere til i alt 16 oversiktsartikler, som nå publiseres i dette og i flere påfølgende numre av Tidsskriftet. Temaene omfatter både diagnostikk, behandling og forebygging av hjertesykdommer. Temaserien gir en svært god mulighet for faglig oppdatering for alle som møter hertepasienter i sitt arbeid, både i spesialist- og i primærhelsetjenesten.

De tre første artiklene i temaserien omhandler ikke-invasiv kardiologisk diagnostikk (1–3). Willem Einthoven beskrev i 1903 elektrokardiogrammet (4), som etter 100 år fortsatt har en sentral plass ved diagnostikk av hjertesykdommer. Gunnar Erikssen og medarbeidere omtaler arbeids-EKG (1), en metode som trass i sine begrensninger fortsatt er den vanligst benyttede test for påvisning av koronar iskemi. Asbjørn Støylen & Knut Bjørnstad tar for seg stressekkokardiografi (2) og Kai Andersen klinisk bruk av nyere ekkokardiografiske teknikker (3).

Kardiologisk ultralyddiagnostikk utføres i dag på høyt faglig nivå ved en rekke norske sykehus. Utviklingen viser hvordan samarbeid mellom teknikere og klinikere har resultert i viktige fremskritt til beste for pasientene.

Dersom vi skal kunne tilby medisinsk behandling av vanlige hjertesykdommer på nivå med andre vestlige land, må spissfunksjoner utvikles og enkelte behandlingstilbud sentraliseres. Også innen deler av kardiologien er det vist sammenheng mellom volum og kvalitet (5).

Faglige hensyn og kvalitetshensyn tilsier sentralisering og en viss subspecialisering innen enkelte områder av hertemedisinen. Skepsis mot økende spesialisering er ofte basert på en bekymring om at det skal gå på bekostning av en helhetlig vurdering.

Problemstillingen er relevant, ikke minst fordi mange hertepasienter er svært gamle og ofte har et sammensatt sykdomsbilde. De aller fleste norske hertespecialister har imidlertid en bred, generell kardiologisk kompetanse, noe som gjør dem godt kvalifisert til å diagnostisere og behandle de aller fleste typer hertepasienter. De kjenner indikasjoner for mer spesialiserte utredninger og behandlingstiltak. Det er derfor unødvendig å lage et motsetningsforhold mellom behovet for spisskompetanse og hensynet til helheten.

Vi har i Norge oversiktlige forhold med godt utviklede samarbeidsrutiner mellom små og store sykehus. Dette har gjort det mulig å etablere et stadig bedre tilbud både i generell kardiologi og i den høyspesialiserte del av faget. Likevel – når perkutan koronar intervensjon er på vei inn som primærbehandling for akutt hjerteinfarkt, får det konsekvenser for organiseringen av behandlingstilbudet og for sykehus som berøres. Dette er en utfordring også for de kardiologiske fagmiljøene.

Faglig og helhetlig god vurdering av hertepasienter kan innebære å si nei til større inngrep i situasjoner der alder og andre forhold tilsier at forventet gevinst ikke står i rimelig forhold til risiko og ressursbruk. Alder alene er ingen kontraindikasjon mot invasiv herteutredning, angioplastikk eller hertekirurgi, men en individuell vurdering må legges til grunn.

I de eldste aldersgrupper må palliativ effekt vektlegges mer enn den livsforlengende effekten. Også hos eldre oppnås ofte best palliasjon ved et behandlingstiltak som kan oppfattes som avansert, f.eks. angioplastikk ved uttalt angina pectoris og pacemakerimplantasjon ved gjentatte synkoper grunnet totalblokk. I slike tilfeller kan det ut fra en medisinsk, ressursmessig og menneskelig vurdering være riktig å tilby slike inngrep trass i meget høy alder. Ingen ressursdebatt må ende med aldersgrense for palliativ behandling.

Økt bruk av moderne diagnostikk og behandling av hjertesykdom har også en økonomisk side. Nye og bedre medisiner koster mer enn de gamle. Medikamentavgivende stenter reduserer risikoen for restenose, men er det kostnadseffektivt så lenge de er så mye dyrere? Dette er relevante spørsmål vi som fagfolk må akseptere blir stilt. Vår oppgave er å bidra med fakta slik at medisinske og helsepolitiske beslutninger kan fattes på et så solid grunnlag som mulig. Det er samtidig vår oppgave å bidra til kostnadseffektiv virksomhet. En viktig forutsetning for dette er solid kunnskap hos fagets utøvere. Kunnskap er en viktig og ofte underkjent ressurs som bidrar til at adekvate diagnostiske og terapeutiske tiltak iverksettes tidlig. Da oppnås også de beste resultater vurdert både fra en medisinsk og helseøkonomisk synsvinkel.

Rune Wiseth

rune.wiseth@medisin.ntnu.no

Rune Wiseth (f. 1954) er spesialist i indremedisin og hjertesykdommer, dr.med. og overlege ved Hertemedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital. Han var leder i Norsk Cardiologisk Selskap i 2000–03.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt reisestøtte og forelesningshonorar fra flere legemiddelfirmaer og fra firmaer som produserer medisinsk utstyr.

Litteratur

1. Erikssen G, Bodegard J, Erikssen J. Arbeids-EKG. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 339–41.
2. Støylen A, Bjørnstad K. Stressekkokardiografi. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 342–5.
3. Andersen K. Klinisk bruk av nye ekkokardiografiske teknikker. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 346–9.
4. Einthoven W. Die galvanometrische Registrierung des menschlichen Elektrokardiogramms, zugleich eine Beurtheilung der Anwendung des Capillar-Elektrometers in der Physiologie. Pflüger's Arch f.d. ges Physiol 1903; 99: 472–80.
5. Pasientvolum og behandlingskvalitet. SMM-rapport nr. 2/2001. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2001.