

Signe Skred

– prioritert opp eller ned?

«Det sentrale tema på årets Nidaroskongress var prioritering i helsevesenet. Irene Hetlevik holdt dette plenumsforedraget, der hun med utgangspunkt i kasuistikken drøfter sentrale dilemmaer vi møter i vår kliniske hverdag. Skal vi aktivt lete etter «all» risiko hos pasientene, og skal «all» risiko behandles? Og kan vårt fokus på «risiko» komme i veien for det pasienten oppfatter som sin virkelige lidelse? Utposten takker for å ha fått lov til å trykke foredraget og vil i nr. 1/2006 følge opp disse problemstillingene i et intervju med forfatteren.

Det er en ære å bli spurt om å holde et plenumsforedrag på Nidaroskongressen – årets fremste allmennmedisinske møteplass. Stikkordene jeg fikk var «risikoepidemi» og «prioriteringer i helsetjenesten.»

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i sykehistorien til Signe Skred, nå 72 år gammel (fig. 1). Dere kjenner alle, både leger og medarbeidere, en som ligner henne med hensyn til de medisinske diagnosene, men ikke henne som person.

Før møtet med Signe Skred – dvs. hennes journal – vil jeg komme med noen påstander:

1. Det er «for mye medisin» i samfunnet – vårt samfunn og andre samfunn som vårt. Jeg mener ikke bare medikamenter, men også det.
2. Det er for lite «riktig» medisin i helsetjenesten.
3. Vi gjør likevel så godt vi kan – både leger og medarbeidere; vi prøver «å jenke det hele til».
4. Hovedårsaken ligger i den medisinske forskningen.

Signe Skred

Når du skriver inn hennes fødselsdato i ditt journalsystem får du opp et hovedbilde med informasjon som skal være den viktigste du som lege eller medarbeider trenger når hun kontakter deg. Det omfatter notatet fra forrige konsultasjon, informasjon om hennes tidligere og kroniske sykdommer, cave, faste medikamenter og familie og sosialt.

Signe Skreds fastlege vektlegger at alle feltene skal være à jourført til enhver tid, som når han selv treffer Signe Skred og når det kommer informasjon om henne fra sykehus, spesialister, legevaktt og omsorgstjeneste.

FIG 1. Signe Skred, 72 år



Irene Hetlevik

Cand.med. 1978, Universitetet i Bergen. Allmennlege ved Ranheim Legesenter, Trondheim fra 1981, nå fastlege for 600 pasienter. Førsteamanuensis, dr.med. ved ISM, NTNU fra 1997. Har arbeidet med å utdype kunnskapen om risikotilstandene og funderer over berettigelsen av forskningens og helsetjenestens store fokusering på risikofaktorer hos de friske.

Siste journalnotat

SUBJEKTIVT: Tilkalt av omsorgstjenesten fordi pasienten er slapp. Vil helst slippe å stå opp. Klager over smerter i kroppen og er svimmel. Hadde falt i går, men kom seg opp igjen ved egen hjelp. Sykepleier lurte på om hun bør henvises til fallpoliklinikken.

OBJEKTIVT: Normal organstatus ved BT, pulm, cor og orienterende nevrologisk undersøkelse.

ANALYSE: Kronisk smerte og svimmelhet. Ingen nye funn.

PLAN: Kontroll på legekontoret om en måned.

Tidligere sykdommer

Hypertensjon 58 år gammel, diabetes type 2 fra hun var 62. Falt 65 år gammel, dro på legevakta, påvist radiusfraktur og kalkfattig skjelett, fikk råd om å måle beintetthet som var litt for lav. Innkalt 67 år gammel til mammografiscreening, påvist en liten tumor, fjernet et bryst og lymfeknuter i armhulen.

Cave

Det er registrert uvelhet, kvalme eller utslett ved Trimetoprim, Naprosyn, Apocillin, Zantac og Seroxat.

Faste medikamenter

Hun tar nå ni reseptbelagte medikamenter daglig: To for å senke blodtrykk, to for å senke blodsukker, ett for å senke kolesterol, ett for å tynne blodet, ett for å forebygge beinbrudd, ett for depresjon og ett for å kunne sovne om kvelden. I tillegg bruker hun jevnlig smertestillende uten resept.



Familie og sosialt

Signe Skred har vært hjemmeværende, hun ble enke 56 år gammel og hennes eneste sønn bor i Oslo.

Hennes hjelpetilbud

Signe Skred har høy prioritet i dagens helsetjeneste. Når hun selv ringer til fastlegen møter hun en hjelpsom legesekretær som lytter til hennes problemer og enten med det samme eller i løpet av kort tid avklarer med fastlegen om hun bør komme på time, i dag eller litt seinere, eller om det er behov for hjemmebesøk.

Signe Skred har som nevnt en pliktoppfyllende fastlege som på en grundig måte å jourfører informasjon. Han sjekker dessuten regelmessig Norsk Elektronisk Legehåndbok om hvordan hennes diagnoser best bør behandles ut fra evidence-based kunnskap, EBM. Han gjør faktisk sitt beste for å holde oversikt i et system der det er mange kokker – og et «potensiale for mye søl.» Han ser for eksempel at når Signe Skred har vært på sykehus eller har hatt besøk av legevakt, så må det ofte gjøres justeringer på oversikten over faste medikamenter.

Signe Skred har også selv problemer med at medikamentene ofte skifter både navn og utseende. Hun tilstår derfor at hun kan ha blitt litt glemsk, i hvert fall klarer hun ikke å holde styr på alle disse vanskelige medikamentnavnene og hvordan de skal brukes.

Hennes sønn er også bekymret for at moren ikke klarer å holde godt nok styr på medikamentene og at hun ikke blir fulgt godt nok opp av helsetjenesten. Han har derfor tatt initiativet til at hun fikk en vurdering ved geriatrisk poliklinikk som bekreftet at hun i følge tester har en lett demens. Omsorgstjenesten er derfor involvert, de skal legge opp medikamentene i en dosett og passe på at hun tar dem slik forskrevet. I tillegg får hun hjelp til å dusje en gang per uke og hjemmehjelp annenhver uke. Sønnen har også ordnet det slik at hun får brakt middag annenhver dag, han mente at hun sluntret unna med å lage seg skikkelig mat. Han har kjøpt en mikrobølgeovn til henne for å varme opp maten i.

Signe Skred, hennes sønn og omsorgstjenesten ringer ofte til fastlegen, i perioder så ofte at fastlegen kan kjenne seg ganske fortvilet. Både lege og medhjelpere synes jo at de stiller opp svært mye for Signe Skred. Det er så mange andre pasienter som også har behov for hjelp, i alt 1800 på legens liste og 7000 som tilhører legesenteret.

Kunnskapsgrunnlaget

Signe Skred har høy prioritet i helsetjenesten. La oss betrakte tilbudet hun får i lys av den kunnskapen det er basert på. Vi star-

ter med det som handler om hjerte- og karsykdommer. Signe Skred opplever ikke å ha slik sykdom, men i følge målinger som fastlegen har utført er det funnet at hun har risikofaktorer for å kunne få det. Hun fikk diagnosen hypertensjon 58 år gammel. Råd om livsstilsendring virket ikke, hun var ikke motivert nok står det i journalen. Hun fikk da sitt første blodtrykksmedikament. Blodtrykket hadde svinget opp og ned i mange år før diagnosen ble et faktum etter at hun hadde blitt henvist til en spesialist fordi fastlegen hadde vært i tvil om hvilken grense han skulle anvende, det kom så mange ulike anbefalinger.

Fastlegens problem med å velge blodtrykksgrense er ganske forståelig. Definisjonen av hva som er normalt har de siste 20 år blitt flyttet stadig lenger «innover i normalbefolkningen». 140/90 mm Hg har likevel lenge vært den rådende anbefaling i spesialistretningslinjer. Når den grensen appliseres på befolkningen i Nord-Trøndelag, en ganske gjennomsnittlig norsk befolkning, så blir bare en av fem på Signe Skreds alder frikjent fra å ha hypertensjon (fig. 2). Sjansen for å slippe unna risikodiagnosen er likevel enda mindre, siden fastlegen også er anbefalt å måle kolesterol. Og da strammes det ytterligere til, slik at nesten ingen som henne kan forvente å bli frikjent, og heller ikke 90 prosent av 50 åringer eller halvparten av 25 åringer, hvis fastlegen velger å forankre sin praksis i internasjonale ekspertretningslinjer (fig. 2). Det blir uansett fastlegen som tillegges oppgaven med å fortelle denne store gruppen av sine pasienter at de ikke er normale nok ut fra de medisinske definisjonene.

Muligens hjerte- og karsykdom i fremtiden

Signe Skred oppfyller de fleste kriterier for å kunne utvikle hjerte- og karsykdom, selv om hun ikke har kjent noe til det foreløpig; 72 år gammel. Hun fikk påvist forhøyet blodsukker da hun var 62 år gammel. Det ble målt årlig av fastlegen fordi hun hadde hypertensjon. Hun hadde blitt enke noen år tidligere og da mistet hun mye av støtten og meningen i sitt liv. Hun beveget seg mindre og gikk mye opp i vekt. Og dermed ble enda en risikofaktor forhøyet.

Da fikk hun enda et medikament for å senke blodtrykket så lavt ned som diabeteseksperter anbefaler. Hun ble også anbefalt å ta to medikamenter for å holde blodsukkeret under anbefalte grenser og siden hun nå var diabetiker, fant fastlegen det tryggest å også anbefale et medikament som senket kolesterolet og ett som tynnet blodet. Dette gjorde inntrykk på henne. Hun erfarte også at det var vanskelig å få målingene så gode som de burde være, hun var derfor ekstra forsiktig med matinntaket i ukene før hun skulle på sin diabeteskontroll.

Definisjoner og definisjonsmakt

Definisjonsmakt er en betydningsfull makt og ingen makt er bedre legitimert og mer effektiv enn den som fremstår

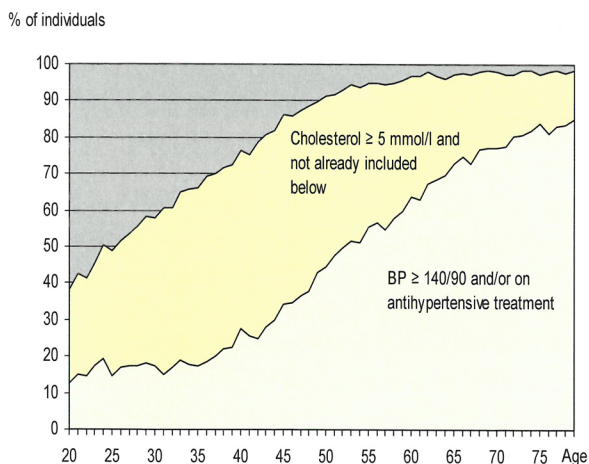


FIG 2. Risikodefinsjonenes implikasjoner slik beskrevet i Getz L. et al. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22:202-8

som godhet. Som når medisinen gir seg selv et mandat til å være hjelpere for storparten av befolkningen ved å selv definere tre fjerdedeler av friske voksne i Norge som pasienter i kraft av kun *to* risikofaktorer for *en* risikotilstand (fig. 2). Dette i et land der befolkningen er blant de som lever lengst med best helse.

Det praktiske problemet med å følge opp alle disse friske for at de ikke skal bli syke av hjerte- og karsykdom er ikke det største, selv om det er ganske umulig. Men det jenger allmennlegene til på et vis, uten at det behøver å være en god løsning.

Verre er de manglende etiske refleksjoner innenfor denne formen for kunnskapsproduksjon, som når man kikker nøye på den framstår som en teoretisk kortslutning der definisjonene gjør det uvanlig å være normal og vanlig å være unormal, en unormalitet helsetjenesten gir seg selv en jobb med å rette opp (fig 3).

Norsk Selskap for allmennmedisins (NSAM) hypertensjonsgruppe har i flere ti-år protestert på denne utviklingen, ved å lage alternative anbefalinger og ved å fortelle helsepolitiske beslutningstakere om problemene med den eksisterende tilnærmingen. Det er likevel nærmest umulig å slå sprekker i dette fundamentet; berettigelsen av å gjøre alle friske til risikanter basert på epidemiologisk forskning på risikofaktorer. En tilnærming som gjør alle friske til risikanter hvis grensene settes lavt nok for alle de faktorer forskningen ser behovet for å måle.

Og grensene settes lavt ut fra argumentet om at risiko øker fra de helt lave verdier og da vil ikke medisinen å la noen stå utenfor. Kollega Eivind Meland kaller det å bli innlemmet i helsetjenestens territorialkrav og David Sackett, en av fedrene til EBM, uttaler det slik: «It is difficult to challenge the benevolent mission of a preventive programme».

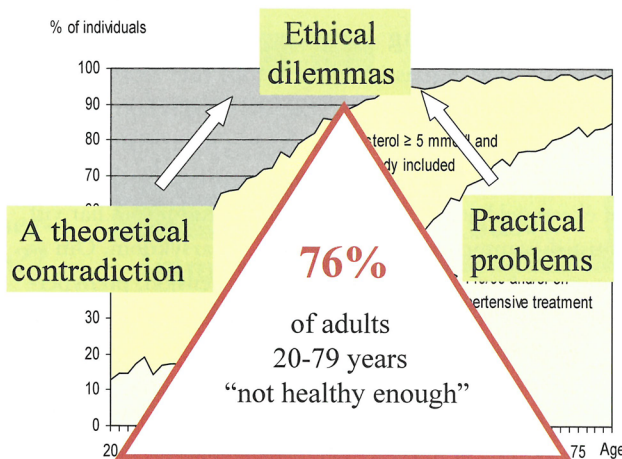


FIG 3. Risikodefinsjoner, etiske dilemma, praktiske problemer og teoretiske kortslutninger

I tillegg til at fastlegene blir anbefalt å passe på at denne store pasientgruppen med litt forhøyede risikofaktorer ikke får litt mer forhøyede verdier, så blir allmennlegene fortalt at de selvfølgelig skal prioritere personer med høy risiko.

Høy risiko

Internasjonale eksperters definisjoner av «høy risiko» er imidlertid heller ikke noe å stole på. De sier for eksempel at åtte av ti førtiårige menn i Nord-Trøndelag er i høy risiko for hjerte- og karsykdom og at ingen av disse unge kjekke nord-trønderan' har lav risiko. Da må vi nesten bare håpe på at disse mannfolkan' ikke går til lege og lar seg innlemme i territorialkravene. Og hvorfor skal da kvinnfolkan' gjøre det, de som i utgangspunktet har lavere risiko for hjerte- og karsykdom?

Og kommer de likevel – unge og eldre menn og kvinner – så må antagelig allmennlegene igjen prøve å jenge det til, i hvert fall de som stusser på at denne alvorlige merkelappen skal tildeles nesten alle menn fra de er 40 år.

Jeg synes at det er en form for fallitt for akademisk tenkning at man velger å hevde at det er den norske befolkningen som er feil og at definisjonene gjelder. Det er også et problem for helsetjenesten og befolkningen hvis man som fastlege må ha lang erfaring for å navigere så pass trygt i dette farvannet at man våger å velge bort ekspertanbefalinger. Da blir det ikke lett å være nyutdannet lege siden utdannelsen preges av eksperttilnærmingen.

Forskerne får dessuten lov til å slippe sine små og store resultatbomber i det offentlige rommet uten å måtte bekymre seg over hvor de faller ned eller hvilke konsekvenser det får. Forskningsinstitusjonene oppfordrer også til dette. Jeg mener at det må være lov å spørre om dette er en ansvarlig måte å gjøre det på?

Fragmentforskning

Det argumenteres massivt for behov for mer forskning og derfor behov for mer penger. Men det forskes faktisk mye, for eksempel med å sofistikere hver enkelt risikotilstand, dvs. med å finne flere detaljer. Kolesterol og blodtrykk er for eksempel bare to av mer enn 300 markører som har vist statistisk sammenheng med hjerte- og karsykdom. Om vi summerer bare noen få; slik som hypertensjon, prehypertensjon, forhøyet kolesterol og BMI og legger til røyking, arv og etablert hjerte- og karsykdom, så er det bare et par prosent av den voksne befolkning som unnslipper.

Det er faktisk et absolutt uendelig potensiale for å måle markører hos friske mennesker og beregne statistiske assosiasjoner mellom disse og framtiden og å etterspørre forskningsmidler til slike prosjekter. Men tilgangen på slike forskningsmidler kan likevel ikke være liten siden det er multiple internasjonale kongresser årlig der resultater fra tusenvis av forskningsprosjekter presenteres, bare innenfor hjerte- og karfeltet.

Og tar vi denne fragmentforskningen på alvor blir det bare denne forsvinnende lille andelen av våre pasienter som kan gå ut fra sin fastlege med følgende informasjon: «Det er verken påvist hjerte- og karsykdom eller risikofaktorer for slik sykdom hos deg, gå videre i livet ditt som du pleier, du trenger ingen oppfølging i helsetjenesten for ditt hjerte og dine blodårer.»

Primærhelsetjenesten trenger derimot mer forskningsmidler for å kunne bidra til annen kunnskap enn den fragmenterte. Det arbeides med saken, men enn så lenge har vi ikke pengene på bordet.

100 000 kroners spørsmålet

Men da kommer det uunngåelige spørsmålet: Er det ikke viktig og nødvendig at vi finner alle med risikofaktorer for å kunne forebygge? Jeg vil svare nei, men spørsmålet er plausibelt fordi vår generasjon av helsearbeidere er opplært

i at forebygging er bedre enn behandling (fig. 4). Og ikke bare helsearbeidere, Trondheims ordfører argumenterte også slik i sin velkomsttale under åpningsseksjonen, men hun snakket om sykkelstier og sunn skolemat.

Den individuelle forebyggingen på legekontoret handler derimot om å dele ut risikomerkelapper og å applisere teknologi. Det kunne framstå som fornuftig før friske mennesker, ved hjelp av den medisinske forskningen, ble oppdelt i et økende antall fragmenter der hvert fragment har fått sitt ekspertvelde som både lager stadig snevrere definisjoner av normalitet og som også lager anbefalinger om hvordan denne form for unormalitet skal behandles. Som hos Signe Skred.

Jeg skal utdype hvorfor jeg vil svare nei. Vi er alle risikanter slik som Signe Skred, dvs. vi vil kunne komme til å lide av både det ene og det andre som tidlige tester kan varsle om en statistisk risiko for. Slik som hjerte- og karsykdom, kreft, benskjørhet, depresjon og endret søvnmonster. Sjansen er større jo eldre vi blir, naturlig nok siden vi da er nærmere både sykdom og død. Medisinsk forskning har bygget et stort imperium med hensyn til å forske på hvordan noe som kan måles i dag, som overvekt, forhøyet blodtrykk, høyt blodsukker, redusert beintetthet eller uheldige gener, kan bidra til spådommer om hvilke sykdommer man vil kunne få i framtiden. At alder oftest ikke inngår som et kriterium når definisjonene lages, tillegger jeg den teoretiske kortslutningen. Kan medisinen forvente at en person skal ha en uendret kropp til døden? Hvis vi som allmennleger forventer det og bidrar til å presse våre pasienter inn i en slik tvangstrøye, har vi da lov til å betrakte oss om «hjelpere»?

Uansett, siden det å påvise risiko, og dermed medvirke til at pasienten skifter kategori fra frisk til syk, bør fortone seg som ganske meningsløst for en helsearbeider hvis han ikke også bidrar til at risiko reduseres, skal vi se på hva Signe Skred har en mulighet for å oppnå med de regimene hun tilbys.

Hypertensjon

Hun fikk hypertensjonsdiagnosen som middelaldrende person. Hun kunne da være heldig å være en av de tre i en tenkt gruppe på 200 som unngikk slag eller koronarsykdom ved å bruke antihypertensiva i fem år. Sjansen for det motsatte, medikamentbruk uten nytte i fem år og kanskje bivirkninger, var 70 ganger større.

Diabetes type 2

Da hun fikk diagnosen diabetes type 2 for ti år siden var det faktisk lite forskning som støttet at man skulle gjøre noe som helst med den tilstanden, selv om den hadde vært et anliggende for helsetjenesten i flere ti-år allerede. Det er fak-

FIG 4.
«100 000 kroners
spørsmålet»

Er det ikke
viktig og nød-
vendig at vi
finner alle med
risikofaktorer
for å kunne
forebygge?

Nei



FIG 5. «Når du likevel har pasienten på kontoret...»

tisk forbausende lite forskning som støtter opp under beretigelsen av å lage så strenge definisjoner som pasienter med type 2 diabetes opplever, både med hensyn til når man skal få risikomerkelappen og ikke minst hvilke måleverdier man da skal strebe mot. Måleverdier som vanligvis ikke kan nåes på annen måte enn ved mange medikamenter. Overvekt og diabetes type 2 som aktuell pandemi i den vestlige verden tillegges likevel stor bekymring og da med makro-vaskulære komplikasjoner, koronar hjertesykdom, som den største bekymringen. Dette til tross for at det faktisk gjennom flere tiår har vært en betydelig nedgang i dødelighet av slik sykdom i den vestlige verden til tross for økningen av diabetes type 2. Enn så lenge snakker man om at dette kan bero på en forsinkelse og at snart kommer resultatene av overvekts- og diabetes type 2 bølgen. Tja, sier jeg, og tilføyer at diabetes type 2 er den diagnosen jeg selv helst ikke vil ha, ikke fordi at den nødvendigvis er så farlig, men den er så medikaliserende.

Osteoporose

Tilbake til Signe Skred. Hun fikk sin osteoporosediagnose fordi hun fikk et brudd etter fall. Hun ble anbefalt av spesialisten å ta bentettsmåling for sikkerhets skyld, og da blir det selvfølgelig også lettest for allmennlegen å, for sikker-

hets skyld, anbefale et forebyggende medikament når bentettheten er litt lav. Hun kan jo være den ene av 100 kvinner som i løpet av tre år med medikamentet unngår en hoftefraktur. Sjansen for det motsatte er likevel nesten 100 ganger større.

Brystkreft

Signe Skred fikk fjernet et bryst som resultat av mammografiscreening. De lærde på dette feltet strides om mammografiscreening faktisk øker overlevelse for noen av kvinnene som deltar. I beste fall kan fire av 10 000 kvinner som screenes leve lenger etter syv år i kraft av screeningen. Men da vil også mer enn 130 kvinner ha blitt behandlet for brystkreft uten at de etter syv år har bedre prognose, men mange har mistet et bryst. Og mer enn 1300 kvinner har fått vite at det var noe unormalt på mammografien uten at de siden ble funnet å ha kreft, men de ble anbefalt nye tester opp til flere ganger.

Fastlegen som fragmentbehandler

Fastlegen har en rolle i alt dette. Det er egentlig ganske mye som kan bli tillagt fastlegen og hans medarbeidere å gjøre, for sikkerhets skyld, når man har pasienten på kontoret (fig. 5). Det finnes jo så mange tilstander en frisk person kan komme til å feile, alle disse tilstandene kan identifiseres ved

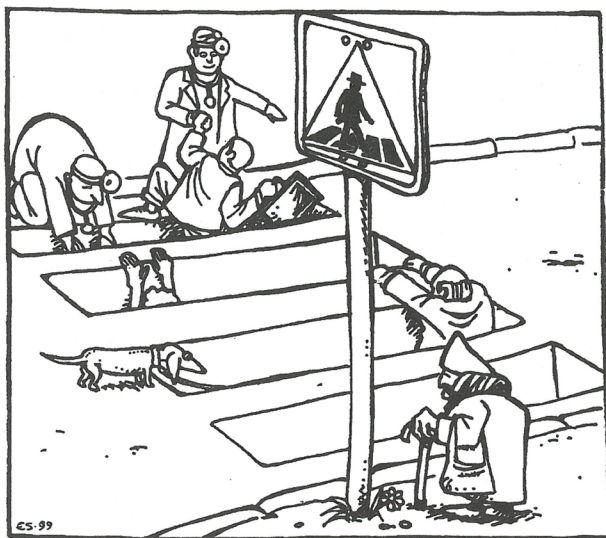


FIG 6. Eldre faller lett i risikogrøfter.

hjelp av målinger, der måleverdier blir underlagt medisinske definisjoner. Vi allmennleger kan faktisk bli både opp tatt og overarbeidet med dette; og redusert til fragmentbe-handlere.

Å trygge sin helse

Helsetjenesten inviterer, direkte og indirekte, friske personer, unge og eldre, til å gå til fastlegen for å trygge sin helse. Vi fastleger har bred kunnskap, noe fra doktorskolen, annet basert på talent og erfaring. Av og til handler vi i tråd med EBM, men ofte ikke når det gjelder risikointervensjon hos de friske. Det omtales som avvik. Avvik gies stor oppmerk-somhet i helsetjenesten i dag, det avvik som handler om at leger ikke går i takt, vel og merke. Om legene, dvs. helsetje-nesten, går på rett vei får derimot minimal oppmerksomhet.

Signe Skred gikk sjelden til lege. Hun kom fordi hun opp-levde uhelse, orket lite, var mye trett, muskelsmertene hun hadde hatt så lenge hun kunne huske hadde blitt verre, det samme gjaldt hennes søvnvansker. Hun var bekymret for at hun var alvorlig syk. Hun hadde blitt enke noen år tidligere.

Fastlegen gjorde en grundig klinisk undersøkelse og fant at hennes blodtrykk var forhøyet som ved noen tidligere kon-sultasjoner. Etter dette kom faktisk det meste av hennes møter med helsetjenesten til å dreie seg om hennes blod-trykk og etter hvert hennes diabetes, antatte osteoporose og brystkreftkontroller.

Hun falt bokstavelig talt i en risikogrøft, basert på de tek-nologiske målingene og de medisinske definisjonene (fig. 6). Fastlegen forsøkte etter beste evne å løfte henne opp igjen fra grøften ved å til dels bortforklare betydningen av disse diagnosene; han forsøkte å jenke det hele til.

Signe Skreds lidelse

Følgende informasjon sto ikke på første siden i Signe Skred sin datå journal: Hun vokste opp under krigen og hennes mor ble enke da Signe var fire år. Hun hadde to eldre brødre som begge mistet livet under krigen, den ene som sjømann på en hurtigrute som ble bombet av engelskmennene og den andre ble henrettet av tyskerne, han var litt tilbakestående og kom seg ikke over til Sverige sammen med de andre ar-beiderne på en fabrikk der de ble beskyldt for å drive sabota-sje i produksjonen av utstyr som tyskerne skulle bruke. En prest kom og informerte han om dødsdommen, presten var en slektning som hadde gått over til nazismen.

Denne informasjonen ville ha stått i journalen hvis forsk-ningen i større grad hadde vektlagt andre spørsmål og an-vendt andre metoder enn det dominerende. Det kunne da bli minst like innlysende for legen å tenke i slike baner som å måle blodtrykk og kolesterol i sin etiologiske tilnærming når Signe Skred klaget på uhelse.

Men hun bebreider ikke sin fastlege for at dette ikke står i hennes journal, hun har selv ikke tenkt på at disse hendelsene fra langt tilbake skulle bety noe for hennes helse sei-nere i livet. Tvert imot, hun prøvde å legge det bak seg så godt hun kunne den gang. Muskelsmertene og søvnvan-skene har hun likevel hatt så lenge hun kan huske og nær-mest regnet det som normalt.

Etter at hun ble enke, ble det likevel verre, både med smer-ter, søvnvansker og nedstemthet. Fastlegen utførte en MADRS test og stilte diagnosen depresjon. Ulike depre-sjonsmedikamenter ble forsøkt. Den hun nå bruker gir henne noe lindring, hun sover bedre, men må ha innsov-ningstablett i tillegg.

For mye medisin i samfunnet

Tilbake til påstandene. Påstand nummer en vil naturlig nok alltid kunne vekke motstand fordi det alltid vil være noen som opplever å ha et udekket behov og derfor ønsker mer. Det er likevel noe problematisk med summen av det hele og hvor-dan den summen framstår som både uetisk og uansvarlig når vi hører om forholdene der «Leger uten grenser» arbeider, slik presentert av Morten Røstrup under åpningssesjonen.

«Helsebudsjettet bør begrenses» skriver Bringedal og Førde i en kronikk i Aftenposten i september i år. De skriver at Norge i følge OECD i dag er nummer to i verden når det gjelder hvor mye vi bruker på helsetjenester per innbygger. Bare USA bruker mer. I følge forfatterne er det tre grunner til at vi bør se kritisk på denne generøse bevilgningsviljen:

1. Det kan være at vi ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på spørsmålet om vi bruker ressursene på den rette måte.

2. De generøse bevilgninger gir betingelser for å underlegge seg stadig nye områder. Dette er ikke alltid av det gode. Forebyggende helsearbeid er et eksempel på et tveegget sverd.
3. Det tredje er erkjennelsen av hvor marginal helseforbedringen kan være for oss om bevilgningene økes, mens det i andre deler av verden kan bety forskjellen mellom liv og død.

For lite riktig medisin i helsetjenesten

Når vi kombinerer forrige påstand og denne, er den logiske slutning at det er for mye feil medisin i den samme helsetjenesten, noe som naturlig nok ikke er trivelig å høre for pliktoppfyllende og hardt arbeidende helsearbeidere. Likevel, andre sier det samme, som Iona Heath i BMJ i april i år med tittel «Who needs health care – the well or the sick?». Hun oppsummerer på følgende måte:

1. The more people are exposed to contemporary health care, the sicker they feel
2. We do not understand the effects of being labelled at risk
3. More money can be made from selling healthcare interventions for the healthy majority than for the sick minority
4. A tax on preventive drugs sold in rich countries could be used to fund drugs in poor countries

Signe Skred har fått et raust tilbud av medikamentell risikointervensjon for sykdom som muligens kan komme til å ramme henne i framtiden. Hun har ikke bedt om det, men heller ikke protestert. Hun oppsøkte sin fastlege pga uheld, og ble rammet av risikodefinsjonene, fordi testene inngår i verktøyet legene må bruke for å avdekke objektive feil i en kropp.

Når dette skjer utsetter helsetjenesten Signe Skred for en form for «dobbel urett». Den mest opplagte er at det faktisk ikke er disse risikotilstandene hun lider av, dvs. subjektivt opplever.

Det mindre opplagte, men likevel ganske forståelige når man bare begynner å tenke slik, er at det kan eksistere en form for kausalitetsproblem innenfor den eksisterende kunnskapsproduksjonen. Det betyr ikke at man skal bestride at forhøyet blodtrykk tilfredsstiller statistiske krav til å være en årsaksfaktor for hjerte- og karsykdom. Det kan likevel ligge en mer grunnleggende kausal faktor i bunnen, en hendelse eller deler av et liv som setter seg i kroppen på forskjellig vis og medfører at blodtrykket stiger. Ny forskning, som The Adverce Childhood Experiences study, viser at alvorlige hendelser tidlig i livet – og ikke nødvendigvis i det omfang Signe Skred opplevde det – har en sammenheng med hjerte- og karsykdom seinere i livet. Andre stu-

dier viser sammenheng mellom slike hendelser og lunge-sykdommer, magesår, leddsykdommer, diabetes og autoimmune sykdommer.

Selv om det foreløpig er uklart hvordan dette henger sammen, er det likevel allerede nå grunn til å være kritisk til om de risikofaktorene vi i dag bruker så mye tid på i helsetjenesten er grunnleggende nok til å få den oppmerksomheten de får. På dette feltet kan jeg anbefale den nylig publiserte boken til Anna Luise Kirkengen om hvordan krenkede barn blir syke voksne, en bok jeg også siterer fra flere ganger i mitt foredrag.

Helsearbeidere prøver å jenke det til

At leger avviker fra anbefalinger i forebyggende kliniske retningslinjer, er velkjent og også forståelig når man ser hvilke risikodefinsjoner som anvendes, for eksempel innenfor hjerte- og karsykdommer. Å klare summen av mange risikotilstander blir selvfølgelig enda mer utopisk. En amerikansk studie publisert i 2003 viste at en amerikansk allmennlege må bruke 7,4 timer per dag for å utføre alle anbefalinger gitt av US Preventive Task Force. Da blir det ca en halv time per dag tilbake som alle pasientene den dagen kan dele for å få hjelp med det de selv opplever å feile. Det er dette jeg mener med «teoretisk kortslutning.»

Opportunistisk risikointervensjon, dvs. å benytte anledningen til å sjekke litt av hvert når pasientene oppsøker oss, framsto som en god tilnærming da vi bare hadde et fåtall risikofaktorer å forholde oss til i klinisk praksis. Nå framstår det som et etisk problem, noe vi har forsøkt å belyse i BMJ artikkelen «Is opportunistic disease prevention ethically justifiable» fra 2003.

Det hele er dessuten praktisk umulig å implementere. Dette rammer eldre spesielt, fordi de har risiko for det meste og har også ofte subjektive helseplager. I en artikkel av Boyd og medarbeidere i Jama i år har de applisert retningslinjer for KOLS, diabetes type 2, osteoporose, hypertensjon og osteoartritt på en 79 årig kvinne; ikke så ulik Signe Skred. De konkluderer på følgende måte: «She was treated with multiple medications with high complexity and risk of medication errors, adverse drug events, drug interactions, and hospitalization. She was presented with an unsustainable treatment burden, making independent self-management and adherence difficult.»

Vanskelig kontrollerbar polyfarmasi og liten overensstemmelse mellom det som skrives ut av legen og det som deles ut av hjemmesykepleier er også grundig dokumentert av norske forskere.

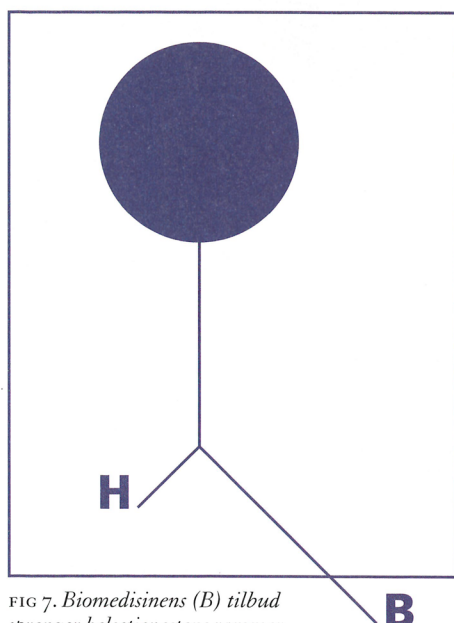


FIG 7. Biomedisinens (B) tilbud sprenger helsetjenestens rammer, medisins humanistiske fundament (H) har tapt terreng.

Vitenskapelig plattform

Medisins vitenskapelige fundament var opprinnelig basert på humanistiske vitenskaper. Dette ene beinet (fig. 7) som medisinen trenger for å stå stødig har imidlertid krympet betydelig, det er vanskelig å si hvor mye som er igjen og på hvilken måte det anvendes. Denne vitenskapelige tilnærming har måttet vike plassen for den naturvitenskapelige, biomedisinske forskningen der man tilstreber å framskaffe en objektiv, antatt verdinøytral kunnskap basert på en i økende grad sofistikert metodologi med kvantitativ dominans.

Som et resultat har det biomedisinske innholdet – B'en – blitt så stort at det sprenger alle rammer for helsetjenesten, det lar seg ikke implementere (fig. 7). For eksempel må allmennlegene bruke halvdelen av alle sine konsultasjoner for å følge opp pasienter med hypertensjon eller prehypertensjon hvis de følger helsemyndighetenes anbefalinger i Grønn Resept konseptet. Det gir meg «en høne å plukke» med de helsemyndighetene som Magne Nylenna omtalte i sitt foredrag på åpningssesjonen, som både sier at vi praktisk skal prioritere ned de friske risikantene samtidig som de sender oss dette opplegget. Det er også en del av den teoretiske kortslutningen som vi praktisk må prøve å jenke til.

Det biomedisinske beinet er generelt et lite stødig bein å stå på hvis man vil stå trygt. Det lider av flere interne defekter, om det er beinbrudd eller manglende ledd er ikke godt å si, men det henger uansett ikke godt sammen. Jeg ser følgende svakheter:

1. Problem med testvaliditet; alle allmennleger vet for eksempel hvor svingende et blodtrykk kan være og derfor vanskelig å tolke.

2. Konsekvenser av risikodefinsjoner; slik omtalt for hjerte- og karsystemet, men anvendelig på alle de andre organfeltene. Med ny demenstest fant man for eksempel at hver fjerde medisinerstudent i Oslo var i faresonen.
3. Den økende kompleksitet innenfor hver risikotilstand; hva skal telle mest av faktorene vi måler og hvordan skal vi sette informasjonen sammen?
4. Et økende antall risikotilstander; alle organsystemer kan jo rammes, nå diskuteres hjerne og nyrer på Eyr.
5. Interne motsetninger; skal vi velge å råde våre pasienter til å være tynne for å unngå hjerte- og karsykdom eller ikke så tynne for å unngå osteoporose?
6. Sist men ikke minst, problemene med kausalitet. Det er sant at Signe Skred har flere risikodiagnoser, men det er ikke nødvendigvis *sant nok* til å forsvare den store oppmerksomheten disse diagnosene får innenfor helsetjenesten.

Per Fugelli skrev kronikken om Dagbladsykdommene i 1999, men nå er det på tide å fordele ansvar for medikaliseringen i samfunnet på flere enn media og farmasøytisk industri. Dagbladet vil selge aviser, men de lager ikke medisinske tester og heller ikke definisjoner av normalitet. Farmasøytisk industri vil selge mest mulig medikamenter til høyest mulig pris, og anvender alle lovlige metoder for å kunne gjøre det, slik all annen næringsvirksomhet gjør. Verken farmasøytisk industri eller media finner opp risikofaktorene. Farmasøytisk industri tilbyr derimot løsninger for å behandle dem, noe media informerer om. De stikker begge sin hånd inn i en hanske som ligger klar.

Forskningen har skylden

Hansken er resultatet av et vitenskapssyn som fremmer fragmenteringen av mennesket. Antallet fragmenter er uendelig og omfatter målinger av tidlig organskade, risikofaktorer og gener. Forskningen betrakter faktorene atskilt fra mennesket og resultatene appliseres på et antatt gjennomsnittsmenneske. Slik kunnskap er imidlertid ikke kunnskap om levende mennesker med sitt liv i kroppen, men om en idealisert menneskekropp, en kropp hvor intet menneske bor. Men ingen lege møter slike kropp og i hvert fall ikke allmennlegene, sier Anna Luise Kirkengen.

Den medisinske kunnskapsproduksjonen – forskningen – har kunnet påberope seg en verdinøytral posisjon som en leverandør av sann, metodisk riktig frambrakt kunnskap. Den samme akademiske medisin drøfter i liten grad hvilken virkelighet de bidrar til å skape med de metodene de anvender og de spørsmålene som stilles. Det overlates til andre, helsepolitikere og praktiskere, å ta ansvar for kunnskapens anvendelse og befolkningen får ofte ord på seg for å være kravstor i sin etterspørsel etter tester og behandlingstilbud.

Signe Skred får det som er mulig å gi innenfor dette biomedisinske kunnskapsparadigmet. Det er en massiv forskning og et stort terapitilbud for de diagnosene hun har fått: hypertensjon, diabetes type 2, osteoporose og brystkreft påvist ved screening. Slik forskning har høy prioritet, god tilgang til finansiering og belønnes dessuten godt i et universitetssystem som teller antall publikasjoner og dermed stimulerer den medisinske fragmentforskningen. Alle hennes behandlere – leger, medhjelpere og omsorgstjeneste – gjør dessuten sitt beste, ja de bruker faktisk hele tiden de har til rådighet for å kvalitetssikre denne behandlingen. En behandling som hver for seg kan ha en liten effekt på gruppenivå, men der ingen noen gang vil kunne si noe om effekten som Signe Skred har av hver enkel terapi og absolutt ikke noe om hvilken effekt det har når alle terapiene blandes sammen i hennes kropp, oftest på en annen måte enn forskrevet.

Hun er likevel takknemlig til helsetjenesten som stiller så mye opp for henne. Men hun strever for å klare seg i tilværelsen og gir uttrykk for at hun er sliten av livet. Hun har levd et langt liv med smerter, søvnvansker og etter hvert nedstemthet og mangel på glede.

Signe Skred er prioritert opp, men likevel prioritert ned

Et kunnskapsgrunnlag er ikke nøytralt, men styrt av valg og verdisetting. Derfor forskes det ikke så mye på dette som Signe Skred selv opplever å lide av. Handlingsgrunnlaget er heller ikke nøytralt, men styrt av rangering og prioritering. Derfor får hun syv forebyggende medikamenter, selv om hun verken har bedt om det eller skjønner betydningen av det. Det gjør ingen helsearbeidere heller, egentlig.

Allmennmedisin er en arena for de usorterte behov og også adgangen til systemet som skal ivareta helse; vi flagger en dørvaktfunksjon. Det innebærer at allmennleger har et mandat som er teoretisk helt klart og likevel praktisk ganske umulig. Vi skal sortere mennesker langs en objektiv akse som er teoretisk rimelig entydig, men i praksis ikke eksisterende. Signe Skred har blitt sortert og definert langs denne objektive aksene som ikke eksisterer for henne.

Vi allmennleger blir faktisk litt lurt av de kunnskapsprodusentene som utgjør den akademiske «kjøttvekta», vi får ikke levert kunnskap som er anvendelig nok. Dette går ut over våre pasienter; som Signe Skred.

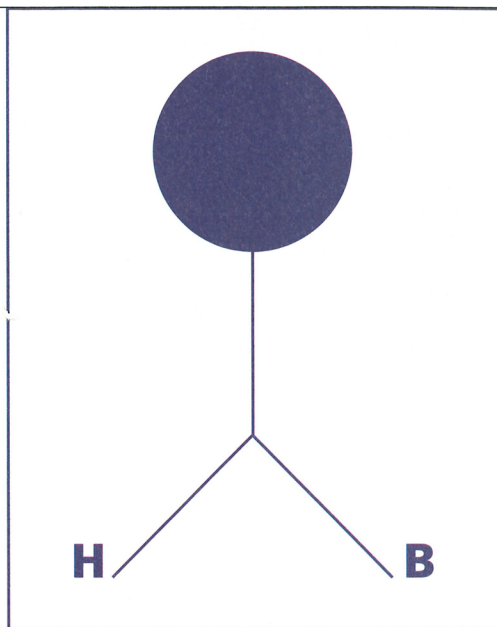


FIG 8. Nødvendig med bedre balanse for å få «en stødig medisin».

For at hun skal kunne bli prioritert opp for det hun selv opplever å lide av så trenger jeg som allmennlege en mye videre kunnskapsplattform å handle ut fra. Den må ha mindre biomedisinsk dominans – en kortere B – og mer kunnskap basert på humanistisk vitenskap – en lenger H (fig. 8).

Å rehabilitere H'en handler primært om å tilbakeføre eksistensiell logikk som en sentral dimensjon i medisinen. Det stiller krav til nytenkning innenfor medisinsk forskning og det må startes med teoribygging. Eksistensiell logikk er en dimensjon som vi alle kjenner betydningen av både faglig og personlig, hvis vi bare tenker oss om; «tar på de rette brillene». Vi vet alle som er her at helsa påvirkes av relasjoner, både de fortidige og de nåtidige; familieliv, arbeidsliv og annet liv og at de objektive målingene av hvordan dette påvirker fragmentene i kroppen, enten det nå er blodtrykk eller muskeltonus, ikke behøver å gi den mest meningsfulle forklaring for den som blir målt. Og kanskje ikke for helsearbeideren heller. Men det gir et stort medikaliseringspotensiale.

For de unge menneskene som skal bli framtidens leger vil jeg ønske at den kunnskapen vi her snakker om ikke «parkeres i en boble for seg», dvs. avspises med noen undervisningstimer satt bort til etikere og filosofer, slik at legene kan få holde på i fred med «den egentlige medisinen.» Det må bli en del av all klinisk undervisning. Først da kan det bli en integrert del av klinisk praksis, også for unge leger og ikke bare for de erfarne som etter hvert finner ut av det, uavhengig av forskningen og derfor forsøker å jenne det hele til.

Takk for at dere «lyttet til» historien om Signe Skred.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlige redaktører for denne artikkelen har vært Jannike Reymert og Ivar Skeie. De kan kontaktes på jannike.reymert@ntebb.no / ivskeie@online.no