

ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Evidensbasert medisin og den allmennmedisinske intuisjon – eller om å finne nåla i høystakken

AV IVAR SKEIE

Finnes det en «medisinsk intuisjon»? I så fall, hva innebærer den? Hvordan skiller den seg fra latskap og lettvinhet? Og hvilke konsekvenser bør statistisk sannsynlighet på gruppenivå få for behandlingen av den enkelte pasient?

Hilda Stokke er en 77 år gammel kvinne, pensjonert lærer. Hun bor sammen med mannen som også har vært lærer, og mannens bror er lege og har flere legebarn. Jeg har kjent fru Stokke i mange år. Hun hadde i 55 års-alderen et lite hjerneslag, men kom seg fint uten større sequele og kom tilbake i jobb. Hun har en hypertensjon som er vanskelig å behandle, hun har vært til vurdering hos hjertespesialist, og er satt på flere blodtrykksenkende medikamenter. Mentalt er hun frisk, og hun er sosialt aktiv.

På en rutinekontroll oppdager jeg at hun har fått atrieflimmer. Frekvensen er rolig og hun har selv ikke merket noe galt og er ikke plaget av dette. Jeg informerer henne om dette og om mulig behandling med warfarin for å forebygge hjerneemboli. Hun synes imidlertid at hun allerede bruker mye medisiner og er ikke så lysten på flere, og særlig ikke da de også kan ha alvorlige bivirkninger. Pga. hennes hypertensjon som vi ikke klarer å få ned (ca. 190/105) er jeg også skeptisk til antikoagulasjon pga. faren for hjerneblødning. Vi lar det stå litt åpent, hun kommer tilbake etter et par uker, og har stadig flimmer. Hun har også drøftet med mannen og svogeren, og er ikke spesielt lysten på antikoagulasjon eller annen videre behandling. Hun har ikke nye subjektive plager. Etter en samlet vurdering (risiko for hjerneemboli eller hjerneblødning og pasientens relative motstand mot ytterligere medisiner) bestemmer jeg meg for ikke å behandle hennes flimmer selv om hun etter «retningslinjene» burde vært satt på warfarin og jeg journalfører min vurdering og beslutning.



Ivar Skeie

fastlege Gjøvik, medredaktør i Utposten

Så går det er par måneder og Hilda får hjerneslag. CT viser at det er en blødning og ikke en emboli. Hematomet er stort, hun har en del nevrologiske utfall, men hun overlever, og kommer seg etter hvert slik at hun kan flytte hjem til mannen. Hun lærer å gå igjen og bevarer taleevnen. Hun lever i ytterligere 11 år i egen leilighet og overlever mannen med to år. Hadde jeg satt henne på warfarin, ville blødningen etter all sannsynlighet vært dødelig.

De fleste pasienter på Hildas alder med atrieflimmer gir jeg warfarin i tråd med retningslinjer basert på evidensbasert medisin (EBM). Hvorfor ikke Hilda? Hadde jeg (og hun!) bare blind flaks (1) – «unntaket som bekrefter regelen» – eller var det noe «annet», noe «mer»? Kan det ha hatt noe med «intuisjon» hos meg (eller kanskje også hos pasienten og familien) å gjøre?

Allmennmedisinsk intuisjon?

Fins det noe slikt? I dagligtale forstås gjerne intuisjon som en evne til direkte eller umiddelbar innsikt eller erkjennelse, som går utenom vanlige rasjonelle måter å tenke seg fram til en slutning på. Tradisjonelt er en slik evne gjerne tillagt «genier» eller kunstnere, eller personer med spesielle kontakter til det guddommelige eller «overnaturlige», en

form for «magisk» erkjennelse. Det er ikke i en slik betydning jeg her bruker begrepet.

Jeg tenker i stedet på en form for kunnskap som erfarne utøvere av et fag gjennom årelang praksis kan tilegne seg. I skogsbygda der jeg var lege i mange år, var det en gammel arbeidskar som hadde ry på seg for å være uovertruffen til å kløyve stein med slegge. Etter at andre forgjeves hadde slitt med steinen i det vide og breie, kunne han stå ei stund å vurdere den, for så å gi den ett slag på rett sted som gjorde at den delte seg i to eller flere deler. Det var neppe noen «overnaturlig» årsak til dette, men en evne han gjennom åra hadde opparbeidet gjennom sammensmelting av læring fra erfarne arbeidskamerater, en god porsjon talent og egen erfaring.

Slik er det i alle fag, «erfaring gjør mester», både i håndverk og akademiske fag. I medisinen, og ikke minst i allmennmedisinen, er denne syntesen av den beste boklige lærdom (bl.a. EBM), læring av kollegaer og egen erfaring like viktig for å utvikle det gode kliniske skjønn som for steinhoggeren. Det er denne «sammensmeltede» kliniske kunnskapen og erfaringen jeg her kaller den allmennmedisinske intuisjon. Og det ligger vel lite sensasjonelt i å påpeke dette.

Denne kunnskapen kan være «intuitiv» i den forstand at man ikke nødvendigvis går gjennom alle de praktiske og intellektuelle trinn i prosessen fra å møte et klinisk problem til å bestemme seg for hva man skal gjøre. Den erfarne klinikerer opparbeider en «teft», en evne til å «finne nåla i høystakken», og det kan være vanskelig å beskrive detaljert de beslutningsmessige snarveier hun bruker. Men de er neppe «overnaturlige», de bygger tvert om på denne «sammensmeltede» kliniske kunnskapen. Men hun går ofte ganske direkte på. Da jeg skrev min første indremedisinske studentjournal, brukte jeg fire timer inkludert egen maskinskrivning. Når jeg i dag fatter kliniske beslutninger, går det ganske mye fortere. Og det skulle jo bare mangle, ikke noe magisk i det.

Kjerraten i Moelv – mai 2006.



FOTO: IVAR SKEIE

Konflikt mellom EBM og «intuisjonen»?

Så langt vil nok de fleste være enige. Og i de fleste tilfeller vil EBM og den intuitive oppfatningen av hva man bør gjøre stemme overens. Men ikke alltid. Hilda Stokke skulle etter retningslinjene hatt warfarin, men fikk det ikke. Min vurdering av hennes hypertensjon og at hun helst ikke ville ha mer medisiner, førte til at jeg ikke la «press og autoritet» bak et forsøk på å gi henne behandling etter rådende retningslinjer, men støttet hennes valg om å takke nei.

Epidemiologiske studier sier oss noe om effekten av ulike behandlingsstrategier på gruppenivå. Som gruppe har eldre over 65 år med atrieflimmer nytte av warfarinbehandling, fordelene er større enn ulempene, gevinsten større enn skadevirkningene. Dette bygger på studier med mange, mange deltakere. Men disse studiene sier ikke automatisk hvilken effekt denne behandlingen vil ha for den enkelte pasient. Noen vil få alvorlige blødninger og dø av det, men på gruppenivå vil disse være færre enn dem som får hjerneemboli og eventuelt dør av den. Derfor er warfarin anbefalt.

Men kan det være forhold som slike store epidemiologiske studier og metaanalyser ikke klarer å avdekke? Slike studier sier noe om sannsynligheten for ulike utfall i en definert populasjon. Kan det være at mindre deler av denne store pasientgruppen (populasjonen) ikke vil ha nytte av eller tvert om ta skade av behandlingen, fordi særegne kjennetegn ved denne delen av populasjonen ikke er tatt hensyn til i studiene (f. eks. som her at de har et blodtrykk over et visst nivå)? Kan det være at Hilda Stokke tilhørte en slik gruppe, men at dagens EBM (eller snarere den oppsumerte kunnskap for over ti år siden da hun fikk sin hjerneblødning) ikke har fanget opp denne «nyansen»? Eller er det slik at 100 pasienter som Hilda Stokke, med sin hypertensjon, som gruppe ville hatt mindre samlet dødsrisiko med enn uten warfarin, men at denne gruppeeffekten ikke slo ut for henne, som fikk blødning og ikke emboli?

Det medisinske landskapet er sammensatt

Det medisinske landskapet i samfunn som vårt er sammensatt. For det første har vi den «reine» medisinen som vi lærte om på doktorskolen, de veldefinerte somatiske organ-sykdommene og den veldefinerte psykiatrien. For det andre den mer diffuse «livsproblems-medisinen» der pasienten søker legens hjelp for problemer som har sitt utspring i «vanskelige liv» som gir mentale og kroppslige plager som ofte ikke er godt beskrevet i den klassiske medisinske litteraturen. Og som en tredje – og stadig større del – har vi «risikomedisinen» som forholder seg til pasientene som risikanter for framtidig sykdom. Når det gjelder den klassiske medisinen og risikomedisinen, kan EBM si mye om sannsynligheter for ulike utfall ved ulike intervensjoner.

Hvorvidt det er i pasientens interesse å følge alle retningslinjer for behandling, er imidlertid et helt annet spørsmål (2, 3).

«Livsproblems-medisinen» er ofte vanskelig tilgjengelig for forskning etter tradisjonelle kvantitative forskningsdesign. Dette har sammenheng med problemenes kompleksitet og grad av «innveving» i pasientens nære og totale samfunnsmessige livsbetingelser. De egner seg derfor ofte best til kvalitative tilnærminger. Og EBM har ofte lite å bidra med til konkrete vurderinger av tiltak i denne delen av det medisinske landskapet. Men som leger – og særlig allmennleger – møter vi hver dag disse pasientene og disse problemene, og vi må fatte våre beslutninger. Er problemet som presenteres «sykdom»? Viktigere enn å svare ja eller nei på dette, er kanskje det faktum at problemet er viktig for pasienten og forstyrrer hans personlige og sosiale fungeringsevne, og at han kommer til legen med det. Hva slags diagnose skal brukes? Gir det grunnlag for ytelser fra Folketrygden som sykepenger? Fins det medisinsk behandling for dette utover å lytte til pasienten og kanskje gi noen råd? Osv. – osv.

EBM kan ikke gi svar på alt

Etter mitt syn er det altså ikke alle spørsmål EBM kan gi svar på. Dels kan dette skyldes at det ikke finnes relevant forskning, særlig innenfor de delene av faget som faller utenfor den veldefinerte klassiske medisinen. Men det kan også skyldes at EBM-analysene på gruppenivå ikke fanger opp særegne trekk ved deler av totalpopulasjonen som gjør at denne delen ikke reagerer på behandlingen på samme måte som gjennomsnittet av totalpopulasjonen. Dette var kanskje tilfellet for Hilda Stokke? Videre kan vi ikke si noe automatisk om effekten av et tiltak for et enkelt individ ut fra sannsynligheten på populasjonsnivå, bare om sannsynligheter. Et fjerde viktig moment er manglende publisering av studier med «negativt» utfall der man ikke finner den forventede effekt av en medikamentell behandling, ofte finansiert av instanser med kommersielle interesser i behandlingen, særlig legemiddelindustrien. Et femte poeng er at det alltid vil være en tidsforsinkelse i utarbeiding av EBM-gjennomganger og metaanalyser, og at disse derfor ikke vil fange opp de nyeste ting i fagfeltet. Dette gjør at det dels ikke finnes svar på mange spørsmål innen EBM og dels at disse svarene – som alle andre – må vurderes med sunn skepsis. (4)

Etter mitt syn er all kunnskap en gjenspeiling – fra en eller annen synsvinkel – av den virkelige verden slik den oppfattes gjennom menneskelig erfaring (5). Moderne vitenskap er en særegen form for kunnskapsproduksjon som bygger på en logisk og rasjonell metode, og som slik kvalitetssikrer



Øvelse gjør mester – også i gehørspill. FOTO: ELISABETH SWENSEN

kunnskapen for å skille den fra «synsing». Innen medisinen har EBM utvilsomt vært et skritt videre ved å sammenfatte tilgjengelig vitenskapelig kunnskap. Etter mitt syn innebærer dette imidlertid ikke at alt som ikke er dokumentert via EBM «ikke er sant».

Kan intuisjonen erstatte prosedyrer og retningslinjer?

Det er ikke min mening at «intuisjon» kan erstatte den systematiske og grundige tilnærming til kliniske problemer. Det er derfor viktig å drøfte grensdragningen mellom intuisjon slik jeg her bruker begrepet, og slurv og latskap, og overdreven skepsis mot retningslinjer og «kokebok-medisin».

Slurv og latskap kan forekomme i utøvelsen av det medisinske faget på samme måte som i andre fag. Den «late» konkluderer uten å ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, går snarveier uten å vurdere alternative veivalg. Den «late» som «slurver» står derfor i fare for å gjøre alvorlige feil, og hans snarveier har lite med «å finne nåla i høystakken» å gjøre. «Sjarlatanen» går et skritt videre, han gir inntrykk av suveren fagbeherskelse, han «vet bedre» enn alle andre og kan heve seg over retningslinjer og hva andre måte mene, som oftest uten solid fotfeste. Bak «sjarlatanfasaden» finner man som oftest usikkerhet og mindreverdigfølelse.

Enkelte kritiserer EBM-baserte retningslinjer og prosedyrer for å undergrave legens frihet til å forme sin egen fagutøvelse og for å redusere medisinen til et kokebokfag,



Hvor leder sporet – Svalbard april 2006.
foto: jo skeie hermansen

i motsetningen til den frie «legekunst». En slik kritikk er jeg ikke enig i. EBM og kvalitetssikrede retningslinjer bygd på den tilgjengelige kunnskap er utvilsomt et framsteg i forhold til rent autoritetsbaserte råd om hva som er god medisin. Og når klinikerer utøver sitt skjønn, bør det skje med denne kunnskapen som bakteppe, og når han konkluderer med at han vil avvike fra retningslinjene i en gitt klinisk situasjon, bør dette valget være eksplisitt og journalføres med begrunnelse. Man må altså forholde seg til den oppsumerte kunnskap, og eventuelt bevisst avvike fra den, ikke «synse fritt» som om denne kunnskapen ikke fantes. En slik «fri syning» er etter mitt syn noe annet enn «godt klinisk skjønn», og faller utenfor det jeg her kaller legens intuisjon.

Det er vanskelig å vite om bevisste og begrunnede avvik fra retningslinjer basert på intuisjon i det store og hele fører til bedre behandling. Kanskje er det slik at legene – naturlig nok – lettere husker de gangene det går bra (som for Hilda Stokke) – enn de gangene det går mindre bra. Men det er kanskje likevel – i alle fall noen ganger – noe mer enn «rein flaks»?

Intuisjon har heller ikke bare med å avvike fra retningslinjer å gjøre. En annen side ved intuisjonen er evnen hos den erfarne kliniker til å «ane» at det er noe spesielt i en gitt klinisk situasjon selv om det er sparsomt med håndfaste funn. Eksempler på det kan være å fange opp alvorlige infeksjoner i et tidlig stadium, eller å gripe fatt i den ene pasienten med ukarakteristiske brystmerter der du «værer» at det ligger andre ting enn angst og myalgier bak.

«Intuisjonen» der N=1

Det virkelige livet for det enkelte menneske er en studie og et drama der N=1. Kjernen i den kliniske medisin – og ikke minst i allmennmedisinen – er møtet mellom pasienten og behandleren. Når legen fatter sin beslutning om behandling, bygger hun sin vurdering på flere kilder.

Det kan her være fruktbart å trekke inn begrepet intuitiv kompetanse (6, 7) hos legen. Denne bygger på tre forutsetninger. For det første på iboende egenskaper hos legen som personlige kvaliteter, talent, evner, kall det gjerne musikalitet som en metafor. For det andre øvelse, det å lære seg faget, «håndverket», og opparbeide seg klinisk erfaring, som å lære å spille et instrument. For det tredje evne til å utføre – kraft, mot, fysisk og mental gjennomføringsevne, som når en musiker møter sitt publikum. Legens intuisjon, evne til å treffe de riktige valg i en gitt klinisk situasjon, bygger på disse forutsetningene og ligger nær opp til det noen vil kalle «legekunst». Det er en sum av iboende og lærte ferdigheter og kjennskap til den enkelte pasienten og dennes livsbetingelser. Og den står på ingen måte i motsetning til en rasjonell og vitenskapelig tilnærming til medisinfaget.

Referanser

1. Ståle Fredriksen: Tyskernes plan, Utposten nr. 8/2005.
2. Irene Hetlevik: Signe Skred – prioritert opp eller ned (Nidarosforedraget 2005), Utposten nr. 7/2005
3. Irene Hetlevik: Dobbelttimen, Utposten nr. 1/2006
4. Ivar Sønbo Kristiansen and Gavin Mooney: Evidence Based Medicine – In its place, Routledge 2004, ISBN 0-415-28321-3
5. Ivar Skeie: Rasjonalitet, magi og moral, Utposten nr. 8/2005
6. Elisabeth Swensen: Nasse Nøff og dr. Brumm, Utposten nr. 3 – 2005
7. Elisabeth Swensen: «Når angsten eter sjelen» (foredrag ved 80-årsjubileet for Kvinneklubben i Bergen, Ullensvang 1. april 2006)

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no