

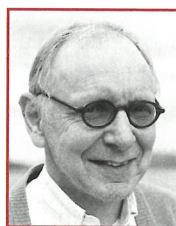
Ikkje kompromiss, men dilemma

AV JOHN NESSA

Kanskje har eg forstått oppdraget feil. Den overordna overskrifta er allmennmedisinske kompromiss, kva no det måtte bety. Eg er medviten om ordbruk, og merka fort at eg ikkje likte den overskrifta. Språk avslører og tilslører på same tid, omgrep definerer noko og skjuler samstundes noko anna. Eg likar ikkje omgrepet «kompromiss» som overskrift på vårt fag, for eg trur ikkje det er noko sentralt eller presist stikkord for det vi driv på med. Politikarane driv med kompromiss. Det er jobben deira. Dei har eit ideelt program, ein «gullstandard» å forhalde seg til, som så skal tilpassast andre sine like ideelle program. Då skal, bør og må ein kompromisse. Men når kirurgen opererer og oppdagar at akkurat denne pasienten avviker noko frå standard anatomi, er det ikkje eit kompromiss kirurgen gjennomfører nå han tilpassar seg dette. Slik er det også med allmennlegen. Det er den enkelte pasienten, ikkje ulike ideelle retningslinjer som er norm for god medisinsk behandling. Når ein må tredoble dosen for å få blodtrykket ned, er det ikkje eit kompromiss ein går inn på. For målet vårt er til slutt og sist eit forsvarleg blodtrykk, ikkje Felleskatalogens retningslinjer.

Ordet kompromiss er eit stikkord som vanlegvis assosierast med noko negativt og defensivt. Å kompromisse er å slå av på noko, gå med på noko ein helst ville unngått, å sluke kamelar, om enn medhårs. Å kompromisse er å gi avkall på den ideale fordring. Å behandle den individuelle pasienten etter akkurat denne individuelle pasientens behov, er å følgje den ideale fordring. Allmennmedisin er å tilpasse ei stor og uoversiktleg kunnskapsmengde til den enkelte pasient, å justere den generelle kunnskapen mot det spesifikke behandlingsmålet.

Allmennmedisin er eit praktisk og handlingsretta fag. Ein handlar heile dagen, styrer og bestemmer, tar avgjerder i stort og smått. Ofte er desse handlingane basert på eit usikkert handlingsgrunnlag, sunt skjønn, ei samla vurdering der og då om kva som er lurast gjere. Ein kan ha ti eller hundre parameter å belyse problemstillinga opp mot, likevel kan ein aldri vere sikker på om den dyspnoen, den brystsmerten, den takykardien er lungeemboli eller noko heilt



John Nessa

Fastlege Hjelmeland/amanuensis Bergen

anna. Den situasjonen legen då står i, vil eg beskrive som eit dilemma: Ulike omsyn drar i ulike retning, ein må likevel bestemme seg for kva ein skal gjere. Det er noko ganske anna enn eit kompromiss. Ved eit kompromiss veit ein på førehand kva som ideelt sett ville vore rett å gjere. Ved eit dilemma veit ein anten ikkje dette i det heile, eller ein finn det ut først i ettertid. Eit dilemma er eit dilemma fordi det er livet sjølv som pådyttar ein det, ein kan ikkje unngå å komme i eit dilemma, og det finst ingen partiprogram eller gullstandard som kan befri ein frå dilemmaet.

Kvardagen er full av allmennmedisinske dilemma. Difor er det også utfordrande og stimulerande for sjølvstendige menneske å jobbe i allmennmedisin. På eit overordna plan er det to store dilemma, som eg vil betegne med stikkorda *medikaliseringsdilemmaet* og *moraliseringsdilemmaet* som pregar vårt fag.

Medikaliseringsdilemmaet

I Lipidforum 2007 er det eit tandemintervju med Terje Pedersen, professor i kardiologi og Steinar Westin, professor i sosialmedisin. Begge er høgt respekterte medisinske ekspertar, og begge svarer nok rett og i tråd med kva som er vanleg haldning i deira fag på dei spørsmåla dei blir stilte. Poenget er at dei svarer heilt ulikt og til dels diametralt motsett på same spørsmål. Er det rett å tilrå stadig lågare behandlingsmål for LDL og total kolesterol? Terje Pedersen: Ja. Det er både ønskeleg og mogeleg. Steinar Westin: Nei. Det er ikkje ønskeleg, sjølv om det er mogeleg.

Det er ein kultur i allmennmedisin for å tenke at spesialisten er fasiten for kva som er rett å gjere. Det er mykje fornuft i dette. Her har vi to spesialistar, begge tett involvert i

klinisk medisin, dei eine attpåtil deltidslle. Og begge har rikeleg av den vitskaplege legitimiteten det er vanleg å dekke seg bak i vår tid. Kven skal ein høyre på, kven skal ein lytte til? Svaret mitt er at ein skal lytte til begge. For begge har rett. Terje P har rett i at skal ein redusere hjarte/kar sjukdom, er det å senke lipider eit effektivt tiltak. Og eg trur få allmennlegar er uenig i at det er eit høgverdig behandlingsmål å redusere hjarte/kar sjukdom i befolkninga. Men Steinar W har nok også rett. Skal ein redde den eine, må ein behandle mest alle, og ende opp med å gjere mest alle, om lag 90 prosent av folk over 50 år til pasientar «bare på grunnlag av blodtrykk og kolesterol alene». Allmennlegen er i ein tredje posisjon. Han/ho er verken kardiolog eller sosialmedisin, men skal ta stilling til hr. Hansens lipidprofil, hr. Hansens ønske og hr. Hansens livssituasjon. Allmennlegen må velge, fordi allmennlegen er premissleverandør for hr. Hansen: «Eg veit ikkje eg, det er du som er lege». Allmennlegen er privatpraktiserande etikk, anten ho vil eller ikkje, legg ho verdimesseige føringar for samfunnet generelt og hr. Hansen spesielt. Det same gjer både Terje P og Steinar W. Kva rett har allmennlegen til å medikalisere hr. Hansen slik at han stiller noko sterkare i hjarte/kar lotteriet? Omvendt: kva rett har allmennlegen til å «spare» hr. Hansen frå medikamenta? Kven har pålagt allmennlegen eit mandat til å forhindre medikalisering? Er ikkje medikalisering eit av dei viktigaste verkemidla vi har for å gjere jobben vår som allmennlegar? Finst det noko øvre grense for kor mange det er rimeleg å gjere til pasientar når vi snakkar om førebyggjande medisin? Kunne ikkje alle hatt nytte av ein kosthalds- eller livstilskonsultasjon frå tid til annan? Er primærprofylakse eit bannord, bør folk først bli «verdige sjuke» før dei får komme til oss? Det er ein del slike spørsmål ein bør reflektere over før ein for motstandsløst adopterer ein politisk korrekt anti-medikaliseringsetorikk. «Noen må få slippe ut av legekontorene våre uten et varsel om tidlig død» seier Steinar W. Javisst. Men er råd om statinbruk identisk med varsel om tidleg død? Eller er det som Terje P påstår, rettare å forstå statiner som eit slags kosttilskot, like naturleg som vitaminer og tannkrem?

Det prinsipielle dilemmaet for oss som allmennlegar er at vi kan neppe gjere noko for folk på individnivå utan at vi gjer folk til pasientar først. Men vi kan sjølvstendig skifte yrke, og bli politikarar eller helsepedagogar.

Kan ein bli deprimert av mindre?

I 1763 publiserte Sauvages den metodiske sjukdomslæra, Nosologia methodica. Medisinen var ei begynnande vekstnæring. Sauvages systematiserte og klassifiserte alle kjente sjukdommar den gongen. Han konkluderte med 2400 diagnoser. WHO's internasjonale sjukdomsklassifisering

ICD-10 opererer med over 45 000 sjukdomskodar og om lag 17 000 sjukdommar. Ein av dei diagnosane som har størst vekstpotensiale i vår tid, er diagnosen depresjon. Kanskje ikkje fordi folk er meir deprimerte no enn tidlegare. Det er i alle fall ikkje nokon openberr grunn til at dei skulle vere det. Grunnen er truleg at sjukdommen definerast annleis no enn før, og at tilgangen på diagnostisørar (ikkje heilt det same som frisørar) er større enn før. Kanskje var tilstanden tidlegare underdiagnostisert, kanskje er tilstanden no overdiagnostisert, om slike omgrep i det heile tatt er meningsfulle. I alle høve står allmennlegen kvar dag overfor det klassiske dilemmaet: Er alt som er trist, depresjon? Kva oppnår ein ved å seie at du er frisk, men trist? Kva oppnår ein ved det motsette, å gi folk diagnosen depresjon når symptoma styrer dei mot legekontoret? Igjen står legen foran eit dilemma. Dilemmaet er at legen ikkje har nokon gullstandard å støtte seg på, ikkje nokon test som kan måle sikkert om pasienten er deprimert. Valide spørjeskjema og kliniske kriterier er bra, til sjuande og sist er det likevel legens eigen livskjensle, hennar eigen sårbarheit og dømmekraft som veg tyngst når pasientens tilstand skal fortolkast.

Dynamikken bak auka depresjonalisering er at stadig større deler av livet vårt ikkje lenger er privat, men blir profesjonalisert. Når folk søker helsehjelp for sorg, samliv, søvnløys og livshavari, må det på eit eller anna vis kategoriserast som eit helseproblem for å behandlast. Kategoriseringa er lik diagnostiseringa som igjen er første steg på veien mot behandling. Ein kan ikkje ha eit helsevesen utan diagnoser, ein kan ikkje ha auka aktivitet i helsevesenet utan samstundes å medikalisere i konkret eller overført betydning. Kanskje det er ei lykke for samfunnet og oss alle at heile befolkninga snart er pasientar. Dilemmaet er at eg som allmennlege intervenserer i ein kultur eg samstundes er del av som er svært ambivalent og tvetydig til alt som har med sjukdom og helse å gjere: Eg ser eg treng hjelp, og vil gjerne nytte meg av støtteordningane. Men eg er ikkje sjuk. I auka grad bed enkeltmenneske om hjelp. Men fellesskapet og storsamfunnet er ikkje i same grad klar til å ta inn over seg at folk faktisk er sjuke i betydningen hjelpetrengande. Ei befolkning av deprimerte stemmer dårleg med det bildet vi gjerne vil ha av oss sjølv i arbeids- og samfunnsliv.

Moralismedilemmaet

Noko av det mest positive som har skjedd i norsk helsevesen dei siste åra er at vi har fått eit formalisert ansvar for rusmisbrukarane. Det skulle då også berre mangle at vi ikkje skulle ha eit tungt ansvar for ei av dei gruppene i samfunnet som har størst helseproblem på mange plan, og som viser størst dystre tal i statistikken. Rusmisbrukarane aktualiserer moralismedilemmaet: Offisielle standardar for kva som er bra og ikkje bra for dei fleste pasientar kan i enkelt-

tilfelle komme i så sterk konflikt med enkeltpasientars hjelpebehov at dei kan bli frårøva forsvarleg pasientbehandling. Tjue tablettar paralgin forte dagleg er som regel dårleg medisin, men kan i prinsippet tenkast å redde liv i ein konkret nødssituasjon. Rusmisbrukande pasientar byr på spesielle utfordringar. Dei har som regel utvikla talentet for å lokke, smigre, lyge og bedra betre enn dei fleste av oss andre. Dei utfordrar våre verdiar, dei utfordrar vårt behov for kontroll og forutsigbarhet, dei utfordrar våre førestillingar om kva som er best for pasienten. Med sitt liv dokumenterer dei at det gjerne går til h... dersom dei ikkje får det som dei vil. At det gjerne også går dit om dei får det som dei vil, er ei anna sak. Det er vanskeleg å slåss med feiaren utan å bli skitten sjølv, spesielt dersom ein har kvit frakk. Dilemmaet i møtet med misbrukaren er at den ideelle behandlingrøynda og den konkrete røynda ikkje går i hop. Det ideelle er å vere fri frå rusmisbruk. Men dei er våre pasientar nettopp fordi dei ikkje klarer det. For dei aller fleste pasientane

er det rimeleg enkelt å bli samde om at målet er å begrense eller unngå vanedannande medisin. Men dersom behandlingsmålet ikkje er rusfridom, men skadereduksjon og førebygging av somatisk sjukdom og tidleg død, er det i enkelte situasjonar ein annan logikk som er like innlysande: Opiatmisbruk behandlast mest effektivt med å gi store dosar opiat legalt. Dilemmaet er at dersom allmennlegen blir privatpraktiserande etter desse retningslinjene, kjem ein straks i konflikt med statsautoriserte retningslinjer, uavhengig av evidens og etikk. Stor honnør til dei kollegane som vågar å sjå og ta inn over seg dette dilemmaet.

I tråd med overskrifta har eg ingen konklusjon. Men det eg gjekk glipp av i kveld då eg skreiv dette innlegget, var Migrapolis på NRK1. Eg fekk berre med meg ein frittstående replikk frå den unge irakiske menneskerettsaktivisten: Eg kan ikkje kompromissets kunst. Og eg har ikkje tenkt å lære den heller.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: john.nessa@isf.uib.no

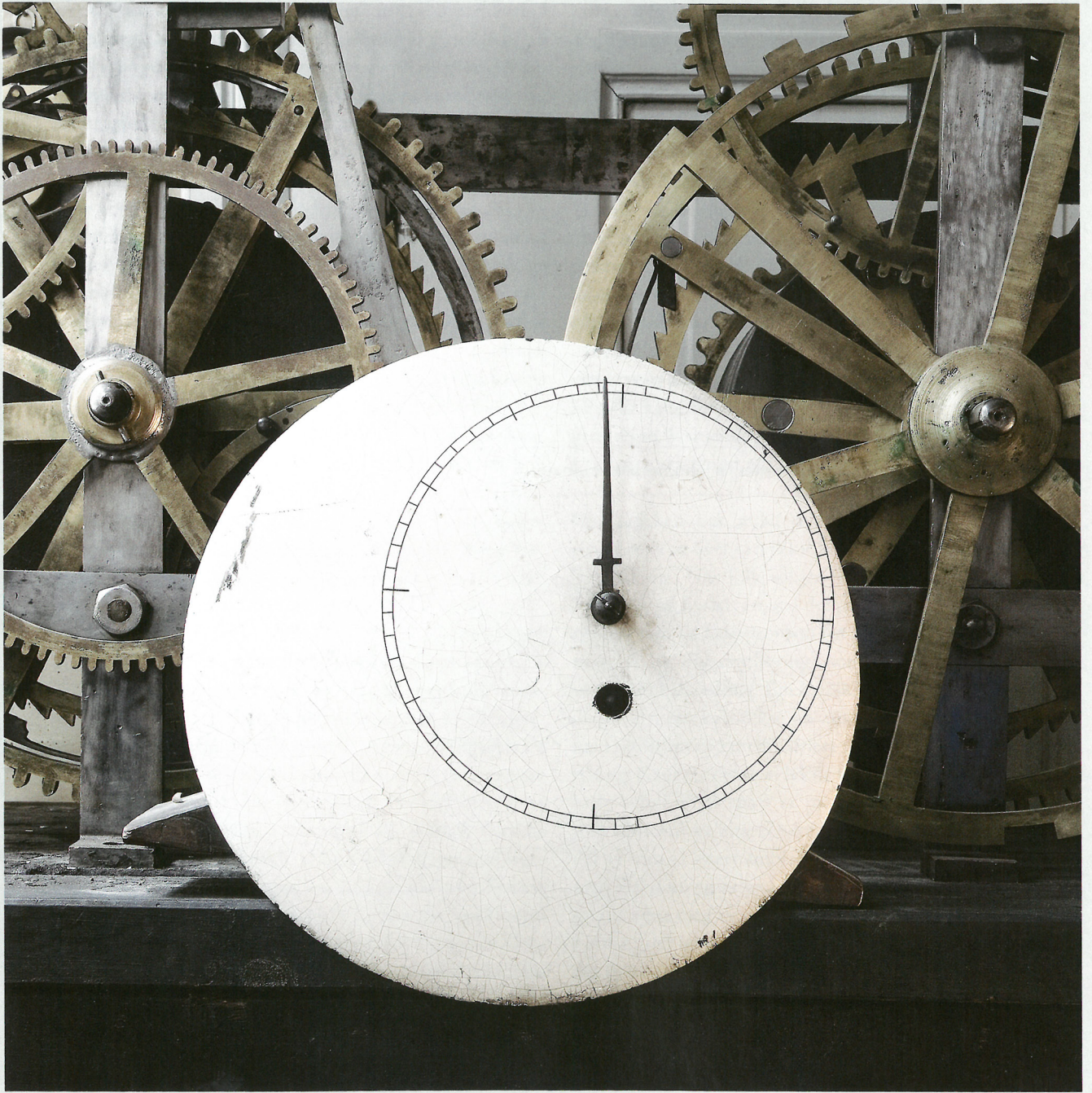


FOTO: © REGIN HUERTHOLM