

Utpostens
dobbeltime

Irene
Hetlevik

INTERVJUET AV
IVAR SKEIE OG JANNIKE REYMERT

Noen var så heldige å være tilstede på Nidaroskongressens plenumsforedrag der Irene Hetlevik la fram sine tanker om pasienten Signe Skred var prioritert opp eller ned av helse-tjenesten. Utposten fikk lov til å trykke foredraget i nr 7 2005. Vi hadde ønske om å utdype noen av hennes tanker og bestilte derfor en dobbelttime hos vår kollega i trønderhovedstaden.

UTPOSTEN: Irene Hetlevik, du stiller deg svært kritisk til den moderne medisinske risikofokusering og har skrevet om dette i mange sammenhenger. Sammen med Linn Getz og medarbeidere har du bl.a. vist at dersom man følger intervensjonsgrensene for blodtrykk og kolesterol i europeiske ekspertretningslinjer fra 2003 vil 75 prosent av befolkningen over 20 år bli definert som risikanter som allmenleger forventes å tilby forebyggende tiltak. Blodtrykk og kolesterol er dessuten bare to risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Dersom vi legger til noen få andre – slik som røyk, arv for eller etablert hjertesykdom, forhøyet kroppsmasseindeks eller uheldig vektfordeling – har dere vist at bare to prosent av voksne mennesker helt vil kunne frikjennes. Dere sier at det på den måten nærmest blir unormalt og umulig å være normal i Norge – et land der befolkningen lever lenge med god helse. Dette reiser viktige etiske og praktiske problemstillinger. I ditt foredrag på Nidaroskongressen la du mye av ansvaret for dette på de medisinske forskningsmiljøene. Kan du utdype dette nærmere?

IH: Det fokuseres for lite på det problematiske ved dagens kunnskapsproduksjon. Jeg har inntrykk av at det innenfor medisinsk forskning er altfor liten grad av metarefleksjon over egen aktivitet. Det er liksom ingen grenser for hvor mange fragmenter i en frisk menneskekropp man finner grunn til forske på og etterspørre forskningsmidler til. Definisjoner av unormalitet lages også av forskere og har tradisjon for å inkludere stadig større deler av befolkningen. Når resultatene publiseres og formidles til befolkningen «skapes nærmest en virkelighet». Befolkningen og helsetjenesten fanges av dette. Andre forskningsspørsmål og andre metoder kunne ha «skapt en annen virkelighet». Forskerne har nærmest fått lov til å betrakte seg som verdinøytrale kunnskapsleverandører som ikke skal behøve å bekymre seg over eller kunne betraktes som ansvarlige for det de bringer til torgs. At noe er evidence-based har nærmest



blitt synonymt med at da må det taes i bruk. Politikerne blir i denne sammenhengen bondefanget, de har ikke muligheter til å motsi tunge vitenskapelige forskningsresultater og miljøer, og tvinges nærmest til å skulle finansiere implementeringen av det som forskerne har funnet ut. Det store antall medikamenter som skal forebygge hjerte- og karsykdommer er eksempel på det. Så må man prøve å regulere i etterkant, for eksempel med å kreve at billigste varianter skal skrives ut (thiazider, simvastatin). Det er ingen enkel prosess, bl.a. fordi deler av fagmiljøene protesterer.

Slike eksempler på regulering må likevel kunne betraktes som «en dråpe i havet», mitt hovedinntrykk er at når teknologien har forsket fram tester, apparater, medikamenter m.m. så lar den seg ikke stoppe og den er vanskelig å regulere.

UTPOSTEN: *Ser du andre aktører som bør dele ansvaret for vår tids risikofokusering hos friske?*

IH: Det har vært vanlig å skyldte på legemiddelindustrien og media for vår tids store fokus på risikofaktorer og medikamentell behandling av disse. Uten å frata disses aktørene det ansvar de har i denne sammenhengen, vil jeg hevde at forskningsmiljøene har det største ansvaret for denne utviklingen, et ansvar de ikke har tatt inn over seg enda. Verken farmasøytisk industri eller media finner opp risikofaktorene. Farmasøytisk industri tilbyr derimot behandling som skal påvirke risikofaktorene og media informerer om det hele. Begge er næringsvirksomheter og forholder seg til regler som der gjelder, med det formål å tjene mest mulig penger. De stikker sin hånd inn i en hanske som ligger klar og hansken er resultatet av et vitenskapssyn.

Jeg synes dog det er viktig å presisere at jeg tror forskerne har de beste hensikter med det de gjør. Blodtrykksgrensene har også blitt flyttet stadig lavere fordi det jo ganske riktig er i gruppen med mild og moderat hypertensjon det store antall hjerte- og karhendelser forekommer. Problemet er bare at man overser konsekvensene av at vi da må behandle ufattelig mange mennesker for et blodtrykk som aldri ville påført den enkelte noen sykdom. Jo lavere intervensjonsgrenser, jo flere må ta imot behandling uten selv å ha nytte av det, men de kan ha bivirkninger av behandlingen.

UTPOSTEN: *Du har de siste årene takket nei til å være fagvurderer for Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) og Legemiddelhåndboka. Begge disse kunnskapsverkene brukes flittig av våre kolleger, hvorfor føler du at du ikke lenger kan «gå god for» den kunnskapen som presenteres i disse verkene?*

IH: Jeg har i mange år bidratt med praktiske behandlingsforslag til allmennleger ved å lage retningslinjer for blodtrykksbehandling i regi av NSAM. Jeg mener at NSAMs siste retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer, publisert som artikler i Tidsskriftet i 1999 og 2000 fortsatt har god gyldighet for allmennleger. Siden på 80-tallet har det vært en uenighet mellom NSAMs referansegruppe på dette feltet og ledende spesialistmiljøer. Jeg har stor respekt for arbeidet som gjøres med både NEL og Legemiddelhåndboka og forstår at redaktørene ikke kunne velge NSAMs side på dette feltet, selv om jeg kunne ønske det, slik at allmennleger slapp å forholde seg til mange sett med anbefalinger. For meg personlig har det imidlertid blitt for vanskelig å være medarbeider som skal gi legitimitet til anbefalinger jeg er uenig i. Jeg velger heller å ar-

beide med å anskueliggjøre konsekvenser av ekspertretningslinjer, slik som de omtalte fra 2003. Jeg ser også at behandling av risikotilstander hos friske gies en økende oppmerksomhet også i disse kunnskapsverkene. Jeg har etter hvert blitt overbevist om at det ikke er etisk forsvarlig å bruke så store ressurser på å behandle friske mennesker med mer eller mindre økt risiko for sykdom i fremtiden når vi vet at det finnes mange pasienter som har reelle lidelser her og nå som vi da må prioritere ned fordi vi mangler både tid og kunnskap. Det kan heller ikke skade å gjøre oppmerksom på at vi også har et globalt ansvar.

UTPOSTEN: *Allmennlegene får kritikk fra spesialistene og forskningsmiljøene for at vi ikke følger retningslinjene for behandling av risikopersoner. Vi allmennleger vet at dette bl.a. skyldes at oppgaven er uoverkommelig, men også at mange allmennleger, ofte i allianse med pasientene, føler at det blir feil bruk av ressurser å medikalisere store deler av den friske befolkningen. Som du påpeker i foredraget ditt «jenker vi det til på et vis». Hva vil du si om denne måten å takle problemet på?*

IH: Vi jenker det til fordi vi blir nødt til det, men det behøver ikke være en god løsning. Vi blir nødt til det bl.a. fordi det ikke gjøres helt enkle konsekvensanalyser før noe anbefales implementert i helsetjenesten. Anbefalinger i ekspertretningslinjer er ett eksempel på det, «Grønn resept» et annet. I «Grønn resept» var det helsemyndighetene som anbefalte allmennleger å faktisk bruke halvparten av vår konsultasjonskapasitet på friske risikanter. Det sier seg selv at det ikke går, da må de i så fall ansette andre til å ta seg av de syke.

Jeg håper at allmennleger med litt kritisk sans velger å «spare» dem med lavest risiko for medikamentell risikobehandling og heller prøver å styrke pasienten i troen på at de er friske. Jeg tror også at mange allmennleger kan oppleve det som et etisk dilemma å si til mennesker som føler seg friske at de har en økt risiko for sykdom. Det finnes mye kunnskap som viser at egenopplevd god helse er en viktig prognostisk faktor for fortsatt å holde seg frisk. En risikomerkelapp kan forstyrre dette.

Det er allikevel, slik jeg ser det, en fallitt for akademisk medisin når allmennleger i den grad blir tvunget til å «jenke det til» som tilfellet er i dag. Det betyr at det teoretiske for arbeidet ikke er godt nok, som f.eks. ved Grønn resept-opplegget. Det er også et problem at vi allmennleger ikke nødvendigvis velger de beste løsninger når vi skal prøve å slukke alle disse brannene som andre tenner. Jeg har i egen



forskning funnet at leger avviker fra retningslinjer i like stor grad ved etablert hjerte- og karsykdom som hos pasienter med lavere risiko. Det kan skyldes at når nærmest alle blir risikanter så «ser vi ikke skogen for bare trær». Det er derfor viktig at grensene for intervensjon settes så høyt at bare de med høyest risiko skal behandles og kontrolleres. Det har vært ett hovedbudskap i NSAM retningslinjene, som for øvrig kan finnes på <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=43274&subid=0>

UTPOSTEN: *Mye av kritikken din mot forskningsmiljøene dreier seg om den stadig økte bruken av EBM (evidence based medicine).*

IH: Jeg mener at det er avgjørende å omtale hva EBM kan brukes til og hva den ikke kan brukes til, og jeg synes ikke at dette kommer tydelig nok fram i dag. For meg er bruken av EBM i mange sammenhenger en enøyd måte å se på verden på. Virkeligheten for et individ er så uendelig mye mer kompleks enn det som kan fanges opp som endringer på gruppenivå i en randomisert, kontrollert studie (RCT), gullstandarden i EBM. Når meta-analyser som inkluderer mange tusen forsøkspersoner er nødvendige for å gi svar på et spørsmål, innebærer det at relevansen for individet er ganske liten.

I mitt foredrag forteller jeg om Signe Skred, 72 år, som får ikke mindre enn syv medikamenter for påviste risikofaktorer ved hypertensjon, diabetes type 2 og osteoporose, alle evidence-based. Hennes egenopplevde lidelse dreier seg imidlertid om depressive følelser og søvnvansker. Det kan ha sammenheng med at hun mistet to brødre under krigen. I alt fokuset på risikotilstandene som hun aldri har etterspurt undersøkelser for, drukner nærmest hennes opplevde lidelse, som var den opprinnelige årsaken til at hun gikk til lege. Selv er hun ikke i stand til å påpeke dette misforholdet mellom opplevd helseproblem og hva legen finner ut at hennes problem er. Hun kan derfor ikke avvise legens fokus på alle de målbare avvikene som han etter beste evne prøver å rette på. Og for meg er det klart at vi i vår flinkhet kan ende opp med å gjøre alt dårlig, ikke klarer vi å lindre hennes opplevde lidelse i særlig grad og det er også ganske usikkert om hun faktisk har noen gevinst av alle de forebyggende medikamentene hun får, selv om måleverdiene ser penere ut. Jeg etterlyser en metarefleksjon over hva vi egentlig driver på med i allmennpraksis, men presiserer samtidig at det ikke er vi allmennleger som har bestemt at det skal være slik, jeg vil igjen ansvarliggjøre forskningen.

kan ende opp med å gjøre alt dårlig, ikke klarer vi å lindre hennes opplevde lidelse i særlig grad og det er også ganske usikkert om hun faktisk har noen gevinst av alle de forebyggende medikamentene hun får, selv om måleverdiene ser penere ut. Jeg etterlyser en metarefleksjon over hva vi egentlig driver på med i allmennpraksis, men presiserer samtidig at det ikke er vi allmennleger som har bestemt at det skal være slik, jeg vil igjen ansvarliggjøre forskningen.

UTPOSTEN: *Hva kan vi gjøre for å snu trenden i retning av mer edruelig risikofokusering?*

IH: Først og fremst må betydningen av problemstillingen aksepteres, både innenfor akademisk medisin og hos helsepolitiske beslutningstakere. Det kvantitative aspektet er det enkleste, det handler om å gjøre helt enkle analyser over hvor stor risikopopulasjon man får ved en gitt risikodefinsjon og å vurdere om det er plass for dette i helsetjenesten. For eksempel ville man da ha funnet at når man i 1995 senket kolesterolgrensen fra 8 til 6,5 mmol/l så skulle det vært tilført mer enn 500 nye allmennlegeårsverk for å gi de mer enn 600 000 nye risikantene en time hver i året. Siden det ikke skjedde måtte allmennlegene igjen prøve å jenke det til. Hva som ble skjøvet ut når alle disse friske skulle få oppmerksomhet omkring sitt kolesterol, vet vi likevel ikke. Selv dette enkle kvantitative aspektet har vært umulig å få aksept for i disse 20 årene NSAM har arbeidet med det. Utviklingen har gått i motsatt retning, som demonstrert i 2003-retningslinjene. I begrepet «edruelig risikofokusering» er det også et kvalitativt element, slik jeg ser det. Er det nå så sikkert at pasientene egentlig er like interessert i denne prognoseforbedrende aktiviteten med mange forebyggende medikamenter og høyst usikker gevinst, som det helsetjenesten er? Signe Skred prøvde å ta alle disse medikamentene etter beste evne og var også takknemlig til helsetjenesten, men jeg er ikke sikker på at vi med hånden på hjertet kan si at takknemligheten er fortjent.

Innen allmennlegemiljøet er det helt klart grunnlag for å drøfte vårt mandat til for eksempel å måle ulike risikofaktorer uten å drøfte med pasientene mulige konsekvenser før testingen finner sted.

Vi kan også protestere på at forskningen stadig gir oss nye risikofaktorer å holde på med og dermed reduserer vår mulighet til å se personen og ikke bare et økende antall fragmenter.

Vi må antagelig la være å jenke det til i det stille i for stor grad, for det tildekker jo problemet slik at myndigheter, forskere og media ikke forstår hva dette egentlig dreier seg om.

Vi må også påpeke paradokset med den store kunnskapsmengden som finnes om risikofaktorer hos friske mennesker og det store kunnskapshullet vi har for lidelser vi i liten grad forstår og i enda mindre grad kan tilby god behandling for, som hos Signe Skred, som tilsynelatende var prioritert opp av helsetjenesten, men i virkeligheten var prioritert ned.

Jeg tror at det behøves nytenking innenfor forskningen for å fylle opp med anvendelig kunnskap i dette hullet. Mens EBM kan gi oss kunnskap som er ervervet på gruppenivå og som så skal appliseres på et antatt gjennomsnittsmenneske, så tror jeg vi i større grad må finne fram til metoder som kan



gi kunnskap om denne ene personen som akkurat nå er på legekantoret for å få hjelp. Jeg tror at kunnskap om relasjoner er et viktig stikkord her, og jeg er også usikker på hvor mange som fortjener betegnelsen «gjennomsnittsmenneske» hvis også dette aspektet inkluderes.

UTPOSTEN: *Ja, det var noe om hva allmennlegemiljøet kan bidra med. Men hva med den enkelte allmennlege som sitter alene på sitt kontor og daglig må forholde seg til de menneskene som kommer til oss og vil ha en «helsjekke» og gjerne sier: «Ta alle de prøvene du kan ta!»?*

IH: Vi kan jo prøve å råde dem til ikke å la seg undersøke for mye hvis de føler seg friske fordi de fort kan falle i en risikogrøft, spesielt de eldre og gamle. Jeg tror likevel det er vanskelig for den enkelte allmennlege å avvike for mye fra gjeldene retningslinjer, vi kan ikke endre de grenser som er mer eller mindre akseptert i samfunnet. Jeg skulle gjerne ha fortsatt med åtte mmol/l som kolesterolgrense på mitt legekantor, men det våget jeg ikke og jeg ville uansett da være i en situasjon der jeg hele tiden måtte forsvare dette. Det er vanskelig å tenke seg hvordan det hadde gått hvis hver lege hadde sine private grenser for blodtrykk, blodsukker med mer.

Jeg prøver etter beste evne å forklare pasientene hva en risikofaktor er, hvor stor hans risiko er, hvor mye risiko kan reduseres med behandling og hva som kan være bivirkninger av behandlingen – en svært tidkrevende aktivitet. Og jeg vet at forskning viser at pasientene nærmest forstår like lite av dette uansett hvilke ord og uttrykk jeg bruker, noe som igjen øker mitt ansvar for hva jeg foreslår av behandling.

Jeg har likevel gjennom årene fått en viss trygghet i å jenke det til, uten at jeg kan gi noen oppskrift på det. Jeg er i denne sammenhengen mer bekymret for studentene og de nyutdannede legene som kommer ut med blodtrykksgrense på 140/90 mm Hg som integrert kunnskap og da knapt vil finne noen normale voksne.

UTPOSTEN: *Hvilke visjoner har du for medisinsk forskning i årene fremover?*

IH: En visjon er vel nærmest noe uoppnåelig som man ikke skal kunne forvente å oppnå. Jeg kan si hva jeg ønsker meg, men må da også tilføye at jeg ikke har så store forventninger til at målet kan nåes fullt ut. Jeg hadde forventninger på 80-tallet om at det måtte gå an å få til et godt kvalitetssikringssystem for forebygging av hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Men siden risikodefinsjoner i økende grad synes å framstå som «tenk på et tall» på stadig flere områder, så tror jeg ikke lenger at den samlede risikoaktiviteten er forenlig med en bærekraftig helsetjeneste. Alle Signe Skreds hjelpere brukte all sin tid på å kvalitetssikre disse risikotilstandene som hun ikke opplevde å feile, men uten å lykkes – med det heller.



Irene Hetlevik foran et tilfeldig utvalg trondheimere over tjue år som – ifølge ekspertretningslinjene fra 2003 – består av 75 prosent hjerte- og kar-risikanter.

Jeg ønsker meg anvendelig kunnskap om de lidelser våre pasienter opplever å ha og kommer til oss med, både kunnskap om hvorfor de lider og også hvordan jeg kan hjelpe.

Jeg ønsker en reduksjon av risikofokuseringen i helsetjenesten. Da må forskerne muligens slutte med å produsere slike faktorer, for når kunnskapen først er der, lar den seg så vanskelig regulere. Man kan også lete etter mer eksistensielle sammenhenger – mer kausale årsaker nærmest – til at måleverdier endrer seg, for eksempel i form av økende blodtrykk eller vekt. Finner vi det kan fokus på det egentlig kausale bli oppjustert på bekostning av å behandle risikofaktorer. En studie av Felliti har for eksempel vist at vektreduksjon hos overvektige kan oppleves som truende ved at overvekt kan være en måte å usynliggjøre sitt indre livs lidelser på. Da sier det seg selv at tradisjonelle forsøk på vektreduksjon ikke vil være vellykket for dem dette gjelder. Effekt av å arbeide med relasjonelle traumer er også omtalt i Utposten nr 8, historien om Katarina Kaplan, skrevet av Anna Luise Kirkengen. Hennes nylig publiserte bok om «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» blir anmeldt i neste nummer av Utposten, etter det jeg er blitt fortalt.

Hvis jeg skal spå hvor vi står om 10–20 år, tror jeg ærlig talt ikke at vi har klart å endre mye på kunnskapsproduksjonens innhold. Til det er det for sterke krefter som presser på i samme spor som nå. Allikevel har jeg tro på at vi kan påvirke retningen på forskningen noe, og dersom flere allmennleger får øynene opp for disse problemstillingene kan kravet om «anvendelig kunnskap» kanskje bli så stort at det ikke kan oversees. En nødvendig forutsetning for at allmennlegene evt. skal komme til å kreve dette, er at vi ikke blir for bekvemme i rollen med å behandle de friske risikantene på bekostning av de syke pasientene.