

Medisinsk-faglig rådgivning - viktig for samfunnet, vanskelig for legene

REDAKSJONELT

BJØRNDAL A

I dette nummer av Tidsskriftet advarer Ebba Wergeland og medarbeidere mot forsøk på å kvantifisere en bestemt årsaksfaktor i et konkret sykdomstilfelle (1). Årsaksforskningen gir kunnskap om at visse eksposisjoner kan forårsake sykdom. Hvis en person med kronisk obstruktiv lungesykdom som har røykt hele sitt voksne liv, også har vært betydelig eksponert for støv i jobben, har imidlertid ikke legen kunnskap som gjør det mulig å avgjøre hvor mye av funksjonsnedsettelsen som skyldes røyking hos denne personen. Også tre andre artikler demonstrerer at legene har problemer med rådgivningen mht. yrkessykdommer (2-4). Pga. utilstrekkelig epidemiologisk og arbeidsmedisinsk kunnskap unndras pasienter fra lovbestemte rettigheter av stor økonomisk betydning for den enkelte. Den metodiske advarsel fra Wergeland og medarbeidere (1) har rekkevidde også utenfor yrkesskadetrygden; den minner om observerende metoders begrensninger. En diskusjon om faglig rekkevidde løfter også frem det viktige spørsmål - relevant langt utenfor epidemiologenes rekke - om hva leger egentlig har dekning for å uttale seg om, når vi opptrer som medisinsk-faglige rådgivere for samfunnet.

Epidemiologiens muligheter og begrensninger

Vi har forbausende lite kunnskap om sykdommers årsaker. Astma og allergi er bare to av mange eksempler på viktige sykdomsgrupper der vi nesten står på bar bakke når vi skal bedømme årsaksforhold og derved forebyggingsmuligheter. Trolig er den disposisjonen som ligger gjemt i vår genetiske bagasje, dominerende i forhold til betydningen av miljøeksposisjoner for utviklingen av de fleste sykdommer. Men forekomsten av enkelte lidelser endrer seg relativt hurtig, og andre sykdommer varierer i forekomst i ulike befolkningsgrupper. Det viser at miljømessige faktorer også er viktige. Vi kjenner bare noen få av disse og kan dessuten lite om samspillet mellom arv og miljø som årsak til sykdom.

Den mest effektive måten å undersøke en mistenkt sykdomsårsak på hos mennesker, er gjennom et randomisert kontrollert forsøk. Av selvinnløsende årsaker kan man ikke utsette mennesker for potensielle karsinogener eller andre sannsynlige årsaksfaktorer i eksperimentelle forsøk. Vi står derfor tilbake med pasient-kontroll-undersøkelser og kohortstudier. Vanskeligheten med slike undersøkelser er bl.a. å ha oversikt over alle viktige variabler og å måle dem på en pålitelig måte (5).

Mange epidemiologer bruker en tommelfingerregel om at relativ risiko må være 3-4, altså at sykdommen må forekomme 3-4 ganger hyppigere blant eksponerte enn blant ikke-eksponerte, før man kan være sikker på at det er en sammenheng (6). Når epidemiologien

som metode de siste par årene er blitt heftig omdiskutert (6, 7) er det fordi mange av de risikofaktorstudier som publiseres, ender opp med mer beskjedne effektestimater, ofte uten at sammenhengen mellom eksposisjon og sykdom har noen sannsynlig biologisk basis.

Mediene elsker risikofaktorepidemiologien. Den skaper en strøm av nyheter av typen “mye kolesterol øker faren for cancer i endetarmen”, “yoghurt gir risiko for ovarialcancer”, “munnavann med alkoholinhold gir kreft i munnhulen”, “vasectomi øker faren for prostatacancer” og tilsvarende overskrifter pressen har plukket opp fra medisinske tidsskrifter (6). Slik kan uvettig årsaksforskning bli drivstoff for et risikohysteri i befolkningen som skaper sykdomsfrykt og gjør livet vanskeligere å leve for mange (8).

Implikasjonene er flere. Årsaksforskerne må kritisk vurdere sin funn. De som driver helseopplysning må unngå å underminere folks medisinske selvbergingsveie. Og i praksisfeltene må man unngå å løpe rett fra risikofaktoranalysen til handlingsprogrammet. Forebyggende tiltak må evalueres rigorøst før de slippes løs på befolkningen.

Kvaliteten i sakkyndige vurderinger

Samfunnet har på mange hold behov for å bli tilført medisinsk fagkunnskap for å kunne fatte beslutninger i spørsmål som bl.a. har med skyld og ansvar, samfunnsutvikling og fordeling av velferdsgoder å gjøre. Leger opptrer derfor som sakkyndige i mange sammenhenger. Symmeldinger og legeerklæringer til folketrygden, kommunelegens rolle som medisinsk-faglig rådgiver og trygdelegenes råd i saksbehandlingen er noen få eksempler, i tillegg til den klassiske sakkyndigrollen slik den spilles av leger i retten. Medisinsk rådgivning har et stort omfang og ukjent kvalitet.

Mye av den medisinske kunnskap er innhentet på gruppenivå og lar seg vanskelig overføre til enkeltindivider. Det er en viktig begrensning ved legens nytteverdi i mange situasjoner der samfunnet trenger mer hjelp enn det vi har å tilby. En annen vanskelighet er den enorme fart i kunnskapsutviklingen som gjør det nødvendig med systematiske metoder for å beskrive kunnskapsstatus på et bestemt felt. At noen er en “ekspert” er ikke lenger garanti for en gyldig vurdering, i en tid der enhver medisinsk fordom kan hente støtte i publisert forskning og klinisk erfaring. Det er grunn til å tro at det medisinske skjønn, som ennå er gangbart i norske rettssaler, i fremtiden må utvikle seg fra en kvalifisert synsing til noe mer etterprøvbart og vederheftig. “The battle of experts” er velkjent fra andre lands rettssaler og har bidratt til å underminere både legfolks og rettsvesenets tro på vitenskap som et gyldig grunnlag for avgjørelser, bl.a. i erstatningsrettslig sammenheng. Marcia Angells bok *Science on trial* (9), omtalt i dette nummer av Tidsskriftet (10), viser hvilket håpløst utføre et samfunn kommer opp i når de medisinske sakkyndige ikke føler seg forpliktet av de metodekrav som gjelder for kunnskap om kunnskapen (science on science).

Samfunnsmedisin som praktisk arbeid i norsk forvaltning er i hovedsak rådgivning til samfunnet om hvilke tiltak man bør satse fellesressursene på, for å forebygge og behandle sykdom og fremme helse; ikke bare innenfor rammen av helsetjenesten, men også i miljøpolitikken, i samferdselssektoren og på næringsmiddelområdet. Det er derfor en spennende utfordring norske samfunnsmedisinere har tatt fatt på, når man tydeligere ønsker å forme medisinsk-faglig rådgivning som et fag. Fordi medisinske premisser bør være viktige elementer i politikktutforming i et moderne samfunn, har man her en mulighet til å utvikle en særskilt kompetanse som samfunnet vil etterspørre. To forutsetninger er nødvendige for å utvikle profesjonalitet i rollen som medisinsk-faglige rådgivere:

- Man må øve opp evnen til å belyse sak etter sak med systematiske beskrivelser av effekter, verdier og økonomi knyttet til ulike tiltak og utfall (11)
- Innspill til dem som utformer politikk er gode hvis de gjør det lettere for beslutningstakere å treffe nødvendige valg. Politiske prioriteringer skal belyses av de

medisinske bidrag, ikke dikteres av dem.

Trygdelegens arbeid, som bidragsyter i fordelingen av velferdsgodene, er spesielt vanskelig. Forutsetningen for bruk av medisinsk fagkunnskap på trygdeområdet er at den skal gjøre det mulig å avgjøre søknader om økonomisk understøttelse på en rettferdig måte (12). Denne forutsetning er det ikke mulig å oppfylle. Kunnskap om etiologi, diagnostikk, prognose, forebygging og behandling, som i en sum er hva medisinsk fagkompetanse dekker, strekker ikke til for å skape rettferdighet i trygdeforvaltningen. Å bedømme reduksjon i arbeidsevnen pga. sykdom, som er det såkalte medisinske kriterium i folketrygden, er mulig når folk enten er veldig lite eller veldig mye syke. Da trenger man til gjengjeld ikke medisinsk embetseksamen for å foreta vurderingen. Og det store flertall av personer som for tiden søker statlig trygd, har ikke sykdom med slike åpenbare og utvetydige konsekvenser. Det er på tide at vi erkjenner - og problematiserer - den normative posisjon leger befinner seg i, når man mener dette og hint om at noen personer skal fritas for arbeidsplikten, mens andre må gå på jobb eller på sosialkontoret.

Trygdemedisin er ikke et fag i seg selv, og kan aldri bli det. Interessefeltet trygd bør snarest tilbakestilles til sosialmedisinen, som nettopp har hevdet at beslutninger om økonomisk understøttelse i stor grad fattes på grunnlag av verdier, normer og meninger (13). "Rettferdig" rasjonering av velferdsgoder på medisinske premisser er en umulighet. Så lenge vi fortsetter å se på en trygdesøknad som et ubesvart spørsmål der det finnes en medisinsk fasit, fungerer det medisinske, sakkyndige bidrag tilsørende. I erkjennelsen av at spørsmålet kun har normative svar og at søknaden egentlig representerer en forhandlingssituasjon (14), kan det medisinske skjønn spille en gyldig, opplysende rolle.

Det medisinske fag tilbyr kunnskap som kan være til nytte når samfunnet skal treffe en del av de mange vanskelige beslutningene som til sammen avgjør hvilken kurs samfunnsutviklingen skal ta. Derfor er det viktig å understreke potensialet for medisinsk-faglig rådgivning på mange av samfunnets arenaer. Det er imidlertid like viktig å erkjenne begrensningen; hvilke spørsmål det medisinske fag ikke kan besvare og følgelig hvilke roller leger bør overlate til andre.

Arild Bjørndal

LITTERATUR:

1. Wergeland E, Bjerkedal T, Mowé G. Vurdering av (yrkes)sykdommers årsak - hva har leger dekning for å uttale seg om? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 248-50.
2. Hilt B, Leira HL, Hjelde H, Sundstrøm S, Brynildsen E. Hyppighet og legers registrering av antatt arbeidsbetinget lungekreft i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 203-7.
3. Wergeland E, Bjerkedal T, Andersen A, Mowé G. Bruk av yrkesskadetrygd ved yrkessykdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 211-6.
4. Bratt U, Leira HL. Lov om yrkesskadeforsikring - en forbedring for de skadelidte? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 207-11.
5. Jacobsen G. Epidemiologiske studier - hvorfor er det så vanskelig å trekke sikre konklusjoner? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 15-6.
6. Taubes G. Epidemiology faces its limits. The search for subtle links between diet, lifestyle, or environmental factors and disease is an unending source of fear - but often yields little certainty. Science 1995; 269: 164-9.
7. Gary Taubes faces epidemiology. Epidemiology Monitor 1996; 17, nr. 6: 1-14.
8. Førde R. Har Illich fått rett. Skaper risikofokuseringen i medisinen uhelse? Nord Med 1996; 111: 113-5.
9. Angell M. Science on trial. London: W.W. Norton, 1996.
10. Ørstavik R. Vitenskap for domstolene? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 251-3.

11. Bjørndal A, Oxman A. Kunnskap, fagutøvelse og helsepolitikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 829-30.
12. Bjørndal A. Er sykdom et egnet kriterium for rasjonering av trygd? Et forsøk på drøfting av et grunnleggende spørsmål i sosialpolitikken. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 361-4.
13. Sundby P, red. Sosial velferd og sosial omsorg. Oslo: Fabritius, 1981.
14. Bjørndal A. Det finnes ikke sykdommer, bare syke mennesker - om vår bruk av fibromyalgi-begrepet. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2793-4.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no