



Medikamentell behandling av innbilt friske

REDAKSJONELT

HUNSKÅR S

Bak ein ironisk meint tittel gøymer det seg ei alvorleg utfordring: Korleis kan vi ta i bruk den aukande kunnskapen om risikofaktorar for ulike sjukdommar og tilby medikamentell behandling av enkeltindivid og samstundes hindre at størstedelen av folket til ei kvar tid er under utgreiing, kontroll og behandling? Vi opplever ein inflasjon av risikofaktorar og eit massivt, dels kommersialisert, teknologipress for å måle oss, vurdere oss og behandle oss alle. Typiske område for medikamentelle intervensjonstilbod er hypertensjon, låg beinmasse, depresjonskjensle, østrogenmangel og høgt kolesterolnivå. Behandlingstiltaka er gjerne assosiert med bruk av nye diagnostiske prosedyrar der både kostnads- og effektanalysar ofte er mangelfulle. Legeindustert overbruk av medisinsk teknologi er truleg eit aukande problem.

I dette nummeret av Tidsskriftet skriv Holmen og medarbeidarar at slik behandling reiser ei rekke spørsmål av medisinsk, etisk og økonomisk art, og at dokumentasjonskravet for effekt og biverknader bør vere strengt (1). Men det er også andre spørsmål som er viktige, spesielt for allmennpraktikarane, som står for mesteparten av aktiviteten. Holmen og medarbeidarar oppsummerer ein del særpreg ved slik risikointervensjon:

- Manglande oppleving av å vere sjuk og ingen subjektiv betring av behandlinga
- Behandlinga startar på grunnlag av ein statistisk samanheng
- Vanlegvis lågt risikonivå
- Manglande effektmål

Språkbruken og sjukdomsomgrepet vårt blir utfordra. Nye risikofaktorar, intermediære endepunkt og utvida sjukdomsdefinisjonar blir effektivt marknadsførte av media og legemiddelindustrien, men forskarar og legar er oftast med på ferda. Det er ikkje lenge mellom kvar gong vi ser oppslag der biologiske variablar og vanlege plager vert erklært som nye “folkesjukdommar”, hos kvinner oftare enn hos menn. Mellom ein femdel og halvparten av den aktuelle populasjonen er vanlegvis i risikozonen, av og til alle.

Men er alle desse pasientar? Holmen har tidlegare foreslått omgrepet “risikant” om ein person med ein asymptomatisk risikotilstand, medan ein “pasient” er ein person med subjektivt opplevd sjukdom eller plage (2). Spesielt fordi pasientomgrepet er så sterkt

knytta til eit objektivt diagnoseomgrep blir det problematisk også å knytte det til risikofaktorar vi nesten alle har. Men bruker vi tilstanden eller diagnosen som eit *prognostisk* omgrep, blir både forskjellen mellom primær og sekundær førebyggjning og grensa mellom frisk og sjuk mindre interessant. Diagnostikken er vanlegvis enkel, utfordringa ligg nemleg i prognostikken: Kva betyr dette testresultatet hos denne personen? Oppgåva for legen blir å fastsetje personen sin risikosituasjon basert på epidemiologisk og klinisk kunnskap, å vurdere aktuelle effektive intervensjonar og om desse er kostnadseffektive på det aktuelle risikonivået. Deretter kjem sjølvstilt individuell tilpassing, rådgjeving og samhandling med personen.

Vi må arbeide med *totalrisiko*, ikkje med enkeltfaktorar. Som legar er vi vane med å vurdere enkeltfaktorar, som blodtrykk. Vi må no venne oss til meir komplekse risikovurderingar. Det betyr at eit blodtrykk som er akseptabelt hos éin person, bør behandlast aggressivt hos ein annan. Dette er vanskeleg (3), og til hjelp må vi få verktøy som er valide, praktiske og raske i bruk. Legane må mestre tankegangen, og treng både tilgang til og opplæring i bruk av slike instrument. I legestudiet får studentane ei systematisk innføring (4), medan utfordringane er store i vidare- og etterutdanninga (5). For mange av dei aktuelle tilstandane er heller ikkje datagrunnlaget godt nok til særleg sikker individuell risikovurdering, i seg sjølv ein tankekross når behandlinga brer om seg.

Omgrepsapparatet må utvidast, klinisk epidemiologi må bli daglegtale mellom legar. Absolutt risiko og risikoreduksjon, number needed to treat, prediksjonsverdi og kostnadseffektivitet er berre nokre av orda vi alle etter kvart må kunne bruke (4).

Pasienten si meining skal høyrast når helsearbeidarar handlar. Dette har ein i medisinsk teori alltid lagt stor vekt på, og den såkalla pasientsentrerte metoden er utvikla for mellom anna å sikre at legen i tilstrekkeleg grad samhandlar med pasienten både i utgreiings- og behandlingssfasen. Utviklinga går frå forordning til forhandling. Dette er pensum for ein kvar moderne allmennpraktikar, men pasientmedverknad blir ekstra viktig ved medikamentell risikointervensjon.

Språkbruken vår kan nemleg forføre personar til ei pasientrolle dei ikkje har godt av ("du har fått blodtrykkssjukdom"), og vi manglar utprøvde pedagogiske modellar for å forklare risikovurderingar til pasienten. Legar blir lett teknologi- og behandlingssivrige, og dersom vi i tillegg ikkje vågar å fortelje om (ein liten) absolutt risiko og behandlingseffektivitet (6, 7), og heller ikkje tek omsyn til verdiar og synspunkt hos den enkelte, kan vi sjukeleggjere store folkegrupper. Dette er redusert autonomi. Dersom helsetilbodet vert rekna som eit forbrukargode og det er kjøpars marknad (så langt lommeboka rekk), og legen legg seg flat for eit kvart pasientønskje, kan ein sjølvstilt hevde at dette eigentleg er ønska pasientautonomi (8). Så enkelt er det nok ikkje. Prinsippet om marknad og rasjonelle val føreset nemleg likeverd og kunnskap om alle konsekvensar av valet (full varekunnskap), og det kan vi aldri oppnå på helsemarknaden, uansett Internett og godt informerte pasientar. Når indikasjonen for behandling eller testing blir å redusere ein utryggleik vi sjølve har skapt, øver vi vald mot vår faglege integritet (9).

Den beste strategi er ein høgrisikostrategi. Legar bør bruke tid på å vurdere risikosituasjonen hos mange, men bør avgrense intervensjonen til dei med størst gevinst av behandlinga. Tiltaksgrensa må stadig debatterast i lys av ny kunnskap. Men uansett absolutt risiko bør vi vere ytterst varsame med å inkludere meir enn 10-20% av populasjonen i behandlingstiltak for enkeltfaktorar.

Steinar Hunsikår

LITTERATUR:

1. Holmen J, Hetlevik I, Krüger Ø. Legemidler ved symptomfrie risikotilstander - dokumentasjonskravene bør skjerpes. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3972-4.
2. Holmen J. Medikamentell risikointervensjon - en omsorgsteknologi i krise? Tidsskr Nor Lægeforen

1994; 114:465-9.

3. Meland E. Management of coronary heart disease risk in general practice. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 1997.
4. Hunskaar S, red. Allmennmedisin. Oslo: Ad Notam, 1997.
5. Bjørndal A, Flottorp S. Cum scientia caritas. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 981-4.
6. Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. BMJ 1998; 317: 263-4.
7. Gulbrandsen P, Nylenna M. Behandlingsmål for blodtrykk under press. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3101.
8. Nessa J. Ein har ikkje noko anna val enn å la pasienten velje. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2817-20.
9. Førde R. Kven definerer nyttelaus behandling - pasienten eller legen? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2652-4.

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

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