

Allmennmedisinens modige maur

– Snart kan ingen forlate et legekontor uten å få påvist en aller annen risiko for sykdom eller død, sier Irene Hetlevik. Hun er kritisk til helsevesenets økende forbruk av ressurser til undersøkelser og behandling av friske individer. Samtidig vet hun godt at hennes regnestykker er en bitter pille å svelge for mange leger.

Påstanden om at helsevesenet gjør folk syke, er langt fra ny, men doktor Hetleviks aritmetriske betraktninger gjør den mer aktuell enn noen gang før. Et eksempel: For å hindre ett tilfelle av hjertedød og to ikke-dødelige hjerteinfarkter blant middelaldrende menn uten hjertesykdom, må du som lege behandle 200 slike menn med kolesterolsenkende medisiner i fem år. Prislappen på medisinene er rundt 3,6 millioner kroner, legearbeidet kommer i tillegg.

Eller ta et annet eksempel. Da kolesterolgrensen ble satt ned fra 8 til 6,5 mmol/l, ble risikopopulasjonen mer enn tredoblet, fra 265 000 til 905 000 nordmenn. For å følge opp alle sammen med en times konsultasjonstid årlig, trengs det et helt årskull av norske leger.

Vanskelig risikobegrep

Tidsskriftet tropper opp til kombinert intervju og regnetime hos Irene Hetlevik en dag i oktober. Adressen er Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim, der hun skjøtter stillingen som førsteamanuensis tre dager i uken. De øvrige to dagene er hun allmennpraktiker ved Ranheim legesenter, der hun passer på sine 600 listepasienter. Hun og ekte mannen Pål Kristensen, som også er lege, har jobbet i samme praksis i 20 år. Paret har to voksne sønner.

– Noen vil si det er kynisk å regne sånn som du gjør?

– Nei, det har ikke noe med kynisme å gjøre. Det handler om at leger skal ivareta både individets og samfunnets interesser på beste måte. Helsetjenesten har dessuten en plikt til å gi pasientene god informasjon om terapien som tilbys og om hvilken gevinst de kan få ved medikamentell risikointervensjon.

– Er det ikke en selvfølge at legene informerer?

– Jeg vil stille motspørsmålet: Er det egentlig det? Og forstår

legene risikobegrepet godt nok? Tidligere trodde jeg at hver eneste hypertoniker hadde gevinst av medisiner eller andre tiltak jeg anbefalte. Etter hvert har jeg lært at bare et fåtall får reelle helsegevinster, mens de fleste får bivirkninger eller bekymringer.

Når Hetlevik legger frem sine regnestykker for leg og lærd, er det for å illustrere at moderne, forebyggende behandling bygger på statistiske risikovurderinger. Men også for å demonstrere hvor vanskelig det er å lage kliniske retningslinjer.

Nettopp det var temaet i doktorgraden hun tok for to år siden (1): Hvordan forholder allmennleger seg til retningslinjer for høyt kolesterol, diabetes og hypertensjon? Hetlevik oppdaget at avstanden mellom teori og praksis er stor. Verken legenes at-

ferd med hensyn til å følge retningslinjer eller pasientenes måleresultater ble signifikant bedre etter at legene fikk ekstra opplæring i å følge retningslinjer.

– En viktig årsak er at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til rammebetingelser, for eksempel antall leger som skal utføre arbeidet. En annen årsak er at pasientene hører på hva vi sier, men følger ikke våre råd, kommenterer Irene Hetlevik.

Hundre for en

– Helsevesenet må ha retningslinjer for å kunne drive med risikointervensjon, av hensyn til både individet og samfunnet. Dette er særlig aktuelt ved hjerte- og karsykdommer, diabetes og osteoporose. Men gode retningslinjer forutsetter at vi forstår risikobegrepet.

– Kan det forklares enkelt?

– Prinsippet er grovt sett at flere hundre personer må undersøkes og behandles, for den ene som har et vinnerlodd med gevinstmuligheter. Verken lege eller pasient får noen gang vite hvem som får gevinsten, sier Hetlevik.

Hun mener imidlertid at det er for lett å gjøre folk avhengig av helsetjenesten, ved å gi dem en tro på at man kan holde seg frisk, bare man følger legenes råd: – Både leger og helsepolitikere trenger et mer differensiert syn på risikointervensjon, sier hun.

Som lærer og kursleder erfarer hun gang på gang at denne erkjennelsen nærmest fremtrer som en åpenbaring hos mange leger. Hun tar frem et avisintervju med tittelen «Helseimperialister gjør folk syke», der hun står frem og trekker paralleller mellom å drive legearbeid og å utøve helseimperialisme.

– Umiddelbart kan overskriften virke litt voldsom, men jeg står fast ved den. For meg er det et dilemma at helsevesenet og legene bruker stadig mer tid og ressurser på risikooppsporing



– Når intervensjonsgrensene settes så lavt at subjektivt friske mennesker blir sykkeliggjort, er det på tide at helsevesenet tar en debatt om innholdet i våre kliniske retningslinjer, mener Irene Hetlevik. Foto T. Sundar

hos friske personer, fremfor å behandle dem som er syke. Når vi gjør friske personer til pasienter, kaller jeg det helseimperialisme.

Hun understreker at selv om det er allmennlegene som gjør dette arbeidet, er det ikke de som finner på det.

– Epidemiologisk forskning produserer risikofaktorer som aldri før, og legemiddelindustrien følger etter med medikamentelle løsninger, ofte understøttet av spesialister som ønsker oppmerksomhet på sitt arbeidsfelt. Mediene, på sin side, selger deler av den medisinske kunnskapen til befolkningen, som henvender seg til allmennlegene og etterspør tjenester.

– Det grunnleggende spørsmål helsevesenet må stille er: Hvor går grensen for når en frisk person kan sies å ha et helseproblem?

Ikke til salgs

Det Hetlevik ønsker seg, er mer debatt om det faglige innholdet i helsetjenesten og beslutningsgrunnlaget for risikointervensjon. Her er vi inne ved kjernen i hennes forskning og grunnlaget for hennes engasjement i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM). NSAM er en av Legeforeningens 58 spesialforeninger, og blir iblant omtalt som allmennmedisinens faglige alibi.

Siden 1997 har Hetlevik vært leder i NSAMs hypertensjonsgruppe, et verv hun overtok etter Jostein Holmen (2). NSAM lager kliniske retningslinjer på et fritt, faglig grunnlag og uten bindinger til industrien.

Uavhengigheten er et viktig poeng for NSAM, som nylig måtte se i øynene at det ikke var mulig å oppdrive en eneste offentlig krone til å publisere sine retningslinjer for forebygging av hjerte- og karsykdommer. Verken Helsetilsynet, Legemiddelverket, Rikstrykdeverket eller den tidligere statseide legemiddelgrossisten Norsk Medisinaldepot var villig til åpne pengesekken. Det som skulle bli en samlet revisjon av handlingsprogrammene fra 1986 og 1993, endte opp som flere publikasjoner i Tidsskriftet (3–6).

For Hetlevik & co kom det ikke på tale å fri til industrien om penger: – Denne saken viser at myndighetene svikter sitt ansvar for å drive med fagutvikling. NSAMs retningslinjer er den plattformen man har for å vurdere kvaliteten i helsetjenestene.

Bråk om blodtrykk

Et velkjent eksempel på dilemmaene som oppstår når retningslinjer blir implementert, er Verdens helseorganisasjons forslag om å følge opp alle som har et blodtrykk over 140/90 mm Hg. Med en så lav grense, vil rundt en million nordmenn få en risikomerkelapp, har Irene Hetlevik regnet seg frem til (4).

– I så fall måtte vi behandle en halv million flere personer enn det vi gjør i dag, og

— fakta —

– Irene Hetlevik, født 24.7. 1952

– Cand.med. i Bergen 1978, spesialist i allmennmedisin 1990, dr.med. i Trondheim 1999

– Kombinerer stilling som førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag, NTNU (siden 1997) og allmennpraktiker ved Ranheim legesenter (siden 1981)

– Leder for referansegruppen for hypertensjon (Hypertensjonsgruppen) i Norsk selskap for allmennmedisin siden 1997

det mener jeg ville være helt galt. Man kan bare ane hvor store ressurser som trengs. Legger vi derimot NSAMs retningslinjer til grunn, skal 300 000–400 000 nordmenn ha behandling. Det er forenlig med risikopopulasjonens størrelse i dag.

– Hvem skal allmennlegene lytte til?

– NSAM. Våre retningslinjer er forankret i praktisk, klinisk arbeid og i allmenn- og samfunnsmedisinske overveielser. Spesialistene, på den annen side, setter generelt lavere grenser for å intervensjonere, og påfører dermed flere mennesker et risikostempel.

Hetlevik vet at hun risikerer å få et helt korps av indremedisinere på nakken.

– Debatten om intervensjonsgrenser har vart i flere år, og mange vet hva jeg mener. Det mange ikke forstår, er at dette dreier seg om politiske prioriteringer. Selvsagt skal vi som leger identifisere personer med høy sykdomsrisiko, men det betyr ikke at alle skal ha piller. Forebyggende arbeid kan også skje utenfor legekontoret, for eksempel ved å senke prisene på grønnsaker.

Full bømte

Uredd, nøktern og grundig, er omkvedet når kolleger beskriver Irene Hetlevik. At hun i blodtrykksdebatten taler superspesialistene midt imot, har nærmest gitt henne status som en modig maur i norsk allmennmedisinen. Noen føler at hun, ved å hevde at helsevesenet gjør oss syke, sager av greinen allmennlegene sitter på. Skjønt de fleste mener hennes budskap gir viktig næring til allmennmedisinens kunnskapstre.

Da hun i 1994 gikk inn i en forskerstilling ved Samfunnsmedisinsk forsknings-senter i Verdal, var hun en erfaren allmennpraktiker. Kolleger hevder hun var så populær som fastlege, at hun ble nedlesset med både pasienter og gjøremål, noe som var utslagsgivende for ønsket om et karriereskifte.

Hennes lederartikkel i Tidsskriftet i 1999, under tittelen *Den fulle allmennmedisinske bømten* (7), må ha truffet en følsom streng hos hardt arbeidende leger. I allfall etter antall siteringer å dømme. Her skriver hun at allmennlegene ikke bør endre intervensjonsgrensen for blodtrykksbehandling,

så lenge de ikke makter andre og viktigere oppgaver i primærhelsetjenesten.

– Når stadig nye oppgaver pålegges eller delegeres til en allmennlegetjeneste som fra før har fulle dager, vil det ramme de eksisterende tilbud. Nettopp det vil skje dersom legekontorene fylles opp med «risikanter», dvs. friske personer som har fått en risikomerkelapp.

– Ser du en løsning på dilemmaet?

– Nye tiltak og retningslinjer må alltid veies opp mot andre, prioriterte helseoppgaver. Allmennleger må også sette grenser, noe vi kan oppnå gjennom en kontinuerlig debatt om helsetjenestens kvalitet og innhold. Det vil si hva vi som leger i bunn og grunn skal drive med. Selv om vi bruker enorme ressurser på å behandle blodtrykk over 140/90 mm Hg, vil likevel ni av ti hjerteinfarkter forekomme.

– Risikointervensjon er en komplisert arena, der ulike faktorer blir vektlagt alt etter hvilken spesialistgruppe som lager retningslinjene. Dette er en viktig grunn til at allmennpraktikere har problemer med å se skogen for bare trær, konkluderer Irene Hetlevik.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.
2. Høie I. Jostein Holmen: HUNT og lavt etter sammenhenger. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4104–5.
3. Holmen J, Hetlevik I, Ellekjær E, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland M. Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1794–9.
4. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
5. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Forebyggende livsstilsråd mot hjerte- og karsykdommer i primærhelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2656–60.
6. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.
7. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bømten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3547.