

Allmennlegene følger ikke anbefalte retningslinjer for forebyggende arbeid med diabetikere. Hvorfor?

Anbefalinger som ikke følges

Det allmennmedisinske miljøet i Norge og i særlig grad Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) har markert klare standpunkter i debatten om risikointervensjon.

NSAM har advart mot å utvide risikokriterier knyttet til hjerte- og karsykdom og argumentert for å unngå unødvendig kostbar behandling av mennesker med lav risiko. Aktuelle eksempler på dette er debattene om grønn resept (1) og om tiazidbehandling ved hypertensjon (2). Etter NSAMs mening må det kliniske arbeidet først og fremst rettes mot pasienter med sykdom og mot personer med høy risiko for fremtidig sykdom (3, 4). Grenser for intervensjon er basert på vitenskapelig dokumentasjon, men er også uttrykk for etiske og helsepolitiske valg. Etter NSAMs oppfatning er befolkningsstrategier bedre egnet enn den kliniske, individrettede strategi i det forebyggende arbeidet hos personer med moderat og lav risiko for sykdom.

Lederen av NSAMs referansegruppe for diabetes, Tor Claudi, og medarbeidere presenterer i dette nummer av Tidsskriftet en undersøkelse som viser at allmennlegenes forebyggende arbeid overfor diabetikere ikke er bra nok (5). Lars Christian Stene og medarbeidere viser at anslagsvis 90 000–120 000 mennesker har kjent diabetes i Norge i dag, og nesten like mange kan ha udiagnostisert diabetes (6). Dette er viktig dokumentasjon. Diabetikere utgjør en stor gruppe med høy risiko for hjerte- og karsykdom og for tidlig død. Det er derfor viktig at allmennlegenes behandling av diabetikere er optimal. Claudi og medarbeidere viser at norske allmennleger ikke følger vedtatte anbefalinger og underbehandler personer med kjent type 2-diabetes. Tre forhold påpekes: Vi gjør en for dårlig jobb med anamnese og journalføring; særlig mangler opplysninger om røyking og overvekt. Vi underbehandler med statiner og acetylsalisylsyre i forhold til anbefalingene fra Statens legemiddelverk og NSAM. Og vi gjør en for dårlig jobb med blodtryksbehandlingen. Dette er ikke hyggelig lesing.

Ved behandling av personer med særlig risiko for sykdom er det viktig å finne dem med høyest risiko og behandle disse optimalt. Artikkelen til Claudi og medarbeidere er et godt bidrag til en slik skjerping og gir viktig dokumentasjon for praktisk risikointervensjon. For å gjøre en god jobb med diabetikere må legen fastsette og dokumentere individuelle mål. Det finnes nå muligheter for å skaffe seg oversikt over egen praksis, beregne risiko for enkeltpasienter og drøfte ulikheter i forhold til kollegers tall og behandlingsmål (7). Dette bør allmennlegene benytte seg av.

«Støyen» i diskusjonen om behandling av personer med lav risiko for sykdom innebærer en fare for at allmennlegene kan bli sløve og ikke ta risikointervensjon på alvor. Dette vil i så fall spesielt ramme dem med høy risiko for sykdom. Vi vet ikke nok om hvorfor leger ikke registrerer røykevaner og kroppsvekt og hvorfor det ikke blir tatt tilstrekkelig hensyn til risikofaktorer. Skyldes det bare dårlig journalføring? Registreres for eksempel røykevaner bare dersom pasienten røyker? Kan mangelen skyldes at pasientene får så mange medisiner og feiler så mye annet at risiko for hjerte- og karsykdom kommer i bakgrunnen? Når nesten en tredel av pasientene er eldre enn 75 år, som i studien til Claudi og medarbeidere, oppfattes kanskje forebygging av sykdom som mindre nødvendig både av pasient og lege? Kan mangel på etterlevelse (compliance) tolkes som et «opprør» blant allmennlegene? Studier har vist at allmenn-

legers praksis ofte avviker fra aksepterte anbefalinger, og at omfattende tiltak for å rette på dette, ikke har særlig effekt (8). Hvorfor følger ikke legene vedtatte retningslinjer, og hva kan gjøres for å få dem til å gjøre det? Det kan være grunn til å minne om at den selvstendige pasient er bedre enn en pasient som ureflektert følger legens råd (9).

De nyeste diagnosekriteriene for diabetes innebærer at en større del av befolkningen regnes for å ha diabetes. Tilsvarende gjelder for diagnosekriterier for behandlingstrengende hypertoni og hyperkolesterolemi. Det er ikke full enighet om at man skal behandle alle med kolesterolverdier over 5,5 mmol/l, slik mange med diabetes har. En slik behandlingsindikasjon vil innebære at i praksis alle diabetikere må ha et medikament (statin) for å forebygge hjerte- og karsykdom. Dessuten er 140/85 mm Hg som mål for blodtryksbehandlingen lavt, når man ikke tar forbehold om alder, og det fremstilles som et problem at bare 12 % av pasientene får tre eller flere blodtryksmedisiner. Det er problematisk når definerte behandlingsmål og behandlingsindikasjoner på denne måten medfører behov for et stort antall medikamenter for én risikofaktor. Hvis man skulle tenke tilsvarende om de andre risikofaktorene, vil mange pasienter lett få forskrevet 5–7 medikamenter hvis anbefalingene skulle følges fullt ut.

Norske allmennleger arbeider i en kontekst der risiko får ulik betydning og vektning avhengig av pasientens alder og situasjonen for øvrig, inkludert pasientens verdigrunnlag. Mange pasienter er, med god grunn, skeptiske til multimedikamentell behandling. Synes kanskje allmennlegene det er vanskelig å implementere anbefalinger som gjør symptomfrie personer om til pasienter som trenger et stort antall medikamenter med potensielt mange bivirkninger?

Gisle Roksund

gisle.roksund@klosterhagen.no

Gisle Roksund (f. 1951) er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og fastlege ved Klosterhagen legesenter i Skien. Han er leder av Norsk selskap for allmennmedisin.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Gjelsvik B, Hetlevik I. Grønn resept gjør friske til syke. Dagbladet 29.11.2003.
2. Feiring E. Tiazider skal prioriteres ved hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 611.
3. Hetlevik I, Holmen J, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Meland E. Kliniske retningslinjer for hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3037–41.
4. 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.
5. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Michaelsen T, Harboe K, Ingsog W et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1508–10.
6. Stene LC, Midthjell K, Jenum AK, Skeie S, Birkeland KI, Lund E et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1511–4.
7. NOKLUS klinikk. www.legeforeningen.no/index.gan?id=1606 (13.3.2004).
8. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.
9. Bråtvæit A, Nessa J. Compliance – eit problematisk omgrep. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 1050.