

Han har skrevet bøker om kunnskapsbasert medisin og lærer opp medisinstudenter i kritisk kunnskapsevaluering. Nå leder trebarnsfaren Atle Klovning arbeidet med å lage nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge.

Intervjuet: Atle Klovning

Mot en kunnskapsbasert svangerskapsomsorg

– Et kurs i London i 1997 forandret mitt forskningsmessige og faglige liv, begynner Atle Klovning entusiastisk, nesten før vi får satt oss ned ved kafébordet. Ikke én, men to ryggsekker med sakspapirer og bærbar PC blir plassert ved siden av stolen. Allmennpraktikeren og forskeren mener hemmeligheten bak effektivitet er alltid å ha noe å jobbe med for hånden. Det er blitt enda flere reisedøgn det siste året etter at Sosial- og helsedirektoratet bad ham finne ut om svangerskapsomsorgen i Norge holder vitenskapelig mål. Tidsskriftet treffer ham på et kort stopp i hovedstaden for å informere barnelegene i Akershus om høringsforslaget til nye retningslinjer som lå ferdig i august.

– I England fikk jeg for første gang virkelig grep om metoden som brukes i kunnskapsbasert medisin, fortsetter Klovning. – Filosofien bak kunnskapsbasert medisin er at den enkelte lege systematisk bør søke å integrere sin kliniske erfaring med den beste medisinske forskning tilgjengelig. Klovning skisserer opp en trekant. – Medisinsk diagnostikk bygger på tre hjørnesteiner. Den klassiske forståelsen av møtet mellom pasient og lege er bildet av den autoritære eksperten som bestemmer hva slags behandling pasienten skal få. I dag tar vi det som en selvfølge at også pasientens verdier og ønsker skal veie tungt i beslutningsprosessen. I tillegg har vi heldigvis begynt å sette spørsmålsteget ved legens ekspertise. Hvordan kan vi være sikre på at klinisk erfaring er et godt nok grunnlag for å vite hva som er den beste behandlingen? Klovning lener seg fremover for å understreke sitt poeng: – For å sikre oss at pasienten får best mulig behandling, er vi nødt til å basere oss på vitenskapelige studier, ikke bare den enkelte leges skjønn. Systematisert oppdatert medisinsk kunnskap må være den tredje avgjørende faktoren for hva som gjøres i klinisk praksis.

Britisk grundighet

Kunnskapsbasert medisin ble opprinnelig benyttet som en undervisningsteknikk for

medisinstudenter i Canada. Etter hvert innså britiske leger nytteverdien av metoden også i klinisk praksis. Senteret for kunnskapsbasert medisin i Oxford er enestående i sitt slag. Metoden brukes ikke bare i universitetsmiljøer. – Det er alltid inspirerende å treffe britiske allmennpraktikere, sier Atle Klovning. – De har en vitenskapelig tilnærming til problemstillingene som jeg ikke finner igjen i samme grad hos norske allmennleger. Jeg synes norske leger er for lite flinke til kritisk å vurdere kunnskap. Det er ikke nok å handle i det godes tjeneste. Man må også vite hva man gjør. For noen år siden trodde vi at antiarytmika var gunstig i fasen rett etter et hjerteinfarkt. Slik tok vi livet av flere tusen mennesker. Det var først da randomiserte, kliniske studier forelå, at det ble klart hvor skadelig denne behandlingen var.

Klovning har gjort en formidabel innsats for at norske helsearbeidere skal bli mer bevisst på hvordan de foretar beslutninger. Publikasjonene spenner fra dataprogrammer til bruk i undervisning og klinisk praksis til veiledere for helsestasjonsarbeid og bruk av laboratorieprøver. Sammen med Arild Bjørndal og Signe Flottorp ved Folkehelseinstituttet skrev han boken *Medisinsk kunnskapshåndtering* (1). – Endelig en bok på norsk om medisinsk kunnskapshåndtering ad modum Cochrane, lød en av de begeistrerte anmeldelsene etter utgivelsen.

– Feilen mange leger gjør, er at de søker direkte på Medline når de skal lete etter medisinsk kunnskap på Internett, hevder Klovning. – Cochranebasen, som også har sitt opphav i Storbritannia, er uovertruffen når det gjelder vitenskapelig medisinsk informasjon. Der systematiseres studiene og vurderes kritisk mot hverandre. I de fleste andre databaser er det mer eller mindre usortert informasjon. Det kan være vanskelig å sile ut hvilke studier som er godt utført og hvilke resultater man bør ta med en klype salt.

Nettopp den kritiske sansen er det Klovning ønsker å oppmuntre medisinstudenter til å skjerpe. I tillegg til de over 200 kursene

Klovning har holdt de siste årene, holder han hvert år forelesninger i epidemiologi for sisteårsstudentene i Bergen. – Det viktigste er å kunne formulere en problemstilling adekvat. Forstår vi ikke nøyaktig hva vi er på jakt etter, kan vi heller ikke finne det rette svaret. I den anledning har Atle Klovning flere ganger kritisert legemiddelindustrien. – De endepunktene som presenteres i farmasøytisk sponsede studier er ofte enkle og lett målbare. Men har disse endepunktene betydning i klinisk praksis? Klovning er bekymret for at leger fort kan bli lurt. – Jeg forsøker å lære studentene probabilistisk tenkning. Mer generelt handler det om en holdning til faget og til egen utvikling. I legeyrket er vi aldri utlært, vi må stadig fornye oss og oppdatere kunnskapen vår.

Kleenex og empati

Kritiske røster har hevdet at kunnskapsbasert medisin står for en teoretisering av medisinen der man fjerner seg fra pasienten og det unike ved enkeltmennesket. Atle Klovning er sterkt uenig. – Den kunnskapsbaserte lege er ingen reduksjonist. Det er ingen motsetning mellom å se hele mennesket og å støtte seg til vitenskapelige data. På legekontoret til Klovning er datamaskinen plassert godt ut på siden av skrivebordet. Klovning ønsker ikke å være en lege som snakker til dataskjermen i stedet for pasienten. Han tror at samtalen som klinisk redskap bør vektlegges i langt større grad enn det som ofte gjøres. Flere års erfaring har gjort at allmennpraktikeren alltid har en boks Kleenex med ringblomstbalsam parat. Med den gode samtalen følger ofte tårer. – Jeg blir aldri lei av å prøve å forstå pasientene jeg møter. Hva betyr tapet av helse for personen som sitter foran meg? Allmennmedisinen krever en annen form for kvalitativ tenkning enn den som blir vektlagt når Forskningsrådets pengesekk skal deles ut. Jeg synes det er synd at pengene ofte går til medisinske fagområder det er lett å forske på.



Atle Klovning

Født 10.9.1963 i Stavanger

- Cand.med. Universitetet i Bergen 1989
- Spesialist i allmennmedisin fra 1997
- Forsker ved Institutt for samfunnsmedisin, Bergen, fra 1993
- Førsteamanuensis 2001
- Fastlege ved Olsvik Legesenter for 1 100 bergensere
- Veileder for workshops i kunnskapsbasert medisin i Oslo, London, Durham

Foto Kari Tveito

Etter en oppvekst i Asia der faren jobbet i FN, hadde Klovning egentlig tenkt å jobbe som lege i den tredje verden. Han blir drømmende i blikket når han forteller om barndommen i Malaysia, India og Bangladesh. Fargene, luktene og naturen var overveldende vakkert. Fritt for dramatik var livet likevel ikke. I 1970 ble familien tvunget til å reise fra Bangladesh på grunn av borgerkrig. Tilfeldighetene gjorde at Klovning ikke reiste tilbake til Asia, men holder hus i Bergen i en trevilla fra 1917 med sine tre barn, cocker spaniel og gynekologkone. I byen mellom de sju fjell jobber han halve uken som allmennpraktiker og i 50 % stilling som førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin.

Fanget av allmennmedisin

Atle Klovning bestemte seg for å bli allmennpraktiker under turnustiden. – Jeg var så heldig å få jobbe med Eivind Vestbø og Aslak Bråtveit, to allmennmedisinske frontfigurer, under distriktstjenesten på Finnøy. Da lærte jeg betydningen av systemteoretisk tenkning. Klovning husker tilbake på nervepirrende utrykninger med ambulansesbåten. Men like stor pris satte han på den lokalkjennskapen han fikk til folk og stedet. – Jeg ble fascinert av allmennmedisinen, og den fascinasjonen er like sterk i dag. Selv om jeg har engasjert meg i mange ulike prosjekter, har jeg hele tiden jobbet deltid som allmennpraktiker. Klovning begynte å jobbe ved Engen legesenter i Bergen i 1993. – Ikke lenge etterpå møtte jeg Steinar Hunskaar, sjef for samfunnsmedisinsk institutt ved Universitetet i Bergen. Han kapret meg raskt til et forskningsprosjekt. Professor Hunskaar og miljøet på samfunnsmedisinsk institutt er enormt inspirerende og åpnet øyene mine for epidemiologisk forskning. Noe av det første jeg begynte med, var å validere et spørreskjema om urinlekkasje. Jeg synes det er spennende å se hvor mye informasjon legen kan få uten tekniske hjelpemidler, bare ved å stille enkle spørsmål. Klovning humrer. – Innhenting av informa-

sjon i prosjektet skjer via Internett. Jeg pleier å spøke med at doktorgradsprosjektet mitt handler om urinlekkasje hos kvinnelige Internett-brukere.

Færre svangerskapskontroller

Revideringen av Norges største forebyggende helseprogram bygger på en omfattende gjennomgang av tilgjengelig kunnskap om svangerskapskontroll. – Ifølge Verdens helseorganisasjon er fire kontroller i løpet av svangerskapet tilstrekkelig. I Norge kontrolleres gravide i gjennomsnitt 12 ganger. «Klovning-utvalget» anbefaler sju kontroller av friske gravide i tillegg til ultralydundersøkelse i uke 16. Det skal bli færre rutineundersøkelser. – Vi skal slutte med å måle hemoglobin ved hver konsultasjon. Gynekologisk undersøkelse skal ikke lenger gjøres rutinemessig ved første kontroll. Rutinene med å sjekke for sukker i urinen hos alle skal vekk. Vi vet lite om hvilken betydning en lett økning i blodsukkeret, såkalt svangerskapsdiabetes, har for fosteret, forklarer Klovning. – Inntil videre finner vi det ikke riktig å bruke ressurser på undersøkelser vi ikke kjenner nytten av. Imidlertid foregår det to store studier av svangerskapsdiabetes som vil bli avsluttet i 2004. Våre videre anbefalinger vil avhenge av resultatet i disse. Arbeidsgruppen ønsker mer fokus på anamnese og mindre på tekniske undersøkelser. – Dagens røyke- og alkoholanamnese er altfor dårlig, mener Klovning. – Hva betyr det at man drikker av og til? Derimot er mange av opplysningene vi innhenter overflødige. Helsekortet for gravide blir ofte satt inn i albumet med bilder av den nyfødte. Er det virkelig nødvendig at det står oppført hvor mange provoserte aborter kvinnen har hatt, undrer Klovning. Helsekortet skal totalrevideres og gjøres tilgjengelig elektronisk. Direkte feil skal rettes opp. For eksempel er de angitte normalmålene for symfyse-fundus-avstand for lave i forhold til kvinners høyde i dag.

Arbeidsgruppen foreslår også at oppfølging hos fastlege og jordmor skal likestilles.

– I dag kontrolleres 80 % av kvinnene både hos fastlegen og hos jordmor. Dette er sløsing med ressurser. Hvis vi klarer å implementere de foreslåtte forandringene, vil staten spare anslagsvis 60 millioner kroner i året. Det er viktig å huske på at de aller fleste graviditeter forløper normalt og at kvinnene ikke skal behandles som syke, minner Klovning om.

Lodd i livet

Klovning har alltid likt å bidra der han kan. Avslutningen av doktorgradsarbeidet er blitt utsatt flere ganger fordi andre og viktigere oppgaver har dukket opp. Det fireårige forskerstipendet han fikk, gav han fra seg etter litt over to år for å starte opp NettDoktor, en norsk forgrening av Europas største helseportal for legfolk. Likevel, i høst har den engasjerte vestlendingen lovet seg selv at han skal si nei til tre ting hver dag. Men hva hjelper det når almanakken allerede er fullbooket til langt ut på nyåret? – Jeg gleder meg veldig til å gå i gang med å utarbeide retningslinjer for diagnostikk og behandling av diabetes for nettstedet Clinical Evidence, som har en million lesere og er gratis tilgjengelig i utviklingsland. Hva er for eksempel nytteverdien av at pasienter med type 2-diabetes måler blodsukkeret sitt selv, spør Klovning retorisk. Vi bruker 200 millioner kroner på teststrimler i året, og ingen har dokumentert at dette hjelper pasientene. Klovning er flink til å spissformulere seg. Men etter hvert er han blitt mer og mer forsiktig med hva han sier. – Det er blitt mitt lodd i livet etter at jeg begynte å profilere kunnskapsbasert medisin, nærmest sukker han. – Jeg kan ikke lenger komme med en eneste uttalelse som ikke er grundig dokumentert.

Kari Tveito

kari.tveito@lds.no
Lovisenberg Diagonale Sykehus
Oslo

Litteratur

1. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.