

● Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?

Af Lotte Hvas, John Brodersen, Birgitta Hoveliuss og Niels Bentzen



Biografi

Alle forfattere er specialister i almen medicin og er eller har været aktive som praktiserende læger. Lotte Hvas og John Brodersen er tilknyttet det almenmedicinske miljø i København, Birgitta Hoveliuss er professor emeritus i Lund, og Niels Bentzen er professor og associeret Syddansk Universitet og NTNU, Trondheim

Lotte Hvas' adresse

Industrivej 3,
4720 Præstø.
lotte.hvas@dadlnet.dk

Denne artikel har tidligere været bragt i bogen af samme navn (Månedsskrift for Praktisk Lægegerning, 2009). Forfatterne stiller retorisk spørgsmålet, om sundhedsvæsenet kan gøre skade. De svarer selv bekræftende og beskriver udførligt, hvorfor forebyggelsestiltag bør vurderes ekstra grundigt på både effekt og bivirkninger, før vi inviterer raske mennesker til at deltage. Forfatterne opfordrer til refleksion og forsigtighed, når vi som læger eller samfund griber ind i patienternes liv og selvopfattelse – med de bedste intentioner, men måske uafklarede konsekvenser.

MÅNEDSSKRIFT
for almen praksis

»Primum non nocere«
Hippokrates 460-370 f.Kr.

»Først og fremmest ikke skade« – således lyder et af buddene i den hippokratiske ed. Men alle læger ved, at uønskede virkninger er uundgåelige, når man undersøger og behandler patienter. Enhver medicinsk indgriben indebærer en risiko for skade, og undersøgelse og behandling af raske i forebyggende øjemed er ingen undtagelse.

Lægevidenskaben har gennem flere århundreder gjort store fremskridt, og muligheden for at helbrede og lindre sygdomme eller forhindre sygdom og handicap i at opstå har haft stor betydning for menneskers livskvalitet og mulighed for at udfolde sig, også trods kronisk sygdom. Men alligevel vover vi at stille spørgsmålet: *Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?* Og vores svar er: *Ja, desværre.*

I disse år, hvor vi ser en øget satsning på alle mulige forebyggelsesinitiativer med henblik på at øge befolkningens sundhed, ser vi også, at de samme initiativer kan medføre en lang række bivirkninger, der kan forværre sundhedstilstanden hos den enkelte. Nogle af initiativerne

risikerer at gøre os mere bekymrede, mere afhængige af sundhedsvæsenet og dårligere i stand til at mestre vores liv.

I regeringens sundhedsprogram tales der om »borgerrettet« og »patientrettet« forebyggelse, og en lang række initiativer ser dagens lys rundt omkring i kommunerne og på landsplan. Forebyggelsesinitiativerne har ofte fokus på opsporing af individuelle risikofaktorer og rådgivning af den enkelte, fx i form af helbredssamtaler med fokus på livsstil. Dette til trods for at forskning viser os, at effekterne af kampagner og individuel rådgivning er minimale (1, 2).

Et stort problem er, at skadelige virkninger af forebyggelse sjældent diskuteres i et fagligt forum endsige i det offentlige rum. Når der findes evidens for, at et forebyggelsestiltag eller en behandling virker, nedtones diskussionen om de skadelige virkninger i »den gode sags tjeneste«.

Det er ikke nok at sige at »forebyggelse er godt«, og »det må vi have noget mere af«. Ud fra en medicinsk etisk tankegang, er det en grundforudsætning, at vi ønsker at gøre det gode (*beneficence*). Men der skal samtidig tages hensyn til andre etiske principper, såsom ikke at gøre skade (*nonmaleficence*), respektere menneskers autonomi og selvbestemmelse og vurdere, om en indsats sker ud fra et retfærdighedsprincip og derved gavner dem, der har størst behov (3).

I praksis betyder det blandt andet, at omfanget af de gavnlige virkninger skal holdes op imod de skadelige virkningers omfang, sværhedsgrad og hyppighed. En afvejning, hvor der både i befolkningen og blandt læger ofte er uoverensstemmelser. Dette gør, at saglig oplysning om fordele og ulemper er særlig nødvendig, når man tilbyder forebyggelse.

Når sundhedsvæsenet *uopfordret* henvender sig til raske med et tilbud om forebyggelse, er lægen ansvarlig for, at tilbuddet er ufarligt og har en forventet gavnlig effekt for individet. Cochrane & Holland (4) påpegede allerede i 1971 denne problemstilling under en diskussion om skadevirkninger ved screening. De fremhævede, at der er stor forskel på situationen, når en patient henvender sig til sundhedsvæsenet, og når sundhedsvæsenet henvender sig til befolkningen eller til enkeltindivider:

»If a patient asks a medical practitioner for help, the doctor does the best possible. The doctor is not responsible for defects in medical knowledge. If, however, the practitioner initiates screening procedures the doctor is in a very different situation. The doctor should, in our view, have conclusive evidence that screening can alter the natural history of disease in a significant proportion of those screened.«

Det skal understreges, at vi med denne artikel ikke er ude på at berette om »afslørende journalistik« eller om lægesjusk. Vores udgangspunkt er, at vi som læger ønsker at hjælpe mennesker – raske såvel som syge. Vi mener til gengæld, at det er nødvendigt, at vi reflekterer over nogle af de uhen-

Figur 1 / I 2009 udkom bogen »Kan Sundhedsvæsenet skabe usundhed?«. Den var resultat af et mangeårigt fælles-nordisk samarbejde i Nordic Risk Group. Bogen er en samling af bidrag og refleksioner fra omkring 35 kollegaer, de fleste praktiserende læger, der har beskæftiget sig med forskellige aspekter af risikotænkning og medikalisering.

Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?

Refleksioner fra almen praksis

LOTTE HVAS, JOHN BRODERSEN OG BIRGITTA HOVELIUS (RED)



MÅNEDSSKRIFT FOR PRAKTISK LÆGEGERNING

sigtsmæssige og utilsigtede konsekvenser, det kan have, når raske mennesker kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Raske, forstået på den måde, at de ikke opfatter sig selv som syge, selvom de ud fra medicinske undersøgelser måske defineres som syge eller »måske syge«.

Hvilke skadevirkninger kan det handle om?

Samfundsforskeren og idehistorikeren Ivan Illich (5) bruger ordet iatrogenese, til at betegne, at der sker en medicinsk skadelig påvirkning af den enkeltes sundhed, hvis andre overtager ansvaret for ens helbred, hvis sundhedsvæsenet overtager kontrollen med menneskers tilstand og miljø eller fungerer som kulturel normsætter, således at folks opfattelse af dem selv ændres til noget negativt (6). Vi konkretiserer de

mulige skadevirkninger i fire kategorier: 1) fysiske, 2) psykiske, 3) sociale og 4) kulturelle.

Fysiske konsekvenser

De fleste forbinder bivirkninger med de fysiske/kropslige skader, der kan opstå ved undersøgelser og behandling. Det er forhold, der skal oplyses om, som det sker ved indlægssedler i medicinpakninger, og er oplysninger, som også bør gives til personer der inviteres til screeninger og andre samfundsinitierede tilbud om forebyggelse eller undersøgelse.

Kolesterolnedsættende medicin kan give muskelsmerter, hjertemagnyl kan give maveblødninger, og blodtryksmedicin kan give hoste og svimmelhed, for at nævne nogle almindelige medicinbivirkninger. Kirurgiske indgreb i forbindelse med undersøgelse for en mulig kræftsygdom kan resultere i alt fra kortvarigt ubehag til alvorlige fysiske skader og evt. dødsfald.

Det kan dreje sig om utilsigtede hændelser, som hvis prøvesvar forveksles, eller hvis der opstår infektion eller blødning efter en blodprøvetagning. I langt de fleste tilfælde handler det om en uundgåelig risiko, som er en del af undersøgelsen eller behandlingen.

Overbehandling er en speciel form for skade, som ikke kan undgås, når man behandler »raske« mennesker. Da man ikke kender sygdommens naturlige forløb hos det enkelte individ, vil man også komme til at behandle personer, der aldrig ville blive syge af den pågældende sygdom. Tanken om at »kræft kan helbredes, hvis det findes i tide«, gør det svært for de fleste at forstå, at ikke alle, der har kræftceller i kroppen, bliver syge af dem. Nogle kræftformer vokser meget langsomt, og nogle celleforandringer går i sig selv igen. Problemet er, at man ikke på forhånd ved, hvem der bliver syge, og hvem der går fri. Lægerne kan kun give et tal for, hvordan det sandsynligvis går for en gruppe af patienter med den pågældende skæve værdi. Et sådant tal giver ingen mening for den enkelte og kan være vanskeligt at forstå. Tallene for overbehandling varierer, afhængig af sygdommen – f.eks. skal mange mennesker behandles med blodtryksmedicin, for at én person undgår at få en hjerneblødning.

Psykiske konsekvenser

Forebyggelse af en sygdom kræver, at man forholder sig til, at den pågældende sygdom kan ramme en selv. Det betyder, at man ikke kun forholder sig til, hvordan man har det her og nu, men også til sit fremtidige helbred. Man tvinges til at tage stilling til og forholde sig til, om man vil ændre livsstil, lade sig undersøge eller påbegynde forebyggende behandling.

Forebyggelseskampanjer bygger på frygt for sygdom. Cigaretpakker oplyser om kræft og død, og kvinder skræmmes med risiko for knoglebrud, når de bliver ældre, hvis de ikke følger en bestemt livsstil. Invitationer til screening kan have samme virkning, og hvis undersøgel-

Figur 2 / Den medicinske tænkning trænger ind i vores måde at opfatte vores hverdag på. Vi handler for at optimere vores sundhed, f.eks. går vi en tur på en »hjerstesti«, fordi det er sundt og ikke for at nyde naturen eller de smukke farver.
Foto: privat.



sen udpeger én som værende i høj risiko eller medfører en falsk alarm, forstærkes ens bekymring, hvilket kan medføre negative forventninger til fremtiden.

»Det er svært at spå, især om fremtiden« sagde Storm P. Det gælder ikke mindst, når man skal spå om sygdom og død. Usikkerhed og bekymring, er en uundgåelig konsekvens af at forsøge at udpege, hvem der vil blive ramt af sygdom. Dette er et paradoks, da formålet med forebyggelse netop er at skabe sikkerhed og tryghed.

Fortrængning af positive billeder og forventninger er tæt knyttet til begreber som »nocebo« og »selvopfyldelsens profeti«. De negative psykologiske konsekvenser og den manglende tiltro til egen krop og egne ressourcer opleves, når medicinsk teknologi erstatter ens egne sanser.

Sociale konsekvenser

Alle roller indebærer forskellige rettigheder og pligter, hvad enten vi er patienter eller læger. Rollerne forandres, når vi får prædikatet »nikotinmisbruger« eller »overvægtig«, selv om vi føler os raske. Tildeles vi rollen som »risikant«, fordi vi har forhøjet blodtryk eller knogleskørhed, medfører dette en afhængighed af sundhedsvæsenet, fordi man ikke selv kan mærke, at der er noget galt, men skal have risikoen målt og kontrolleret i sundhedsvæsenet. Eftersom undersøgelse, diagnostik og behandling varetages af læger, giver det lægerne et alibi for eller en pligt til at blande sig i menneskers personlige valg. Dermed kan lægerne

komme til at virke som dommere, der definerer, hvad der er en rigtig eller forkert livsstil. Ved et unormalt screeningsfund bliver en rask person pludselig til en patient. Fundet indebærer nye undersøgelser og evt. behandlinger på sundhedsvæsenets præmisser. Der tales i den forbindelse om sygeliggørelse – dvs. at en person, der føler sig rask, af en anden part får at vide, at han/hun har en sygdom, et forstadium til en sygdom eller en risikofaktor for at udvikle en sygdom, og herved udvikler en følelse af at være syg. På denne måde bliver individet gjort til patient og vil kunne påtage sig en patientrolle (6).

Kulturelle konsekvenser

De ovenstående skadevirkninger er først og fremmest relateret til det enkelte individ. De kulturelle konsekvenser handler om, hvad der sker for os alle, når det medicinske område udvides.

Sundhedsområdet er populært, og talen om sundhed og sygdom fylder meget blandt almindelige mennesker. Det afspejles i den store plads, sundhedsstof har i medierne. Sociologer (7–9) taler om, hvordan det moderne menneske ikke længere kan orientere sig i tilværelsen, som tidligere generationer gjorde, fordi »de store fortællinger« er væk og er erstattet af angst og usikkerhed over for fremtiden. Tomrummet udfyldes i stigende grad af medicinen, der tilbyder kontrol og sikkerhed, hvis man »bare kommer i tide«, lader sig undersøge og lever i overensstemmelse med lægelige råd. Alliancen mellem det søgende menneske, der ønsker kontrol i en usikker tilværelse, og lægerne, der kan tilbyde denne, understøttes af markeds kræfterne og medicinalindustrien.

Et langt og sygdomsfrit liv er blevet et indiskutabelt gode og et mål i sig selv. Ved hele tiden at fokusere på risiko for sygdom risikerer vi, at ressourcer hos den enkelte bliver nedtonet og fortrængt. Når vi med medicinske briller ser ud over en forsamling ældre mennesker, så ser vi personer, der er dårligt gående, krumryggede og tyndhårede. Skifter vi brillerne ud med de eksistentielle, ser vi mennesker med livserfaring, styrke og livsglæde. Brillerne, eller de ord vi bruger, bliver afgørende for, hvordan vi ser på fremtiden og vores egen alderdom. Grundtvig sagde: »Ordet skaber hvad det nævner«. Omtaler vi os selv som gamle med værdighed og livserfaring, eller som skrøbelige og i forfald?

Filosoffen Lars Henrik Schmidt beskriver dette meget klart ved at sige:

»Det drejer sig om et skift fra det eksistentielle livsperspektiv til det medicinske dødsperspektiv« (10).

Udvidelsen af det medicinske område

Til trods for at læger har mindre autoritet i dag end tidligere, og at den paternalistiske lægerolle er på retur, så sker der også en udvikling i den modsatte retning. Lægevidenskabelig og (bio)medicinsk tænkning fylder mere og mere i vores liv.

Udvidelsen af det medicinske område fra primært at handle om syge mennesker, til (nu) at fokusere på raske, er især sket på to områder:

- Det ene område drejer sig om, at flere symptomer beskrives som sygdom, som kræver diagnosticering og behandling. Mennesker oplever f.eks. ubehag, som afhjælpes medicinsk. Som eksempler kan nævnes psykisk uligevægt, stress, rynker, potensproblemer og hårtab, områder for hvilket der i dag findes en behandling.
- Det andet er forebyggelsesområdet. Næsten alt i vores liv – vores adfærd og vores krop – er en risiko for vores helbred. Derved bliver mange af livets aspekter et anliggende for sundhedsvæsenet.

Da det medicinske område er uden grænser, og de menneskelige behov er udtømmelige, bliver der et enormt marked for medicinske ydelser. Grænserne for, hvad der er normalt, og hvad der er unormalt, rykkes, så mindre og mindre anses for at være normalt. Der er snart ikke den sygdom eller risikofaktor, man ikke kan blive undersøgt for. Dette forstærker efterspørgslen. Samtidig er der et stigende behov for at få »medicinsk garanti« for ikke at fejle noget. Der tales om nulvisionen (I1), hvor al risiko og lidelse ønskes fjernet. Det er et umuligt projekt, da mennesker altid vil have symptomer, og der i et menneskes liv er stigende risiko for sygdom og død. Døden skal have en årsag, og døden er det eneste sikre ved livet!

I medicin ser vi en stigende fragmentering i opfattelsen af mennesket, hvor tankegangen om individuel forebyggelse fokuserer på »byggestenenene« – dvs. det er de enkelte sygdomme, de enkelte blodprøver og de enkelte organer, der kommer i fokus. Udviklingen støttes af organspecialisternes fokus på at forebygge sygdom i »deres« organ, hvad enten det er tarmen, hjernen eller knoglerne. Helhedssynet, som tidligere har været almenmedicinens særkende, synes at være på retur. Det betyder, at medicinsk forebyggelse individualiseres, og at andre forebyggende tiltag, som er baseret på menneskers levevilkår (uddannelse, arbejde, bolig, netværk, miljø, transport osv.) nedtones. En fragmenteret tilgang til mennesket med vægt på risiko frem for ressourcer risikerer at blive det modsatte af bæredygtig og ansvarlig medicin (I2). Det er ofte de raske og ressourcestærke, som har den bedste selvkontrol, og derfor er i stand til at udnytte tilbud, der er henvendt til enkeltindivider.

Behovet for at reducere risici og for at få undersøgt, om man er rask, er umætteligt. Men der vil altid være en risiko til stede, som det er muligt at bekæmpe. Det er ikke grænser for, hvad man medicinsk set kan blive tjekket for – og hvor ofte.

Udvidelsen af det medicinske område er beskrevet på forskellige måder:

- *Medikalisering* (6) betyder, at større og større dele af menneskelivet defineres ud fra en medicinsk forståelsesramme. Den medicinske tænkning trænger ind i vores måde at opfatte vores hverdag på: Vi handler for at optimere vores sundhed, f.eks. går vi en tur, fordi det er sundt, og ikke fordi vi har lyst.
- *Medicinens kolonisering og den kommercielle udnyttelse af menneskekroppen* (7, 13, 14) medfører, at flere og flere i befolkningen anses for at behøve intervention og behandling, ofte medikamentel, men også kirurgisk. Det betyder en omfattende kommerciel håndtering af menneskekroppen, som fragmenteres i den medicinske videnskabs navn. Samtidig koloniseres fremtiden gennem medicinsk risikotænkning, når vi hele tiden konfronteres med mulighed for sygdom (7).
- »*Sundhedisme*« (15) er en fordanskning af det engelske »*healthism*« (11). Begrebet hentyder til, at sundhedsideologien har fået næsten religiøs status, hvor alle mål underordnes individets sundhed, for at vi kan leve længe. Socialt fællesskab, tro og kærlighed bliver sekundære mål i forhold til »det sunde liv«.

Hvad sker der, når venteværelset er fuldt af raske?

I almen praksis oplever vi, at mennesker i stigende grad går til læge, mens de er raske, for at forsikre sig om, at de er så raske, som de føler sig, og for at sikre sig, at det varer ved. I debatten hedder det sig, at »venteværelset er fuldt af raske« (16).

Men hvad sker der, når man en dag bliver syg? Vil lægen så have tid til at »være til stede«, til at lytte, undersøge og behandle korrekt og være koordinator og »tovholder«, hvis sygdommen bliver kronisk eller dødelig? Vil der være tillid mellem patient og læge, når de tidligere møder mellem de to parter har været præget af patientens søgen efter tryk og lægens råd og anvisninger?

Hvad sker der, hvis man ikke er en »moderne patient« – dvs. en patient, der ikke er i stand til at orientere sig i mængden af informationer, og ikke selv kan tage ansvar for behandlingen eller kan skubbe på, hvis tingene går for langsomt? Hvad sker det med de psykisk syge, de fattige, de dårligt uddannede, børnene og de gamle?

Behov for kritisk almenmedicinsk refleksion

Selv om der er god evidens for, at lægevidenskaben redder liv og udsætter lidelse og død for mange, er der alligevel god grund til at stoppe op og spørge: »Hvad er det egentlig, vi har gang i?«.

At gå ind på sådan en tankegang opfattes af nogle som kættersk, som om man ikke er udviklings- og omstillingsparat, men modarbejder opgaven med at forbedre menneskers helbred og forlænge deres liv. For længe siden byggede medicinen på humanistisk videnskab.

I moderne medicin fremstår det biomedicinske indhold som mere omfattende, end vi har muligheden for at håndtere. Det er nødvendigt

med en bedre balance mellem humanistisk videnskab og biomedicinsk indhold (17).

Vi mener, at der er behov for refleksioner over, hvor vores medicinske udvikling og tankegang er ved at bringe os hen, og for kritisk granskning af de teorier, der ligger til grund for, hvad vi laver. Dette er særligt vigtigt inden for medicin, da det er mennesker, vi beskæftiger os med.

Vi mener, at det er nødvendigt at supplere den fragmentariske positivistiske viden med viden om, hvorfor mennesker gør, som de gør. Hetlevik (17) har beskrevet en person, der går på to ben: Det ene er biomedicinsk, det andet er humanistisk. Det biomedicinske ben har fået lov til at vokse, på bekostning af det humanistiske, og opgaven må nu være igen at få balance (Figur 1).

Interessekonflikter: Nordis Riskiko Gruppe er et netværk af praktiserende læger fra de nordiske lande, hvis målsætning er at være en reflekterende gruppe, som arbejder for en bæredygtig og ansvarlig almenmedicin, og som har speciel fokus på medikalisering og risikotækning. Gruppen har udgivet en bog i samarbejde med Månedsskriftet. Nærværende artikel er et af indledningskapitlerne i bogen.

Litteratur

1. Ebrahim S. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease (review). The Cochrane Database of Systematic Review 2006;Iss 4:1-56.
2. Att förebygga sjukdom i hjärta och kärl genom befolkningsinriktade program – en systematisk litteraturoversikt. SBU rapport nr. 134. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, 1997.
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 5 ed. Oxford: Oxford University Press, 2001.
4. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. Br Med Bull 1971;27:3-8.
5. Illich I. Medicalization and primary care. J R Coll Gen Pract 1982;32:463-70.
6. Hvas AC. Sygeliggørelse og »medikalisering«. Ugeskr Læger 1999;161:5783-5.
7. Giddens A. Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under senmoderniteten. København: Hans Reizels Forlag, 1996.
8. Hansen M, Svendsen M. Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden, 2005.
9. Beck U. Risk Society. First ed. London: SAGE, 1992.
10. Schmidt L-H. Sundhedspædagogikken og jagten på et livsindhold. Månedsskr Prakt Lægegern 2001;79:1127-36.
11. Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. Patient Educ Couns 2006;60:267-71.
12. Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology. NTNU Trondheim, Department of Public Health and General Practice, 2006.
13. Getz L, Kirkengen AL. Goodness, risk and responsibility. 2005. Fremlæggelse ved Rosendal-kursus 2005.
14. Hetlevik I, Getz L, Kirkengen AL. Allmennleger som ikke følger retningslinjer – kan de ha sine grunner? Tidsskr Nor Legeforen 2008;128:2218-20.
15. Hartling OJ. Liv og død i menneskets hænder – vores etiske udfordring, København: Danmarks Radio, 2008.
16. Swensen E, red. Diagnose: risiko. Oslo: Universitetsforlaget 2000.
17. Hetlevik I. Evidence-based medicine in general practice: a hindrance to optimal medical care? Scand J Prim Health Care 2004;22:136-40.