

INTERVJU. Varning för högt blodtryck och risk för depression. Den norska forskaren Linn Getz har länge varit kritisk mot riskfokuseringen i den förebyggande medicinen och medikaliseringen. Hon är den radikala läkaren som skapat debatt i Norge, talar om medicinsk finanskris och spelar Van Morrison för att väcka tankar. Nu vill hon prata om lösningar.

TEXT OCH FOTO: AGNETA BORGSTRÖM GRAFIK: TYPOFORM

Läkaren som talar om hållbar medicin



Linn Getz, fångad på en flygplats, på väg någon annanstans.

Att intervju Linn Getz på Gardermoen flygplats i Oslo känns naturligt. Inte bara för att den norska flygplatsen är hennes andra hem utan för att flygplatsmiljön med ständiga säkerhetskontroller och förbudsskyltar är en direkt översättning av hennes syn på sjukvården.

– Sjukvården är som en enda lång security check där du som patient ska kollas ordentligt.

Linn Getz pustar ut i loungen på flygplatsshotellet. Hon tvingas mellanlanda i huvudstaden när hon, som så ofta, är på väg mellan sina jobb. Från uppdraget som forskare vid Norges Teknisk-Naturvitenskaplige Universitet i Trondheim till arbetet som företagsläkare vid universitetssjukhuset i Reykjavik. Linn Getz har ägnat de senaste åren åt att forska kring vilka konsekvenser kli-

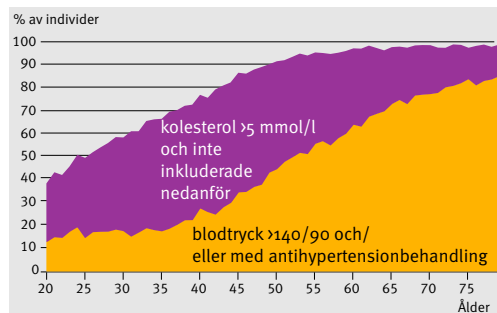
niska riktlinjer som bygger på evidensbaserad medicin får i läkarens vardag. Här bryter den norsk-isländska läkaren ny mark, som hon sammanfattar:

– Det är en dåligt genomtänkt utveckling när så många i befolkningen blir definierade som riskpersoner.

I din doktorsavhandling

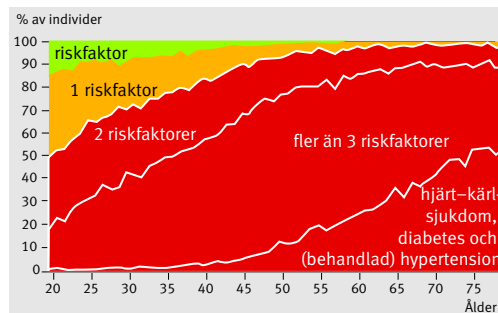
»Sustainable and responsible preventive medicine« från 2006 granskade hon forskning och klinisk praxis kring tre områden: prenatala undersökningar för kromosomavvikelse (Downs syndrom), kardiovaskulär prevention och möten mellan läkare och patient i primärvården. Avhandlingen

bygger på fem publicerade artiklar. Ett exempel, och ett länge omdiskuterat etiskt område, är så kallade »soft markers« som till exempel hydronefros, kort lårben, tjockt nackskinn och ekogenerande strukturer i hjärtat som indikerar ökad risk för medfödda fel hos foster. Linn Getz litteratur-



Figur 1. Prevalens av förhöjt blodtryck och/eller kolesterol hos individer, 20–79 år, utifrån European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2003.

Källa: Getz L, et al. Scand J Prim Health Care: 2004



Figur 2. Prevalens av individer 20–79 år med hjärt-kärlsjukdom, diabetes eller behandlad hypertension som bär på riskfaktorer, 3, 2, 1 eller 0, för hjärt-kärlsjukdom. Riskfaktorer definieras i riktlinjer från American Heart Association, European Society of Cardiology, UK National Institute for Clinical Excellence och US Joint National Committee (JNC 7). Källa: Pétursson H, Getz L et al. J Eval Clin Pract 2009



uppsättningen och att individuellt anpassade läkemedel var lösningen. Sedan har epigenetiken visat att en sådan modell inte räcker. Människors erfarenheter påverkar det genetiska uttrycket. Detta är en tankemässig revolution för oss läkare, då både vår forskning och våra kliniska övervägningar måste omvärderas, säger Linn Getz.

Läkare måste i högre grad i stället se hur biologi och erfarenheter samspelar hos patienten. Det kräver en mer avancerad vetenskapsteori och tillämpning. Hon tycker att bara den psykoimmunologiska forskningen har tagit intryck. I denna dokumenteras hur den mänskliga biologin är »impregnerad« av erfarenheter; att skam har sin fysiologi och skapar kroppsliga belastningar, att kärlek och goda relationer ger skyddande fysiologiska effekter.

– Det är tydligt. Forskningen visar till exempel att en gravid kvinna som lever med en våldsam man drabbas av stressreaktioner som i sin tur påverkar fostret. Barnet löper ökad risk att få inlärningsproblem, ADHD och andra diagnoser, säger Getz och fortsätter:

– Vi vet att erfarenheter kan göra en sjuk. Varför skulle de inte då också kunna göra en frisk? säger hon.

Effekterna av riskfokusering inom medicinen är stora, befarar Linn Getz som ser fler problem. Dels uppstår etiska problem när toleransen för risker och avvikelser från det normala, och det ideala, anses som symtom som ska behandlas. Dels är utvecklingen praktiskt ogenomförbar då sjukvårdsbehoven exploderar. Dessutom finns också en risk att sjukvården blir mindre jämlik när medvetna vårdkonsumenter tar för sig mer av screening och självtest och mindre medel blir kvar för behovande.

– När fyra starka och målmedvetna personer kommer till doktorn för att få »kosmetisk« behandling av sin biolo-

genomgång visar att många blivande föräldrar fått felaktiga, och ödesdigra, råd där friska foster aborterats på grund av otillräckliga data. Ett annat exempel är hennes genomgång av hur de europeiska riktlinjerna för kardiovaskulär prevention slår i verkligheten.

När hon omsatte riktlinjerna på den norska befolkningen genom data från en studie i Nord-Trøndelag på cirka 60 000 vuxna i åldern 20–79 år visade det sig att 76 procent hade en riskprofil (Figur 1).

– Det är ju helt orimligt att tre av fyra norrmän skulle behöva medicinska råd och personlig uppföljning hos läkare på grund av för höga värden. Då är det något kapitalt fel med rekommendationerna, säger Linn Getz.

När studien publicerades möttes hon av argument att man inte ska betrakta enskilda riskfaktorer, bara se på kombinationer. Men doku-

mentationen visade att inte heller detta fungerade.

– Analyserna visade att om man kombinerar flera riskfaktorer får man ännu fler patienter att ta hand om.

Bara en liten grupp, 4 procent, av unga människor kunde anses som »tillräckligt friska« i modellen, och var riskfria när det gäller hjärt-kärlsjukdom (Figur 2). Patienter med hypertension och diabetes anses automatiskt som riskpersoner.

– Om alltför många friska människor stämplas som sjuka bör man diskutera om det är god medicin, menar Getz.

Hon anser att orsaken är ett systemfel i det förebyggande tänkesättet. Teorierna bakom den biomedicinska kulturen är enligt henne alldeles för begränsade när de omsätts i klinisk behandling. Alltför mycket fokus i EBM, evidensbaserad medicin, läggs på naturvetenskaplig empiri och definitionen av

kunskap är för smal. Hon skulle vilja se mer av etiska, ekonomiska, psykologiska och organisatoriska aspekter från annan evidens. Hon tycker också att EBM har en begränsad relevans för individuella patienter eftersom statistiken bygger på gruppdata. För att exemplifiera nämner hon de senaste europeiska blodtrycksriktlinjerna som bygger på 825 referenser, med starkt inslag av EBM-studier.

– Inte en enda av dem berör människors psykosociala, relationsmässiga och existentiella villkor som överbelastning, stress eller vanmakt.

Bredare, tvärvetenskapliga kunskaper behövs enligt henne. Biologioptimismen, som hon kallar perioden, kan anses vara över.

– Under HUGO-projektet, som blev färdigt 2001, ansåg många forskare att många svar kring våra stora sjukdomar kunde kartläggas i gen-

»Vi vet att erfarenheter kan göra en sjuk. Varför skulle de inte då också kunna göra en frisk?»

gi finns det kanske inte tid eller resurser för den femte högriskpersonen i kön som är i farozonen för att bli allvarligt sjuk och därför inte får adekvat vård, menar Linn Getz.

Om riskpersoner kan upptäckas tidigt kan liv och samhällskostnader räddas – hur ser du på det?

– Frågan är vem som är en typisk högriskperson. Ofta är det människor som lever svåra liv och kanske alltid har gjort det. Patienter som vi inte har så lätt att tycka om som läkare, som inte tar hand om sin hälsa, som äter, dricker och röker för mycket. Sådana människor förstår sig medicinen inte på i dag. Men det finns mycket forskning om hur sådana hälsoproblem uppstår. Kränkningar och känslan av att inte kunna styra sitt liv är centrala faktorer. Om vi ska kunna hjälpa kan vi inte moralisera. Vi måste förstå hur livet har präglat personen.

Linn Getz väjer inte för att uttrycka brister eller för att granska det egna skräet. Hon vill ju nästan bokstavligen ibland kliva ur läkarrocken för att få självdistans och ikläda sig humanistens och psykologens roller. Har det gett fiender på vägen? Ja, men allt färre med tiden. Visserligen blev hon förvånad över den »maktapparat» som drog igång när hon kritiserade metoder för fosterdiagnostik i sitt första arbete till doktorsavhandling.

– Jag var ganska naiv, jag trodde att det fanns plats för självkritik inom medicinen.

Hon ändrade inriktning på sin avhandling efter kontakt med en ny handledare och tog sin doktorstitel vid institutionen för samhällsmedicin i Trondheim 2006. Sedan dess



Linn Getz, 47 år

Medicinsk specialitet: »Ingen», enligt henne själv. Har arbetat flera år både i allmänmedicin, psykiatri och företagshälsovård.

Bakgrund: Läkarexamen från Trondheim 1989. Doktorsgrad från Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, NTNU, 2006. Flyttade till Island i 1996 då hon mötte »den stora kärleken» där. Arbetar nu 50 procent som företagsläkare vid Landspítali Universitetssykehus, Reykjavik.

Aktuell: Som läkaren som debatterar om hållbar medicin.

Familj: Gift med allmänläkaren Jóhann Ágúst Sigurðsson, två barn.

har inte så mycket mothugg syntts till. Längre bemöttes hon med tystnad.

– Jag provocerar säkert enstaka läkare. Andra vill gärna diskutera mina frågor över en öl. Men att ta hänsyn till allt detta i arbetet är förmodligen för svårt. Jag rubbar ju fundamenten i den medicinska vetenskapen.

Men för något år sedan blev hon ett efterfrågat namn i Norge. Även i Sverige har hon föreläst en del.

Men Linn Getz är trött på att hamna i ett fack som den kritiska problemmakaren, nu vill hon helst formulera lösningar. Hennes senaste föreläsning som hon debuterade med vid Nordisk kongress i allmänmedicin i våras kallas för »Molecules, Minds, Morrison and Medicine – the 4M Study», där hon varvar rocklåtar av Van Morrison med det senaste från neuro-

Senast lästa bok:

»Annerledestenkerne. Kreativitet i vitenskapens historie.»

När träffade du en patient senast?

I dag.

Om screening och influensavaccin?

Ja, hon tog efter mycket tvekan svininfluensaspruta på grund av sjukhusarbetet. Nej, hon väljer bort mammografi.

Viktigaste hälsofrågan:

»Om vi ska skapa god folkhälsa, och spara mycket pengar, bör vi försäkra oss om att alla barn växer upp i närvaro av en vuxen som ser barnet och tar ansvar.»

Viktigaste läkarfrågan:

Att placera EBM där den hör hemma i medicinen.

forskning och psyko-neuro-endokrin-immunologin. Hon vill visa att människors livsvillkor påverkar hälsan på biologiskt mätbara sätt. Med detta vill hon se ändrade tänkesätt. Samtidigt är hon övertygad om att en god och väl utbyggd primärvård är grunden i sjukvården, gärna i form av ett »fastläkarsystem» à la norsk modell.

– Den erfarna, kloka och empatiska allmänläkaren som tar sig tid kan ta ett bra samtal om hälsa då och då på patientens premisser. Samtalet kan handla om familjehistorik, samliv, socialt liv, sammanhang och jobbet.

Hon ser hur många allmänläkare i de nordiska länderna försöker arbeta på detta sätt även om arbetssättet inte har starkt formellt stöd i de officiella riktlinjer, checklistor och program som finns. Andra viktiga förutsättningar i primärvården är enligt hen-

ne att läkaren måste ha ett rimligt befolkningsunderlag och en god fast lön så att inte tid och resurser går åt till att till exempel jaga nya patienter. Den goda allmänläkaren »som är något av det mest professionella hon vet» ser inte heller läkemedelsförskrivning som en första utväg vid livskriser, som att förlora en anhörig eller bli arbetslös.

– Läkaren borde oftare säga »vem kan stödja dig nu, gå ut och ta dig en kaffe och prata om livet?», säger Getz.

Hon anser att medikaliseringen har gjort att tidigare vanliga problem klassas som sjukdom. Tillsammans med allt riskfokus inom medicinen är hon rädd för att människor får en misstro till sjukvården. De ser hur till synes friska individer sjukförklarar och sedan inte får någon bot. Exempelen är många på utredningar för huvudvärk, muskelsmärter och magont som inte leder någonvart. Hon tar ett exempel med en äldre kvinna, som slussats runt i sjukvården.

– Hon går till läkare för att hon mår dåligt, får fem-sex förebyggande läkemedel som inte är inriktade på det hon sökte hjälp för och har en välbeskriven medicinsk journal på ett biologiskt plan. Men hon får ingen reell hjälp. Ingen frågar henne om var i livet hon befinner sig, säger Getz.

Hon är även negativ till utvecklingen med allt fler program, riktlinjer, checklistor och screening och önskar att någon tar ansvar för helheten. Hon ser numera delar av sjukvården som en fragmentiserad byråkrati – som är på väg åt fel håll.

– Jag är bekymrad. Kanske är vi på väg mot en medicinsk finanskris. Vi bygger ett fackligt imperium av riskmedicin på teoretiska idéer som inte håller måttet. Vi forskar mer och mer i fragment, vi använder alla sjukvårdspengar och ändå ökar behoven. En sådan medicinsk utveckling är inte hållbar, säger Linn Getz. ■

Universitetssjukhusen i Lund och Malmö slås samman

Universitetssjukhusen i Lund och Malmö blir ett. Den 1 januari 2010 bildas Skånes universitetssjukhus tillsammans med ett nytt universitetsmedicinskt centrum.

– Såväl patienter som personal har kommit i kläm, säger Jens Bernow, huvudskyddsombud vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö.

Skånes universitetssjukhus bildas den 1 januari nästa år, en sammanslagning av universitetssjukhusen i Lund respektive Malmö, USIL och UMAS. Samtidigt startar ett universitetsmedicinskt centrum, som ska samarbeta med Lunds universitet.

– Detta är ett förutsägbart drag, men tempot är för högt, kommenterar huvudskyddsombudet vid UMAS Jens Bernow, Malmös läkareförening, sammanslagningen av de båda universitetssjukhusen, som sedan början av 2008 successivt ålagts ett samgående mellan kliniker genom projektet PROLUMA (se LT nr 9/2008, sidorna 604-5, och 14/2008, sidan 982, red anm.

Huvudskyddsombudet i Malmö är mycket kritisk till delar av det pressmeddelande som Region Skåne gick ut med på måndagen:

– Att man i »förnyelseprojektet PROLUMA« skulle ha



Lunds universitetssjukhus slås ihop med Malmös.



gjort »flera lyckade samordningar (...) mellan kliniker och verksamheter vid de båda universitetssjukhusen i Lund och Malmö«, är ett direkt hån. Samgåendet har hittills lett till ett kompetensbortfall om fem till tio läkare, med bland annat nedre gastro i Lund som flyttat till Köpenhamn.

Erfarenheter från industrin visar att sammanslagningar mellan enheter inte får dra ut på tiden, noterar Jens Bernow, men framhåller att den aktuella sammanslagningen är prematur. Inga pengar har heller sparats, vilket initialt sades vara ett huvudmotiv (se LT nr 5/2008, sidan 277).

– Ledningen har inte tagit till sig betydelsen av själva implementeringsfasen. System och arbetskulturer är oerhört olika mellan Lund och Malmö: operationssystem, platssystem och journalsystem, säger Jens Bernow, som heller inte har någ-

ra goda erfarenheter från andra håll att luta sig mot.

– Vi har inga positiva erfarenheter från sammanslagningar av sjukhus i Göteborg och Stockholm/Huddinge.

Han får medhåll av Thomas Flodin, verksam vid hjärtkliniken på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse:

– Från vår synpunkt hade det varit bättre om arbetet med sammanslagningen av sjukhusen Karolinska och Huddinge hade fått ta längre tid. Vi hade sluppit mycket frustration och hade kunna möta försämrade arbetsglädje. Det är många kollegor som slutat.

Beslutet om att bilda Skånes universitetssjukhus och Universitetsmedicinskt centrum Skåne förväntas tas av Skånes regionstyrelse under hösten.

Marie Närlid

Fem nya kliniska forskarskolor

Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin har beviljat sammanlagt 75 miljoner kronor till fem skolor för klinisk forskning inom områdena psykiatri, generell klinisk forskning och allmänmedicin. Satsningen löper över fem år och syftar bland annat till att stärka rekryteringen av kliniska forskare. Skolorna inrättas vid Göteborgs, Linköpings och Umeå universitet samt vid Karolinska institutet. ■

A/H1N1-vaccin för barn stoppas i Schweiz

När de schweiziska myndigheterna förra veckan godkände två vacciner mot influensa A/H1N1, undantogs gravida, barn under 18 år samt personer äldre än 60 år för vaccinet Pandemrix som Sverige köpt. Man anser sig inte ha fått tillräckliga provsvar för hur utsatta grupper reagerar på vaccinet.

I Sverige gör dock Läkemedelsverket bedömningen att biverkningarna på barn inte förväntas bli andra än på vuxna. Under den tid vaccinet har använts i Sverige har ett par hundra biverkningsrapporter inkommit från sjukvården och mellan 400 och 500 från konsumenter. Enligt Läkemedelsverket följer biverkningsmönstret det förväntade utifrån de kliniska test som utförts. ■

Dålig chef ökar risken för hjärtinfarkt

Den som upplever sig ha en dålig chef löper högre risk för negativa hälsoeffekter senare i livet. Det visas i en ny doktorsavhandling från Karolinska institutet.

Män i Stockholmsområdet som när en studie inleddes var missnöjd med sin chef löpte 25 procents större risk att drabbas av hjärtinfarkt under den påföljande tioårsperioden. Mönstret kvarstod vid korrigering för traditionella riskfaktorer.

Avhandlingen visar också att den som upplever att ledarskapet på jobbet är dåligt löper ökad risk för sjukfrånvaro, medan bra chefer tvärtom minskar risken för sjukfrånvaro.

Avhandlingen bygger på intervjuer med närmare 20 000 anställda i Sverige, Finland, Tyskland, Polen och Italien. ■

Astrid Lindgren-fallet: Öväntat kort tid för försvaret

Redan sista november ska försvarsadvokaten Björn Hurtig vara klar med genomgången av förundersökningen angående den dräpmiss-tänkta narkosläkaren.

Björn Hurtig hade begärt att även få nästan hela december på sig, men detta är alltså den tid som åklagaren Peter Claesson bedömt som rimlig.

– Till och med väl tilltagen, säger han.

Åklagaren själv behövde cirka sju månader för att färdigställa förundersökningen. Björn Hurtig har vid flera tillfällen påpekat att det var orimligt lång tid. Bland annat utifrån det och att han som försvarsadvokat inte alls fått någon löpande information från åklagaren begärde Björn Hurtig att få två månader på sig att gå igenom materialet och eventu-

ell begära kompletteringar.

– Men han ska ju inte göra en utredning, kommenterar Peter Claesson.

Han säger att beslut i åtalsfrågan normalt fattas omedelbart efter att advokaten och den misstänkta gått igenom förundersökningen.

– Men jag vet vad som kommer upp att ta ställning till, avslutar Peter Claesson.

Sara Gunnarsdotter