
Primum non nocere

INTERVJUET

KARI TVEITO

Email: kari.tveito@akersykehus.no
Oslo universitetssykehus, Aker

Hun er klar i talen og uredde i blikket. Den årvåkne allmennlegen på Skreia meldte fra til Rådet for legeetikk da hun fikk mistanke om at gentesting av barn for type 1-diabetes var i strid med bioteknologiloven. – Som leger skal vi ikke skade eller sykeliggjøre pasienter, sier Karin Frydenberg.



Foto Kari Tveito

Klokken er fem da toget fra Oslo ruller inn på perrongen. Allmennpraktiker Karin Frydenberg har kjørt en halvtime fra legesenteret på Skreia. Nå står hun barhodet foran stasjonsbygningen på Gjøvik, og vinden blåser krøllene til alle kanter.

– Jeg har gjort klar litt middag til oss, sier hun da vi setter oss inn i bilen. – Jeg vet hvordan det er å reise langt og være sulten når man kommer frem. I boligen med utsikt over Mjøsa er det katten som leder vei til kjøkkenet.

– Jeg håpet du ikke skulle spørre hva den heter, ler hun. Den heter nemlig bare *Katten*. Karin Frydenberg er egentlig ikke så glad i katter.

– De er litt for uforutsigbare etter min smak, innrømmer hun.

Likevel er det nå Karin og Katten som holder huset varmt mens ektemannen, som er infeksjonsmedisiner, har permisjon og arbeider ved Universitetssykehuset i Tromsø. De tre barna har flyttet ut for noen år siden. Men fritidsproblemer har allmennpraktikeren ikke.

– Faktisk var det lettere å sette grenser da barna var små. Da barna var små, valgte hun å ha halv stilling som allmennpraktiker og en kvart stilling ved Solliakollektivet, et behandlingssted for stoffmisbrukere.

– Jeg satte hensynet til familien foran pasientene. Det skjemmes jeg ikke for å si. Jeg ser det heller som en styrke å kunne prioritere.

Litt vanskeligere er det å si nei når man bare har seg selv å ta hensyn til. De siste årene har Karin Frydenberg hatt en rekke tillitsverv i Legeforeningen og Allmennlegeforeningen og er hovedtillitsvalgt for allmennpraktikere i Østre Toten. Hun har engasjert seg i kurs- og videreutdanning for allmennleger og er dessuten med i redaksjonen i *Utposten*, Allmennlegeforeningens blad. Men det er lyst og ikke plikt som driver henne.

– Jeg er god til å gjøre ting fordi jeg liker det, sier hun enkelt.

Allmennlegers arbeidsvilkår og muligheter til å utvikle seg faglig engasjerer henne sterkt.

– I Norge står førstelinjetjenesten sterkt, og vi allmennpraktikere nyter stor respekt for den jobben vi gjør. Hvis vi skal opprettholde den respekten også i fremtiden, fordrer det at vi gjør en god jobb. Det er ingen liten utfordring i et fag som har så stor bredde som vårt. Vi må derfor være bevisst på hvordan politiske forandringer påvirker rammene for vår yrkesutøvelse og på hvordan vi kan være med på å påvirke utviklingen av faget vårt.

Fastlegen må være med

Etter medisinstudier i Ulm i Tyskland og turnustid i Norge hadde Porsgrunns-jenta sett for seg en fremtid som kirurg eller gynekolog.

– Jeg har alltid sett på meg selv som en som er flink med hendene, en praktiker, sier hun. Men allmennpraksis tilfredsstilte både praktikeren og teoretikeren i henne. Nå har hun vært på legesenteret i Mjøsbygda Skreia i 20 år.

– Vi har et godt miljø med tre fastleger, turnuslege, fire helsesekretærer og to sykepleiere. Med stolthet i stemmen legger hun til at halvparten av de 16 turnuslegene som har vært utplassert på Skreia, har valgt å fortsette i allmennpraksis.

– Jeg håper og tror at det forteller noe om at vi holder en inspirerende faglig kvalitet. De siste to årene har Karin Frydenberg hatt en bistilling ved sykehuset i Gjøvik som praksiskonsulent.

– Ordningen med at fastleger er konsulenter på sykehusene finnes nå på nesten alle helseforetakene i landet, forteller hun. – Min oppgave er å se på hvordan samhandlingen mellom sykehuset og primærhelsetjenesten kan bli best mulig.

Nylig innførte sykehuset på Gjøvik trombolysebehandling av hjerneslag. Karin Frydenberg fikk gjennomslag for at fastlegen skal kontaktes når pasienten fraktes til sykehuset.

– De nye behandlingsmetodene krever at pasienten kommer til sykehus innenfor et kritisk tidsvindu. For å spare tid er rutinen at ambulansepersonalet og den akuttmedisinske sentralen går utenom fastlegen når pasienten legges inn. Slik ønsker ikke allmennlegene i Vest-Oppland å ha det.

– Det er veldig viktig at allmennleger får en reell mulighet til å holde sine akuttmedisinske kunnskaper i hevd. Siden akutte alvorlige hendelser er relativt sjeldne i vår praksis, må vi være med når noe skjer. Dessuten, legger hun til, er det som regel fastlegen som kjenner pasienten best og kan vurdere hva som vil være riktig behandling for pasienten.

Karin Frydenberg er også opptatt av at kommunikasjonen mellom sykehuset og fastlegene må være god. – Dessverre ser jeg litt for ofte eksempler på mangelfulle og for korte henvisninger fra fastleger til spesialisthelsetjenesten. Ikke minst er det viktig at pasientene alltid har en oppdatert medisinliste. Den erfarne allmennpraktikeren har som rutine å kontrollere medisinlisten til pasientene ved hver konsultasjon.

– Unntaket er de pasientene som er unge og som bruker mindre enn to medisiner. For øvrig er det veldig viktig at fastlegen til enhver tid har en oppdatert oversikt over hva pasienten bruker av medisiner. Feilmedisinering, særlig av eldre, representerer en stor risiko. Det viser flere store undersøkelser.

Det hender at kolleger klager over at utfylling av medisinlister tar uforholdsmessig lang tid. – Et middel for å kvalitetssikre dette kunne være en takst for oppdatering av medisiner, foreslår Karin Frydenberg. – Kontroll av medisiner er vårt ansvar, og det er en del av jobben vår.

Slo alarm

Høsten 2006 kom en fortvilet familie til helsestasjonen på Skreia. De hadde fått vite at datteren på tre måneder hadde en gentype som disponerer for type 1-diabetes. Beskjeden kom som et sjokk på foreldrene.

– Det verste for dem var å få vite at de ikke kan gjøre noe for å forebygge at hun skal få sykdommen. De må bare vente og se, forteller Frydenberg. Foreldrene hadde takket ja til å bli med i MI-DIA-prosjektet, som er et delprosjekt i Folkehelseinstituttets store mor og barn-undersøkelse, da datteren ble født. Siden 1999 har navlestrengsblod fra nyfødte blitt gentestet for å fastslå om barna har gener som disponerer for type 1-diabetes. 2,2 % av norske barn har «risikogenene» som gir dem 7 % risiko for å utvikle type 1-diabetes før de er 15 år og 20 % livstidsrisiko.

– På forsiden av innbydelsen som ble sendt ut til foreldrene sto det følgende: «Kanskje virker det tidlig, men vi inviterer likevel til den første, velvillige samfunnsinnsats fra dere som foreldre og den lille borgeren.» Allmennlegen reagerte på det hun oppfattet som et psykisk press til å delta i studien. Enda verre syntes hun det var at foreldrene hun hadde på kontoret åpenbart ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om hva som kunne bli konsekvensen av å delta i studien.

– Foreldre til barn med risikogener ble bedt om å sende inn månedlige avføringsprøver til barnet var tre år gammelt, blodprøver hver tredje måned frem til ett års alder og deretter årlig frem til barnet er 15 år. Hvor stor er risikoen for å sykeliggjøre friske barn i denne prosessen? Hvilke avgjørelser har foreldre rett til å ta på vegne av sine barn?

Karin Frydenberg satt igjen med mange spørsmål. – Jeg måtte gå noen runder med meg selv og diskutere saken med kolleger. Jeg ville nødig ødelegge for forskerne i studien, sier hun. Hun syntes likevel at saken var så viktig at hun måtte si fra om sin bekymring. Hun sendte melding til Rådet for legeetikk og skrev en kronikk i *Utposten*.

– Forskningsprosjektet hadde pågått i åtte år og var godkjent av alle offentlige instanser. Blodprøver fra 35 000 babyer var samlet inn. Det måtte en allmennlege fra Skreia til for å stoppe studien. Føler du deg som en varsler?

– Som lege skal du søke å lindre og ikke sykeliggjøre, sier den hippokratiske legeeden. Denne tanken om ikke å skade – *primum non nocere* – opptar meg sterkt og førte til at jeg sa fra.

Saken ble sendt fra Rådet for legeetikk til Sosial- og helsedirektoratet og videre til Bioteknologinemnda som kom frem til at Folkehelseinstituttet hadde brutt bioteknologiloven. Det er ikke lov å genteste barn for sykdommer som ikke kan forebygges. Rådet for legeetikk berømmet Karin Frydenberg for hennes årvåkenhet, og etter mye oppmerksomhet fra mediene ble MI-DIA-studien stanset. Men forskerne fikk likevel dispensasjon til å benytte blodprøvene som allerede var samlet inn.

– Igjen er det hensynet til den enkelte pasient som teller tyngst for meg, kommenterer Karin Frydenberg. – Jeg synes ikke det er riktig å bruke data som er samlet inn på ulovlig vis. Men dersom alt arbeidet som foreldrene og barna som ble med i studien hadde gjort skulle være forgjeves, ville det være enda verre for dem. Nå får vi bare håpe at analysen av alle prøvene vil frembringe ny og viktig kunnskap om type 1-diabetes.

Det friske mennesket

Sykeliggjøring av friske mennesker er et tema som opptar Karin Frydenberg.

– Det er et paradoks at vi i vårt rike land, med innbyggere som er friskere enn noen gang tidligere, blir stadig mer opptatt av å teste for sykdommer. Screeningundersøkelser tar mye tid i allmennpraksis.

– Mange screeningundersøkelser, som for eksempel mammografiprogrammet og rutineene med å ta prøver fra livmorhalsen hos kvinner, ble ikke skikkelig validert før de ble igangsatt. Nå vet vi ikke om screeningundersøkelsene faktisk medvirker til å oppdage kreft i tide. Samtidig får en ikke ubetydelig andel kvinner feilaktig beskjed

om at de kan ha kreft på grunn av falskt positive prøver, og mye tyder på en viss overdiagnostisering. Dette skaper mye bekymring og medfører mange kostbare ekstraundersøkelser. Noen kvinner blir også unødvendig behandlet.

– Hva er alternativet?

– Vi må bli flinkere til å utrede konsekvensene av tiltak før vi innfører nye rutiner. Før et screeningprogram blir etablert, må vi undersøke hva gevinsten vil være. Når det først er innført, er det for sent å si noe om dette.

Karin Frydenberg er også opptatt av at ikke alle symptomer skal utredes nærmere. – Vi skal alltid lytte og ta pasientene på alvor. Men hvis vi ut fra vår erfaring og fagkunnskap forstår at en som klager over smerter i brystet ikke har hjertesykdom, kan det være uheldig å ta et EKG for sikkerhets skyld. Da sender du doble signaler.

I 2004 ble Karin Frydenberg med mannen sin til Haydom Lutheran Hospital i Tanzania.

– I begynnelsen var det vanskelig. Jeg hadde ingen definerte arbeidsoppgaver, det var en fremmed kultur, og jeg forsto selvfølgelig ikke språket.

Hun begynte likevel å arbeide ved medisinsk avdeling. – Til tross for store forskjeller i sykdomspanoramaet og i folks kunnskapsnivå, mange trodde for eksempel på helbredelse ved trolldom, slo det meg også at god legeskunst krever det samme overalt i verden. Du må være lydhør for pasientens bekymringer og kunne formidle informasjon på en måte som de kan forstå.

Selv pleier Karin Frydenberg kropp og sjel ved å trene og å male, noe kjøkkenstoler i mintgrønn og sjokkrosa vitner om. Etter litt nøling kommer det frem at skapergleden også har fått utløp på lerretet.

– Dette er hytta vår på Ringebu, peker hun. – Den har vært i familien i flere generasjoner. Vi har verken innlagt vann eller strøm. Det er litt av sjarmen ved å være på fjellet.

Noen offentlig utstilling av malerier blir det nok ikke snakk om. – Men mannen min har fått med seg et bilde til Tromsø. Jeg vil jo ikke at han skal glemme meg der oppe.

Tabell

Karin Frydenberg

Født 16. juli 1954

- Cand.med. Ulm i Tyskland 1982
- Spesialist i allmennmedisin 1991
- Helsestasjonslege i 17 år
- Sykehjemslege fra 2007
- Praksiskonsulent Sykehuset Innlandet, Gjøvik fra 2007
- Styremedlem Allmennlegeforeningen 2001–05
- Leder av Den norske legeforenings valgkomité 2005–07
- I Utpostens redaksjon fra 2006

