

Preventionens svåra etik utmanar läkarkåren

Jagande efter riskfaktorer kan ge »hälsomässig diktatur«



BENGT JÄRHULT, distriktsläkare, enhet, Jönköping
vårdcentralerna i Ryd och bengt.jarhult@lj.se
Öxnehaga; Primärvårdens FOU-

Sjukdomsbegreppet har under mina 35 år som läkare expanderat. Idag är ordet »riskfaktoranalys« integrerat i det svenska språkbruket och »riskfaktor« i var mans tänkande. Jag har själv medverkat i olika ansträngningar, inte minst i primärvården, att öka medvetenheten om preventionens möjligheter, om värdet av icke-farmakologiska insatser utifrån ett individ- och befolkningsperspektiv.

Kanske har jag inte varit medveten om hur dessa preventiva livsstilsåtgärder ändå varit dörröppnare för en farmakologisk kultur. En kultur som växt fram under senare år och där balansräkningen vad gäller medicinska vinster och samhällskostnader långt ifrån är kartlagd [1]. Har vi redan överskridit rimliga gränser för vad som anses vara sjukt och vad som är friskt? Sjukliggör vi subjektivt friska människor?

Riskfaktorbegreppets expansion

I en allmänläkares avhandling, CRISS-studien [2], undersöktes svenska män avseende riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom vid 37 och 43 års ålder. Riskfaktorerna var rökning, hypertoni, blodfetsrubbnings, övervikt och diabetes, vilka kan påverkas av individens levnadsvanor. Ett flertal andra faktorer, t ex de psykosociala, ingick inte.

Två tredjedelar av de 43-åriga männen hade en eller flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Eftersom det var större risk att t ex få diagnosen hypertoni vid 43 års ålder om man vid 37 års ålder hade normalt blodtryck, men åt det höga hållet, blev slutsatsen att det är av »stor vikt att man ändrar inriktning från att förebygga sjukdom till att förebygga ökning av risk för sjukdom«.

Först handlade läkares gärning om att behandla sjukdom; sedan om att behandla riskfaktorer för sjukdom, vilka fick egna diagnoser med pampiga nummer enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD – som om dessa riskfaktorer verkligen vore sjukdomar. Nu gäller det att behandla risken att få en riskfaktor för sjukdom! Vilken människosyn finns bakom denna utveckling?

Kunskapens frukt på gott och ont

Om hörnet ligger gentekniken med fullständig information om alla kommande risker. Kommersiella krav från försäkringsbo-

lag och arbetsgivare driver på en utveckling som få enskilda individer kan stå emot. Den svenska Hälso- och sjukvårdslagen ger patienten rätt till fullständig information. Ja, läkaren har en skyldighet att ge denna information, om än anpassad till individens förutsättningar [3].

Vad orkar vi med? Ger ökad kunskap om alla våra riskfaktorer ökad hälsa? Ökar kunskapen i stället vår olycka, vår stressbenägenhet och den sjukdomsframkallande existentiella jakten på något som inte finns – garanterad hälsa? Det blir närmast bibliska paralleller till kunskapens frukt som fördrev människan ur Edens lyckliga oskuldssfullhet, en diskussion i gränslandet mellan filosofi och medicin. Ett brev från en blivande kollega (se nästa sida) visar att vi sjukvårdsanställda inte står ovan problematiken: det djupast mänskliga – att slippa veta något om framtiden.

Medicinens syfte

Medicinens syfte är »att göra gott« [4]. Problemet är ofta att vi som läkare tror att vi gör gott när vi i själva verket skadar. Vi kan inte bara titta på sjukdomar eller risker, som vi hoppas kunna påverka, utan vi måste verkligen se hela människan. Då blir imperativet att upptäcka och informera om risker relativt, ibland kontraindicerat. Detta om hälsa definieras som den subjektiva, intuitiva tryggheten att känna sin kropp och dess signaler.

Ivan Illich provocerade

Ivan Illich [5] provocerade på 1970-talet den etablerade skolmedicinen: Sjukhus är monstruösa. Synen på hälsa som något man kan köpa – och sälja – är grotesk. Det är en förvriden människosyn att bara ta hänsyn till biokemi och »objektiva« mätvärden när man definierar hälsa, sjukdom och lidande. Det är fel att tro att alla patienter med gemensamma biokemiska karakteristika kan och bör behandlas lika. Människor degraderas till hjälplösa objekt, ur stånd att själva ta ansvar för sina liv. Sjukvårdsapparatusens risktänkande och sjukliggörande genom-syrar hela samhället, »kulturell iatrogenes«. Varje stor händelse i livet betraktas som en potentiell fara. Allt som subjektivt upplevs är farligt. Nedstämdhet bör skyndsamt medicineras bort, och varje smärta bedövas.

BMJs temanummer om grundläggande frågor

Även om Illich var extremt individualistisk [6] och inte såg den moderna medicinens odiskutabla nytta och humanitet, återkommer hans tankar ständigt, bl a i BMJs temanummer »Too much medicine?« [7]. Inte minst den enorma farmakologiska utvecklingen, sammanblandad med kommersiella drivkrafter, påverkar läkares handlande. Evidensbaserad medicin är bara en aspekt på sjukdom och behandling. Dagens patienter och läkare lever i ett kulturellt sammanhang, som i hög grad styr vad som anses vara lege artis. Hur ska vi få syn på detta?

BMJs temanummer aktualiserar de grundläggande frågorna: Varför pratas det inte mer om skolmedicinens talrika över-

SAMMANFATTAT

De etiska implikationerna är många i den pågående omformningen av läkargärningen – från att behandla patienter med sjukdom till att förebygga risk för sjukdom och risk för riskfaktorer.

I den processen är inte nyttan av insatserna säkert given,

och läkaren förblindas lätt i sin tro på teknik och farmakologisk intervention.

Om läkaren inte följer Hälso- och sjukvårdslagens krav att ge full information till patienten, tangerar vi kanske redan idag den »hälsomässiga diktaturen«.

tramp? Om dess oerhörda potential att oroa och skada människor? Varför uppfattas det som illojalt att ifrågasätta om vi läkare egentligen gör så mycket nytta? Vad har vi läkare för rätt att ha åsikter om hur folk väljer att leva sina liv? Läkare är inte sällan okritiska distributörer av läkemedelsbolagens argument och produkter [8]. Hur ska läkare, inte minst unga, kunna se igenom illusionerna, behandlingsimperativet, och leva upp till Hippokrates' första bud, »Primum non nocere«?

Exemplet prostataspecifikt antigen

De senaste årens massmediala uppmärksamhet på PSA (prostata-specifikt antigen) har skapat stor oro hos många, inte minst på en allmänläkarmottagning. Hur vi förmedlar risker i en pedagogisk diskussion med patienten styr i hög grad viljan att ta screeningprovet och underordna sig behandlingen. »Informed consent« – för- och nackdelar – är en större bestämmandefaktor för vilka som vill ta provet än familjeanamnes och ålder [9].

Behov av försöksverksamhet

Det behövs nya modeller för hur screeningprogram (vinster och risker med preventiva insatser) ska presenteras för den enskilde; detta för att vi läkare verkligen ska leva upp till Hälso- och sjukvårdslagens krav på full information till patienten [10]. Då måste också mer än det biologiska värdet styra, bli en könsrelaterad uppfattning om hälsan och möjliga sätt att klara livssituationen [11].

Även om de etiska problemen är mindre vid icke-farmakologiska insatser finns de där. Till syvende och sist blir också i befolkningsinriktat arbete uppdragsgivaren den enskilde patienten. Inga folkhälsoaspekter får prioriteras högre än att patientens integritet och autonomi garanteras.

I brevet från den blivande kollegan nedan ges exempel på att så faktiskt blir fallet, eller i varje fall att gränsen till den »hälso-mässiga diktaturen« tangeras. Det krävdes en oerhört viljestark person för att matcha vårdens mer eller mindre vetenskapligt belagda rutiner. Det är inte bara över tiden som skolmedicinen ändrar definitioner av vad som är riskfaktorer och behandlingsmål. Även geografiskt varierar gränserna för när sjukdom anses föreligga, t ex graviditetsdiabetes.

Informerad patient – grunden är våra egna attityder

Brevet illustrerar också att patientens kunskap och insikt om screeningmetoders konsekvenser spelar stor roll för viljan att genomgå screening eller behandlingsinsatser. Socialstyrelsen har funnit att sjukvården dåligt lever upp till Hälso- och sjukvårdslagens krav på patientinformation [12]. Hälso- och sjukvårdslagens informationskrav är avgörande för en rationell lä-

kemedelsförskrivning till en upplyst patient, och inte minst för följsamheten till behandlingar [13].

Sanningskravet är viktigt, men utan att ljuga lär man sig som doktor att inte i oträngt mål skrämmas med värsta scenariot vad gäller prognos vid etablerad sjukdom. Vid screening och farmakologisk behandling av riskfaktorer är det annorlunda.

En sak är att upplysa och på ett positivt sätt främja en god livsstil för oss alla och därmed få människor att inse att valen de gör i sin vardag kan spela stor roll för deras framtida hälsa; att det är individen själv som i hög utsträckning kan påverka sin hälsa. En annan sak är screening och riskfaktorintervention, där åtgärder i absoluta tal, åtminstone på individnivå, ger en marginell vinst. Här behöver vi läkare följa Hälso- och sjukvårdslagen och få utbildning i pedagogik och handledning.

Hur vi informerar patienten styrs i sista hand av vår egen attityd till icke-farmakologiska åtgärder och läkemedel.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

- Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Stockholm: Apotekarsocieteten; 2004. Nepi-rapport.
- Henriksson K. Development of cardiovascular disease risk in middle-aged men. The Cardiovascular Risk Factor Study in Southern Sweden, CRIS [thesis]. Malmö: Lunds Universitet; 2002.
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). <http://www.riksdagen.se>
- Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Betänkande 1996/97:SoU 14. <http://www.riksdagen.se>
- Illich I. Den farliga sjukvården. Stockholm: Aldus; 1975.
- Sundvall M, Berglund G. Nya tider, nya plågor – om samhälle, hälsa och vård. Tidssignal. Tidskrift för politik, kultur och samhällsdebatt. 2006;(4).
- Moynihan R, Smith R. Too much medicine? BMJ. 2002;324:859-60.
- Werkö L. Att inte må bra – är det sjukdom? Sjukvården vacklar vid den diffusa gränsen mellan hälsa och sjukdom. Läkartidningen. 2005;102:2407-9.
- Wolf AM, Nasser J, Wolf AM, Schorling JB. The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening. Arch Intern Med. 1996;156:1333-6.
- Järhult B, Lindström K. Läkemedelsförskrivning – ett patriarkalt eller demokratiskt beslut? Jönköping: Kulturm; 2003. Kulturm-rapport 2003:3. <http://www.kulturm.se>
- Malterud K, Hollnagel H, Witt K. Gendered health resources and coping – a study from general practice. Scand J Public Health. 2001;29(3):183-8.
- Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. <http://www.socialstyrelsen.se>
- Ilhre T, redaktör. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Lund: Studentlitteratur; 2005.

Brev från en blivande läkare

Den moderna medicinens första bud – att inte skada?

■ Mitt första barn Patrik vägde 3,2 kg vid födelsen och mitt andra barn Klara 4,7 kg. Under min andra graviditet gjordes en glukosbelastning som var normal. Jag blev förvånad och oroad över att Klara var så stor vid födelsen, men det spelade ingen roll för förlossningen, som var okomplicerad.

När jag fortsatte mina studier stötte

jag överallt på patienter med otäcka diabeteskomplikationer. När vi planerade ett tredje barn ville jag ta ett HbA_{1c} och kolla upp så allt var bra med blodsockret. Mödravårdscentralen var dock inte intresserad av att ta några prov på en icke-gravid.

Så blev jag gravid. När jag var i vecka 6 skulle vi ha en laboration i skolan och ta

blodprov på varandra och räkna statistik. Laborationen var strax efter lunch. Jag hade ätit en ovanligt stadig lunch, med efterrätt. Jag hade högst värde av oss fem studenter i gruppen.

Jag blev mycket oroad. Jag tog kontakt med mödravårdscentralen, för nu var jag ju gravid. Ett par dagar senare gick jag dit

för att ta fasteblodsockerprov. Jag blev enormt stressad vid provtagningen, och provet visade blodsockervärden som precis nådde diabetisk nivå.

Jag blev förtvivlad för jag trodde att jag verkligen fått diabetes. Jag tvingade mina föräldrar att gå och ta fastevärden för att se att inte också de var sjuka, men de hade helt normala värden.

Jag kallades tillbaka till mödravårdscentralen för att göra glukosbelastning, fast det provet normalt görs mycket senare. Jag var om möjligt ännu mer stressad vid den provtagningen, och diagnosen graviditetsdiabetes blev ställd, för jag var ju gravid. Jag tänkte dock – kan en så tidig graviditet påverka blodsockret speciellt mycket?

Även om jag verkligen trodde att jag var sjuk ville jag ha mer bevis. Jag hade ju inga symtom. Jag bad mödravårdscentralen att ta ett HBA_{1c}. Det gick någon vecka innan jag hann få svaret. Under tiden jag väntade på svar fick jag missfall. Samband med min oro? Så fick jag svaret. HBA_{1c} låg på nedre referensgränsen för normalvärdet. Detta uppfattade jag som ett lugnande besked och som ett bevis på att jag omöjligt kunde ha diabetes.

Efter sommaren blev jag gravid igen. Vid inskrivningen på mödravårdscentralen förklarade jag att jag inte ville ta slumpblodsockerprov eller göra den ordinarie glukosbelastningen, utan i stället ta HBA_{1c}, som ju är ett prov som inte påverkas av stress vid provtagningstillfället. Detta accepterades först, och ett HBA_{1c} togs som låg ännu lägre än det första.

Så blev ansvariga överläkare på mödravårdscentralen informerade om att det fanns en patient inskriven, som inte tänkte följa gängse provtagningsrutiner. Jag kallades till samtal för »korrekt information om graviditetsdiabetes«. Jag fick höra att jag hade fel. Glukosbelastning var det säkraste sättet att avgöra om man hade graviditetsdiabetes, och det kunde säkert inte påverkas så mycket av stress. HBA_{1c} ansågs mindre säkert under graviditet. Jag skulle »inse att jag hade diabetes och att det var risk för ökad perinatal mortalitet« om jag inte följde specialistmödravårdscentralens rutiner med extensiv blodprovtagning. Jag trodde förstas på överläkarna.

Dagen efter började jag mäta blodsockret sex gånger om dagen. Jag blev fruktansvärt stressad av mätningarna. Nästan genast klistrade jag en lapp över displayen för att slippa se varje enskilt

»Jag kände mig oerhört sjuk, fast jag inte hade minsta symtom. Varje mätning var ett ifrågasättande av min kropps förmåga att skapa ett friskt barn.«

mätvärde – de lagrades ändå i det elektroniska minnet på blodsockermätaren. En gång i veckan tappade barnmorskan den på data. Jag skrev upp allt jag åt för att ha som underlag att basera en eventuell insulinbehandling på. Jag höll medvetet fast vid mina vanliga, ganska sunda matvanor.

Jag kände mig oerhört sjuk, fast jag inte hade minsta symtom. Varje mätning var ett ifrågasättande av min kropps förmåga att skapa ett friskt barn. Att magen hela tiden växte kändes som ett bevis på att jag var sjuk, snarare än ett tecken på en normal graviditet. Det var också svårt att få ihop kraven på fasta mat- och mät-tider med utbildningens växlande tjänstgöring.

Varje vecka gick jag till specialistmödravårdscentralen, tappade mätaren på data, och varje vecka sa barnmorskan att »det ser fint ut«.

Till slut blev jag arg. Alla de här mätningarna som trasade sönder mitt liv och mitt självförtroende som blivande mamma var ju meningslösa. När det var en månad kvar av graviditeten pratade jag med överläkarna och fick veta att blodsockervärdena sammanfattningsvis varit helt normala och en bra bit under behandlingsgränsen för graviditetsdiabetes. Jag bestämde mig då för att sluta göra mätningar och lämnade tillbaka blodsockermätaren.

I journalen skrevs att jag hade en »lindrig graviditetsdiabetes utan ökad risk för graviditetskomplikationer« och att jag »säkerligen svält mig på grund av rädsla för att få högt blodsocker«. Att jag slutade med mätningarna förklarades med att jag var »negativt inställd till diabetesdiagnosen«. Eftersom jag som graviditetsdiabetiker löpte ökad risk att i framtiden få diabetes skulle jag själv kontrollera mig med glukosbelastning eller fasteblodsocker!

Innan allt det här hände hade jag funderat på att föda mitt barn hemma, eftersom jag haft två okomplicerade förloss-

ningar. Nu tog jag kontakt med hem-barnmorskan igen och förklarade allt om hur den här graviditeten varit för henne och hennes kollega. De trodde på mig och lovade att hjälpa mig.

Så föddes min son Alexander i rätt tid. Det gick otroligt lätt och smidigt. Eftersom jag inte behövde använda någon kraft på att »skärma av« en främmande miljö och okända människor eller följa någons direktiv, kunde jag koncentrera mig mer och glädjas åt mitt barns födelse redan under väkarbetet. Alexander mådde bra från första stund och vägde 4,0 kg.

Sommaren som följde var jag nästan rusigt lycklig. Jag hade fött ett friskt barn på ett fantastiskt sätt, jag var stark och jag kände mig så frisk i motsats till under graviditeten, då jag höll på med blodsockermätningarna.

Överläkarna på mödravårdscentralen påstod att glukosbelastning är ett prov som aldrig kan vara missvisande. Finns sådana medicinska test? De påstod att jag »hade rätt att veta om jag hade ett starkt anlag för diabetes«, som man ju har som graviditetsdiabetiker. Men jag anser att jag har precis lika stor rätt att slippa att i förväg veta vilka sjukdomar jag löper stor risk att få.

Överläkarna sa att jag »kan påverka min framtid högst väsentligt« genom att korrigera min förmodat osunda livsstil. Det tycker inte jag. Jag är redan smal, jag joggas tre gånger i veckan, och jag äter hyfsat. Jag har inte lust att bli extrem i något avseende, för några högst eventuella hälsovinster.

Överläkarna förutsatte också att jag var intresserad av farmakologisk primärprevention. Men jag vill inte påbörja en daglig, troligtvis livslång behandling redan innan jag är sjuk.

Så födde jag ju hemma – något mycket märkligt när man är sjukvårdspersonal och borde ha anammat det medicinska etablissemangets syn på förlossningar som något mycket riskfyllt som bör ske på sjukhus med mängder av kontroller och möjlighet till intervention vid minsta avvikelse från det »normala«.

Om man bortser från mina tvivel på diagnosen, och på vilket sätt mina tvivel bemöttes, kan man ju konstatera att diagnosen sattes på allmänt vedertaget sätt och att jag erhöll mycket ambitiös vård.

Den vården önskar jag att jag sluppit.

30-årig mor och blivande läkare