

Checklistor och screening – ett hot mot konsultationen



Konsultationen är en hörnsten i medicinsk praktik och av hävd en harmonisk process mellan patienten och läkaren. Allt fler experter menar att detta tillfälle bör utnyttjas för screening. Därmed flyttas medicinens fokus alltmer över på den friska individen, och den lista över de förebyggande åtgärder en allmänläkare bör ha i åtanke blir allt längre. Artikelförfattarna ifrågasätter den etiska grunden för att läkare utnyttjar konsultationen till annat än det patienten söker för.

JOHANN A SIGURDSSON
professor, överläkare, enheten för allmänmedicin, Vårdcentralen Solvangur, Hafnarfjörður, Island (*johsig@hi.is*)

LINN GETZ
företagsläkare, Landspítali Universitetsjúkhus, Reykjavík, Island

IRENE HETLEVIK
docent, Institutt for samfunnsmedisin, Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet, Trondheim, Norge

Medicinen håller i ökande grad på att skifta fokus från sjuka till friska individer. Konsultationen har av många ansetts vara en bra plattform för förebyggande verksamhet. I en nyligen publicerad artikel i BMJ har vi ifrågasatt om det är etiskt försvarbart att läkaren utnyttjar konsultationen till att ta upp annat än just det som patienten söker för [1].

Konsultationen, mötet mellan patient och läkare, har alltid varit en av hörnstenarna i den medicinska verksamheten. I fall som inte är akuta har det funnits en stark tradition att mötet mellan patient och läkare primärt styrs av det som uppfattas som patientens aktuella problem och behov, och att detta leder till en harmonisk process i mötet mellan dessa två parter (Figur 1). Eftersom flera undersökningar har visat att över 80 procent av befolkningen kontakter primärvården under en tvåårsperiod har många ansett att denna kontakt kunde utnyttjas i screeningssyfte (»case finding«). Detta betyder att allmänläkarna rekommenderas att passa på att kontrollera andra saker än just de som patienten söker för och som kunde vara bra för patientens framtida hälsa, oavsett orsaken till kontakten [2].

Doktors agenda i stället för patientens
När dessa opportunistiska förebyggande åtgärder under konsultationen först

framfördes för 25 år sedan var det inte mycket mer än blodtryck och livsstil som läkaren kunde kontrollera utöver det som tillhörde patientens agenda. Idag är situationen helt annorlunda. Den lista som experterna menar att man behöver ha i åtanke när det gäller möjliga förebyggande åtgärder har ständigt blivit längre, och det kräver både tid och personal om man skall implementera en »meny« av förebyggande verksamhet inom ramen för den traditionella konsultationen (Figur 2).

Vi ifrågasätter om det är etiskt försvarbart att mötet mellan patient och läkare i ökande grad präglas av doktors agenda. De bekymmer eller tankar som patienten själv tänkt diskutera får i så fall inte den plats i konsultationen som de kanske behöver.

Etiska grundprinciper

Förebyggande medicin bygger på andra etiska värderingar än kurativ medicin [3]. I den kurativa medicinen är det patienten själv som brukar ta initiativet och

Patienten måste informeras om både relativ och absolut risk, prediktivt värde, konsekvenser av falskt positiva och falskt negativa svar och risker med fortsatt uppföljning.

Figur 1. Den goda konsultationen bygger på ett harmoniskt möte mellan patient och läkare.

Se även artikeln på sidan 1416 i detta nummer.

söker hjälp hos doktorn, gärna en som patienten litar på. I sådana situationer svarar doktorn med att framför allt koncentrera sig på de problem som patienten söker för och erbjuder den hjälp och bedömning av situationen som läkarens medicinska kunskap medger. I samband med screeningprogram eller andra förebyggande åtgärder i offentlig regi är det läkaren eller andra auktoritetspersoner inom »systemet« som tar initiativet, kontakter individerna och erbjuder dem bättre hälsa än den de redan har eller skulle komma att ha under den närmaste framtiden.

Etiskt och moraliskt sett kräver sådana aktiva erbjudanden ett mycket brett och välgrundat vetenskapligt underlag, som garanterar att den förebyggande verksamheten totalt sett kan förväntas skapa bättre hälsa hos personerna i fråga.

Historien bakom hormonbehandling kring och efter menopaus ligger nära till hands som exempel på när helhetsbilden i den vetenskapliga dokumentationen varit bristfällig [4]. Ända till helt nyligen rekommenderades hormoner till pre- och postmenopausala kvinnor i offentliga vårdprogram för att t ex förebygga benskörhet. Totalt sett har denna behandling troligen gjort mer skada än nytta som förebyggande åtgärd.

Tyvärr finns det fler liknande exempel, där medicinen har gått långt över gränserna för evidensbaserad medicin och där detta skett genom en blandning

ANNONS

ANNONS

av tro, förhoppningar och marknadsmechanismer.

Checklistor tar överhanden

Experter och opinionsbildare inom olika specialiteter fokuserar framför allt på de riskfaktorer som de själva sysslar med i sin verksamhet. Primärvårdsläkare har kritiserats för att vara för tröga när det gäller att följa experternas rekommendationer för att upptäcka och ta hand om dessa riskfaktorer [5]. I vissa fall kan kritiken vara berättigad.

En samlad översikt av den verksamhet som dessa rekommendationer leder till ger oss en annan bild av verkligheten. Listan över de förebyggande åtgärder som kan vara aktuella vid varje konsultationstillfälle har nu blivit så omfattande att läkarna rekommenderas att skaffa sig påminnelseprogram i sina datorer för att hålla reda på allt som borde kontrolleras (Figur 3). I Irland och England får läkarna till och med extra betalt om de har tagit upp dessa »opportunistiska« ämnen i konsultationen. Att jämt och ständigt ha patientens medicinska riskprofil för ögonen kan leda till att doktorn skapar ökad otrygghet hos patienten och också ökat beroende av hälsovården. I värsta fall lämnar patienten konsultationen med fler bekymmer än han eller hon hade före besöket.

Kräver mer tid och specialkunskaper

Om amerikanska läkare skall följa alla de förebyggande åtgärder som US Preventive Service Task Force rekommenderar har tidsåtgången för detta uppskattats till 7,4 timmar per dag för en allmänläkare som har ansvar för 2 500 personer [6]. Med andra ord kräver implementering av alla riktlinjer i samband med själva konsultationen fördubblad tid jämfört med nuvarande situation. Förklaringen är bl a den att idag skall individerna informeras noggrant om vad det innebär att delta i medicinska screeningprogram och ge sitt samtycke. Det är inte längre ett enkelt »no brain«-beslut att delta eller inte delta [7]. Från doktors sida krävs först och främst en god insikt i patientens individuella situation och riskprofil. Det krävs också god kunskap i evidensbaserad medicin, samtidigt som man måste komma ihåg att man inte automatiskt kan överföra medelvärde från stora populationsstudier till enskilda individer.

Dessutom krävs det speciella färdigheter i kommunikation kring riskbegreppet. Det accepteras t ex inte längre att man försöker »sälja« förebyggande verksamhet genom att endast visa den relativa vinsten (relativ riskreduktion) i samband med interventionen. Patienten måste informeras om både relativ och

Figur 2. En del av de rekommenderade förebyggande åtgärderna som skulle kunna tas upp i screeningsyfte.

Figur 3. Särskilda datorprogram som påminner om riskfaktorer rekommenderas.

absolut risk, prediktivt värde, konsekvenser av falskt positiva och falskt negativa svar och risker med fortsatt uppföljning. Man måste också beakta att det i värsta fall finns risk för att några friska individer kan få allvarliga komplikationer eller kan dö på grund av förebyggande åtgärder för att vi skall kunna rädda andra från sjukdomen i fråga [8-11].

»Riskkommunikation« av denna typ har därför blivit ett alltmer uppmärksammat ämnesområde under de senaste åren. BMJ har bl a ägnat ett speciellt temahäfte åt ämnet [12].

Det finns väl bättre alternativ?

Utvecklingen inom den förebyggande medicinen har under det senaste decen-

niet lett till ett starkt intresse för och marknadsföring av riskbegreppet. Intensiv och systematisk fokusering på enskilda människors medicinska riskprofil innebär ett etiskt dilemma, bl a hotas den harmoniska läkare-patientrelationen på längre sikt. Om myndigheterna önskar att primärvårdsläkare skall utföra alla de förebyggande åtgärder som rekommenderas i kliniska riktlinjer inom ramen för nuvarande verksamhet i konsultationen måste de samtidigt lägga fram konkreta planer på en ökning av antalet allmänläkare i proportion till denna uppgift.

Ett annat alternativ är att låta läkarna delegera dessa uppgifter till annan personal, men i så fall krävs en motsvarande resursökning när det gäller dessa

grupper. Det tredje alternativet är att vi stannar upp, granskar utvecklingen och begrundar situationen. Skall vi över huvud taget använda konsultationen till att försöka pressa in en opportunistisk verksamhet? Finns det kanske bättre alternativ till att förebygga sjukdomar och stärka folkhälsan?

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003;327:498-500.
2. Stott NC, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract* 1979;29:201-5.
3. Cochrane AL, Holland WW. Validation of screening procedures. *Br Med Bull* 1971;27:3-8.
4. Lagro-Janssen T, Rosser WW, van Weel C. Breast cancer and hormone-replacement therapy: up to general practice to pick up the pieces. *Lancet* 2003;362:414-5.
5. Philips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
6. Yarnall KS, Pollack KI, Östbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: Is there enough time for prevention? *Am J Publ Health* 2003;93:635-41.
7. Welsh HG. Informed choice in cancer screening. *JAMA* 2001;285:2776-8.
8. Hvas L. Med blod på tanden, eller længre nede ... Månedsskrift for praktisk lægegering 1997;75:1347-9.
9. Fosså SD, Eri LM, Skovlund E, Tvetter K, Vatten L. The Norwegian Urological Cancer Group. No randomised trial of prostate-cancer screening in Norway. *Lancet Oncol* 2001;2:741-5.
10. Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: Advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. *Soc Sci Med* 2003;56:2045-57.
11. Gatto NM, Frucht H, Sundararajan V, Jacobson JS, Grann VR, Neugut AL. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population based study. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(3):230-6.
12. Edwards A. Communicating risks. Means that patients too have to learn to live with uncertainty. *BMJ* 2003;327:691-2.



= artikeln är referentgranskad