

Vid samtal med patienten om val av behandling:

# Tala hellre om chans och chansökning än om risk

Att samtala om riskläkemedel med patienten är svårt på många vis. Riskbegreppet i sig är inte entydigt och kan presenteras på olika sätt. Med förhoppningsvis alltmer av samförstånd och gemensam överenskommelse mellan läkare och patient om behandlingsval, är det viktigt att också patientperspektivet får plats. Det i artikeln presenterade förslaget om chans och chansökning är ett försök att hitta en »annan« synvinkel på riskproblematiken.

I det enskilda samtalet med patienten är riskfaktorer svårhanterliga begrepp. De bygger på populationsstudier och gruppdata och säger lite om den enskilda individens risk. Det finns inte heller någon skarp gräns för när riskbehandlingen inte längre har någon effekt. Ett ytterligare problem är att patienten vanligtvis har flera riskfaktorer som måste vägas samman. Att finna fram till bra och meningsfulla sätt att samtala om risk är nödvändigt för att uppnå samsyn mellan läkare och patient i beslutet om eventuell behandling.

Man kan dela upp kommunikationen om risk i en del som har ett befolkningsperspektiv och som används inom vetenskap och i massmedier, och en annan del som har ett individperspektiv. Det är en utmaning att i patientmötet transponera information om gruppdata till något som är lättillgängligt och begripligt på individnivå – men också viktigt för att uppnå en ökad patientmedverkan i valet av behandlingsalternativ [1].

**För att påvisa en eventuell** behandlingseffekt av ett läkemedel när det gäller riskfaktorer använder man sig av stora randomiserade, kontrollerade populationsstudier; det kan gälla risker såsom förhöjt blodtryck eller förhöjda lipidnivåer. Antag att man har en population på

5 000 män i 60-årsåldern som visat sig löpa en risk på 3 procent att drabbas av en primär slutpunkt, såsom koronar hjärtdöd eller en icke-dödande hjärtinfarkt, inom tre år. Antag vidare att man med läkemedelsbehandling visat sig kunna sänka motsvarande risk till knappt 2 procent. Det är en inte helt ovanlig storlek av risk och riskförändring. Det skulle innebära en relativ riskminskning på cirka 35 procent och ett inte föraktligt antal färre patientfall, cirka 50 personer.

Från ett samhällsperspektiv och inte minst från hjärtintensivavdelningens synvinkel är detta ett resultat att glädjas åt. Det är också denna relativa riskreduktion (RRR) och detta befolkningsperspektiv som ofta delges oss som patienter, såväl via enskilda patientsamtal som via massmedierna. »Risken att drabbas minskade med 35 procent!« – den typen av rubriker är inte helt obekanta i pressen. Hur stor den initiala risken egentligen var brukar mer sällan tydliggöras.

För den enskilde mannen i ovanstående exempel är befolkningsperspektivet inte lika intressant. En viktig uppgift att ha med i beslutet när han ska bestämma sig för om han ska låta sig behandlas med läkemedel eller inte, är den absoluta riskreduktionen (ARR), som i ovanstående exempel bara är en procentenhet – den från 98 till 97 procent.

**De ord man väljer i samtalet** är tunga verktyg och påverkar människors val. Ordet »risk« har något hotfullt och skrämmande över sig medan »chans«



Foto: MRS

**Är glaset halvfyllt eller halvtomt?** – Att presentera samma riskinformation på olika sätt, men logiskt densamma, s k framing, gör att man ofta väljer olika beroende på vilka perspektiv som man delges.

har en positiv klang. I Kina sågs orden med innebörden risk respektive chans ha samma gemensamma tecken, dvs risk kan också ses som en chans. Bland annat därför är kanske inte heller den absoluta riskminskningen ett bra begrepp att presentera för patienten. Att introducera »chansen att inte drabbas« av sjukdom eller död kan vara en annan väg att belysa problemet. I ovanstående exempel skulle det betyda att chansen att inte drabbas är 97 procent utan behandling, en chans som skulle höjas till 98 procent med det aktuella läkemedlet. Att presentera samma riskinformation på olika sätt, men logiskt densamma, s k framing, gör att man ofta väljer olika beroende på vilka perspektiv som man delges [2].

**Hollnagel [3] använder sig** av tombola-exemplet. En tombola har 97 vinstlotter och tre nitlotter, den om man inte väljer behandling, och en annan tombola har 98 vinstlotter om man väljer behandling. Man upplyses samtidigt om att man aldrig kan veta vem som kommer att dra en eventuell nitlott. Själv använder jag måttbandet, som bör finnas på undersökningsbordet, och åskådliggör



**BERTIL HAGSTRÖM**  
specialist i allmänmedicin, med dr, FoU-enheten, Primärvården Södra Älvsborg  
bertil.hagstrom@telia.com

chansen med många centimeter och ris-  
kens storlek med några få centimeter på  
slutet av det totalt 100 centimeter långa  
måttbandet.

**Det finns någonstans en gräns** för risk-  
storleken under vilken det kan tyckas  
orimligt med (farmakologisk) behand-  
ling, där nyttan är liten i förhållande till  
eventuell skada eller kostnad. Var den  
gränsen går varierar och uppfattas nat-  
urligtvis olika från individ till individ  
och är beroende av ålder, kön etc och av  
allvaret i det tillstånd som man avser att  
behandla. Sannolikt finns det ett visst  
mått av motsatsförhållande mellan ena  
sidan av myntet – samhällsperspektivet  
– och den andra sidan – individ- eller pa-  
tientperspektivet. Det är förmodligen så  
att behandlingsambitionen att minska  
den relativa risken för en viss sjukdom  
är högre sett ur samhällets och läkares  
synvinkel än motsvarande önskan för de  
enskilda individerna att i någon mån öka  
sina chanser att undgå sjukdomen [4].

Det gäller att ge sig tid till att för den  
enskilda individen presentera den teo-  
retiska hälsovinsten på varierande sätt  
ur olika infallsvinklar. Det är givetvis

ingen enkel kommunikation att föra  
rent praktiskt och inte heller avseende  
den etiska sidan av saken [5, 6]. Men til-  
syvende og sidst är det patienten som  
eventuellt ska »ta chansen« (eller mins-  
ka risken), men som också är den som  
kan komma att belastas med eventuella  
biverkningar, som ska köpa och ta sina  
läkemedel varje dag i årtal och som ska  
gå på läkarkontroller. Det är därför som  
det måste vara patientens val som i för-  
sta hand ska ligga till grund för en even-  
tuell läkemedelsförskrivning [7].

**Författaren Göran Rosenberg** skriver i  
sin bok »Plikten, profiten och värden«  
något som också kan gälla här: »När vi  
tillåter att professionell expertkunskap  
regelmässigt åberopas för att rättfärdiga  
bedömningar och beslut som i sista  
hand bara kan vägledas av en kunskap  
som är personlig och känslomässig till  
sin natur, omyndigförklarar vi så små-  
ningom hela den sfär av personlig och  
känslomässig kunskap, som ibland är  
den enda vägledning som står till buds.«

■ *Potentiella bindningar eller  
jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENSER**

1. Wisløff T, Halvorsen PA, Kristiansen IS. Antall som må behandles (NNT) – misvisende, misforstått, misbrukt? Tidsskr Nor Laegeforen. 2004; 124:1926-9.
2. Slovic P. Public Perception of Risk. J Environ Health. 1997;59:22-5.
3. Hollnagel H. Explaining risk factors to patients during a general practice consultation. Conveying group-based epidemiological knowledge to individual patients. Scand J Prim Health Care. 1999;17:3-5.
4. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. Scand J Prim Health Care. 2004;22:202-8.
5. van der Weijden T, Bos LB, Koelewijn-van Loon MS. Primary care patients' recognition of their own risk for cardiovascular disease: implications for risk communication in practice. Curr Opin Cardiol. 2008;23:471-6.
6. Reventlow S, Hvas AC, Tulinius C. »In really great danger ...« The concept of risk in general practice. Scand J Prim Health Care. 2001;19:71-5.
7. Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. Qual Health Care. 2001 Sep;10 Suppl 1:i2-8. [http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/10/suppl\\_1/i2](http://qshc.bmj.com/cgi/content/full/10/suppl_1/i2)

Fler debattinlägg på sidan 295

**APROPÅ! Försäkringskassan**

# Svårt sjuka patienter trakasseras

**R**ubriken innehåller en grov anklagelse. Det finns emellertid fog för den. Jag har mer än 35 års verksamhet som kirurg och behandlar nästan uteslutande svårt sjuka människor, företrädesvis med cancer i mag-tarmkanalen och inflammatorisk tarmsjukdom. Under tidigare år har det nästan aldrig hänt att jag fått tillbaka ett intyg för komplettering och definitivt aldrig då det rört sig om just svårt sjuka människor.

**Nu har emellertid någonting hänt!** Jag har nyligen fått två intyg återsända med begäran om komplettering och ett svar som ska skickas till »Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund«, dvs en adress, ingen person!?

I det ena fallet hänvisas till »www.forsakringskassan.se«

och »0771-524524«. Upplysningen är meningslös då webbplatsen är allmänt hållen med information som i huvudsak riktar sig till den sjuke och till arbetsgivare. Telefonnummer går till en telefonvarare, som uppger ett stort antal val utan relevans. I det andra fallet finns visserligen en person, ja, till och med ett telefonnummer angivet, dock aldrig någon som svarar!

**Detta är naturligtvis** utomordentligt allvarligt. Vad är det nu som Försäkringskassan inte är nöjd med beträffande mina intyg? Jo, man anser att det inte räcker att under »status, objektiva undersökningsfynd (funktionsnedsättning)« skriva att patienten är proktokolektomerad och försedd med ileostomi. Under rubriken »Hur begränsar sjukdo-

men patientens förmåga/aktivitet på individnivå?« vill man ha ytterligare upplysningar förutom dem jag angivit; stomiskötsel, sårskötsel samt smärtor.

**Okunnigheten** bland handläggare på Försäkringskassan torde vara monumental om man inte har klart för sig att om tjocktarm inklusive ändtarm avlägsnats och patienten försetts med ileostomi (påse på magen) så innebär detta en total avsaknad av arbetsförmåga oavsett vilket arbete man har. Försäkringskassan hänvisar i sin skrivelse till av Socialstyrelsen utfärdat försäkringsmedicinskt stöd på dess hemsida men där står inget om patienter som opererats för sin sjukdom. Varför då denna hänvisning?

Vidare avslutar man brevet

med följande sentens: »Försäkringskassan har skickat en kopia av den här skrivelsen till patienten för kännedom«. Varför? Är det för att jag, som intygsskrivande doktor, ska utpekas som bov och den som orsakar att patienten inte får sin rättmätiga sjukpenning?

**Här är något fundamentalt fel.** Jag accepterar inte att svenska myndigheter trakasseras sina medborgare. Försäkringskassans chef har nyligen tagit sitt ansvar och lämnat sin tjänst. Socialförsäkringsministern borde följa hans exempel. Läkarförbundet bör snarast ta tag i denna angelägna fråga.

**Björn Öjerskog**

överläkare, kirurgkliniken,  
Sahlgrenska Universitets-  
sjukhuset/Östra, Göteborg  
[bjorn.ojerskog@vgregion.se](mailto:bjorn.ojerskog@vgregion.se)