

# Dagens sjukvård vinner på ökad patientcentrering

Fokus på patienten ger effektiv vård – men paternalism har också en plats



SVEN WÄHLIN, distriktsläkare, Bålsta vårdcentral; projektledare, Riskbruksprojektet, Sta-

tens folkhälsoinstitut sven.wahlin@fhi.se

Patientcentrering, i den bemärkelse vi använder i dag, är faktiskt ett ganska modernt förhållningssätt, som tagit form först mot slutet av 1900-talet och fortfarande är under införande. Vi har säkerligen många blinda fläckar vad gäller patientcentrering i dagens arbetsätt. Hälsofrämjande och levnadsvanearbete är ett sådant område, där det är lätt att glömma patientcentreringen och ta fram »pekpinnen«. Vid implementering av Socialstyrelsens kommande nationella riktlinjer om levnadsvanor och sjukdomsförebyggande metoder kan det finnas anledning att beakta detta.

## Paternalism är vår arvedel

Den förste läkare man känner till var Imhotep (ca 2980–2900 f.Kr). Han var astronom, överstepräst, författare, domare, läkare m.m. Den mångsidigheten behövdes, eftersom egyptisk medicin var bred och innehöll såväl andebesvärjelser som kirurgi och receptsamlingar. Ett sådant kunskapsövertag bäddar för en paternalistisk patient-läkarrelation. En etisk medvetenhet fanns dock, vilket bla framgår av en dätida läkares gravskrift: »Jag ville gott« [1].

Den grekiska medicinen visade också en uttalad respekt för patienten, bla i den hippokratiska eden. Läkaren ska ge den bästa behandlingen, får inte skada och ska respektera sekretess. Respekt för patienten återfanns även i form av barmhärtighet och rättvisa samt hänsyn till människors konstitutionella olikheter; olika individer kan behöva olika behandling för samma sjukdom. Detta härrör från den indiska ayurveda-medicinen, där elementen (jord, vatten, eld, luft, eter) är beskrivningar av konstitutionella egenskaper. Hänsyn till patientens värderingar, förväntningar eller farhågor var dock ingen dominerande utgångspunkt för behandlingen.

Romarikets läkekonst importerades i stort sett från den grekiska. Den kände Claudius Galenos (130–201) var en sådan importerad skriftlärd läkare. Läkekonsten var bara tillgänglig för de rika, men Julius Caesar införde militärläkare; de första offentligtanställda läkarna! Detta torde snarast ha varit av omtanke om en effektiv krigsmakt. Mot slutet av romartiden medförde den kristna kärleks- och barmhärtighetstanken att diakonverksamhet etablerades även för fattiga.

Under medeltiden återfanns sjukvården bakom klostermurarna, och barmhärtighetstanken dominerade. Patienten var det hjälplösa barnet, som endast kunde vara delaktig i tillfrisknandet genom tron. Vårdgivaren uppnår frälsning genom sin osjälviska handling.

Upplysningstiden betonade en systematisk kunskapsinsamling snarare än studier av äldre auktoritetens skrifter. Men läkaren var fortfarande auktoriteten som ordinerade oinskränkt.

På 1800-talet växte humanismen fram. Detta innebar en

respekt för individens människovärde och därmed en grund för patientcentrering. Sjukhusen var dock en sluten värld; patienten var underkastad, fortfarande utan egen talan.

Under 1900-talet medförde avancerade behandlingar och diagnostiska metoder ökad status för läkaryrket. Patientens upplevelser blev mindre viktiga när diagnosmetoderna visade objektiva data. Detta kan bidra till ett avstånd mellan patient och läkare. Kanske utgör den första hjärttransplantation av Christiaan Barnard 1967 en kulmen på denna »medicinska teknikcentrering«.

Inom psykologin utvecklade Carl Rogers »person centred therapy« redan på 1940-talet. Han insåg själv att detta var ett nytt paradigme [2]. Dessa tankar kom också att lägga en grund för framväxten av den medicinska konsultationens patientcentrering, särskilt inom familjemedicinen [3]. I slutet av 1960-talet började en ny samhällssyn med medborgarrörelser och kritik mot samhälle och överhet att växa fram. Under 1970-talet ökade också kritiken mot vården; ett känt exempel är filmen »Gökboet«. Tiden blev mogen i Sverige för en ny lagstiftning som sedan drivit utvecklingen mot allt större patientcentrering: sekretesslagen 1980, HSN 1980, hälso- och sjukvårdslagen 1982, lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991, patientskadlagen 1996, lagen om patientnämnd 1998, lagen om etikprövning 2004, vårdgaranti 2005, vårdval 2009.

Även läkarutbildningen har, så småningom, börjat anpassa sig med utbildningar i samtalsmetodik och etik samt videofilmning som metod för att värdera samtalskontakten osv.

## Paternalism – läkaren är experten

Ordet paternalism härrör från latinets pater (fader) och syftar på den hierarkiska familjestrukturen där fadern var överhuvud. Underförstått var fadern den visaste, som agerade för familjens bästa. Begreppet diskuterades av grekerna, vilka jämte romarna utvecklade demokratier där olika folkförsamlingar hade den paternalistiska rollen gentemot folket.

I medicinsk paternalism är läkaren experten som vet mest och därför vet vad patienten behöver. Läkaren förmedlar råd och ordinationer till patienten. Patientens roll är att följa ordinationen och därmed bli frisk. Läkaren styr och har initiati-

## ■ sammanfattat

Historiskt sett har läkekonsten huvudsakligen varit paternalistisk, och patientcentrering i dagens bemärkelse är en tämligen ny företeelse. Etiken, en grund för patientcentrering, har dock funnits i årtusenden.

Läkarkonsultationen kan innehålla faser där doktorn är styrande (paternalistisk), men det övergripande för-

hållningssättet bör vara patientcentrerat.

Dagens hälso- och sjukvård är inte tillräckligt patientcentrerat.

Patientcentrering är en förutsättning för effektiv vård.

I hälsofrämjande arbete där levnadsvanor är betydelsefulla kan det vara extra svårt att arbeta patientcentrerat; »pekpinnarna« kommer lätt fram.

## »Man kan se konsultationen som ett möte mellan två experter.«

vet genom konsultationens alla faser: utredning, diagnos, ordination.

### Patientcentrering – patienten ses som individ

Patientcentrerad, patientfokuserad eller personcentrerad vård är olika termer, med lite olika fokus, för samma fenomen. Patientcentrering kan syfta på strukturella eller organisatoriska faktorer inom vården, men oftare på ett förhållningssätt i det enskilda patientmötet. Här är några helt olika, men ändå så lika, beskrivningar av vad patientcentrering kan innebära:

Søren Kierkegaard (1813–1855): »Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja där. För att hjälpa någon måste jag visserligen förstå mer än hon gör, men först och främst förstå det hon förstår.«

Socialstyrelsen (2009) [4]: »Patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet inför den enskilda individens specifika behov, förväntningar och värderingar. --- Patientfokuserad vård är en utmaning inför framtiden. --- Mycket pekar dock på att vården fortfarande inte är tillräckligt patientfokuserad.«

Medicinsk etik: Den etiska principen autonomi är central i patientcentrering. Autonomi innebär att erkänna patientens rätt att själv bestämma över sitt liv. Att inte skada, att göra gott och att fördela resurser rättvist är ytterligare etiska principer. En nyare etisk princip är att vi ska bevara och stärka patientens beslutsförmåga samt stödja mobiliseringen av patientens egna resurser (empowerment) [5].

En mer koncis definition beskriver patientcentrering med följande fem punkter [6]:

- Ett biopsykosocialt perspektiv på patientens problem
- Patienten ses som individ, vars upplevelse av sjukdomen är viktig
- Partnerskap med delat ansvar och delad aktivitet mellan vårdgivare och patient
- Terapeutisk allians mellan vårdgivare och patient som bygger på ömsesidig respekt, tillit och samarbete
- Beaktande av läkarens personliga egenskaper som betydelsefulla i yrkesutövningen.

### Patientcentrering ger god ordinationsföljksamhet

Läkartidningen gjorde 1999 en omröstning bland sina referenter: Vilka var 1900-talets största medicinska framsteg? Penicillinet och DNA-spiralen kom först, men myndighetsförklarandet av patienten kom på 13:e plats, strax före njur- och hjärttransplantation [7]. Förutom etiska och humanistiska skäl finns flera goda medicinska skäl till detta.

Att patientcentrering är en förutsättning för god ordinationsföljksamhet insåg redan fransmannen Blaise Pascal (1623–1662): »People are generally better persuaded by the reasons which they have themselves discovered, than by reasons which have come into the minds of others.«

Människan uppfattar sina egna idéer som de bästa. Det lönar sig inte att ge ordinationer som patienten inte förstår syftet med och inte vill ha. Vi måste därför »internalisera« våra ordinationer och åtgärder, dvs göra dem förenliga med patientens egna värderingar.

Patienters varierande förväntningar och olika motivation kan kräva helt olika åtgärder från oss. Prochaskas och DiClementes motivationscirkel beskriver hur patienten kan befin-

na sig i olika motivationsstadier [8]. Stadierna är »precontemplation« (omedveten eller förnekande), »contemplation« (begrundan, intresserad eller ambivalent), »preparation« (beredd, beslutsam), »action« (aktiv) och »maintenance« (arbete med att bibehålla en ny vana).

Motivation är alltså en kvalitativ egenskap, snarare än kvantitativ, varför uttrycket »brist på motivation« är inadekvat och kontraproduktivt. Är patienten omedveten kan vi informera, vid ambivalens ska vi hjälpa att lösa ambivalensen, och den beredda patienten ska vi stödja till handling. Att »veta« vad som är bäst för patienten utifrån evidens och nationella riktlinjer hjälper föga om vi inte vet var patienten befinner sig. Patienten är »arenan« där vi ska tillämpa vår kunskap. Första steget är att hitta till arenan.

### Paternalismen kan vara god

»Den goda paternalismen« kan ha flera ansikten. Är patienten medvetlös eller oförmögen till beslut av annan anledning påbjuder etiken oss att agera med patientens bästa för ögonen. Mer vanligt är att vi, uttalat eller outtalat, har patientens uppdrag att ta kommandot och därmed vara paternalistiska.

Finns en tillit i relationen kan det kännas tryggt för patienten att få lämna över. Detta gäller såväl vid fysisk undersökning som att vi ställer »våra« frågor vid anamnesupptagning. Att »fråga ut« patienten kan ibland vara känsligt och upplevas paternalistiskt. Screening och användande av frågeformulär är instrumentella till sin grundkaraktär, de innehåller en främmande aktörs frågor och kan därför upplevas paternalistiska [9, 10]. De kan dock ibland fylla en praktisk funktion, och tillämpningen avgör hur de slutligen upplevs av patienten. Exempel på sådana frågeformulär är Mini-mental test, depressionsskalor, frågeformulär om levnadsvanor och AUDIT (Alcohol use disorders identification test).

Möjligen kan man kalla det »god« paternalism också när vi uppfyller vår myndighetsroll och är samhällets företrädare. Detta gör vi vid intygsskrivande och i anmälningssituationer. Då är det en tredje part som är vår uppdragsgivare och vars behov vi ska tillfredsställa. Det »goda« syftar då på samhällets bästa.

### Paternalism fungerar inte vid livsstilsbehandling

Vid akuta eller komplicerade medicinska situationer är det naturligt för patienten att lämna över kommandot till en vårdgivare hon har tillit till. Patienter ser sin kunskapsbrist och vill utnyttja »den medicinska konsultens« kompetens och erfarenhet.

Det är emellertid svårare att lämna över när det gäller levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, alkohol, tobak). Patienten har ett kunskapsövertag i form av ett helt livs erfarenheter av sina egna levnadsvanor. Hon är expert på hur och varför de förändrats genom åren. Därutöver är många patienter intresserade och har åsikter om levnadsvanor. Detta gör paternalism än mindre gångbart här än vid andra medicinska åtgärder. Samtidigt är förebyggande och hälsofrämjande åtgärder liksom sjukdomsbehandling som inbegriper levnadsvanorna ofta effektiva och underutnyttjade. Många patienter önskar också mer egen kontroll över sin behandling och uppskattar alternativ till läkemedel.

En grund är att utgå från var i »motivationscirkeln« patienten befinner sig. Kan hon över huvud taget tänka sig att ändra sin livsföring? Patientens expertkunskap på sin situation ska matchas med vår, ibland inte lika självklara, expertis på hur t ex motion kan hjälpa vid en depression eller lindra onda knän när patienten bara får ont av att gå. Läkarutbildningens kurser i farmakologi behöver kompletteras med utbildning i lev-

nadsvanors betydelse för olika sjukdomstillstånd och hur vi praktiskt handlar för större följsamhet [11].

I höst kommer Socialstyrelsens nationella riktlinjer om levnadsvanor samt kvalitetsindikatorer. Klarar Socialstyrelsen att utgå från individens »behov, förväntningar och värderingar«? Eller blir det en paternalistisk kartläggning av hur patienten lever, som blir mättat på kvalitet?

## Konsultationens faser: följa – leda – samarbeta

Konsultationen har faser där aktiviteten ligger mer eller mindre hos läkaren respektive patienten [12]. Inledningsvis bör patienten få ha initiativet och gott om utrymme. Patienten är fylld av sitt problem, vad hon vill ha hjälp med; kanske är hon fylld av oro för allvarlig sjukdom. Några »nyckelfrågor« kan underlätta att patientens hela agenda framkommer och att vi får relevanta trådar att spinna vidare på [13, 14]:

- Vad är orsaken till att du kommer i dag?
- Vad önskar du att jag hjälper dig med?
- Vad tror du själv det här beror på? Är du rädd för att det är någon allvarlig sjukdom?
- Vad har du själv märkt hjälper dig?

Det är tidseffektivt att inledningsvis ge patienten gott om talutrymme [15]. I denna första fas är patienten experten, endast hon vet hur problemet upplevs och vad hon vill ha hjälp med. Här kan vi tillåta oss att bara ta in berättelsen utan att värdera, det är patientens personliga perspektiv som är relevant [16]. Först då vi har patientens hela agenda klar för oss kan vi snäva in och fokusera. I nästa fas är det dags för vår expertkunskap att leda konsultationen framåt. Detta kan innebära:

- En kort sammanfattning. Detta bekräftar för patienten att vi lyssnat och bekräftar för oss själva att vi förstätt rätt. Det blir en naturlig övergång till vår fas.
- Att komplettera med informationsinsamling genom fortsatt anamnes och status.
- Att ta ställning och göra bedömningar av tillståndet.

I denna fas har vi patientens uppdrag att ta initiativ och använda vår expertis för att komma vidare i samarbetet. För att det ska upplevas patientcentrerat krävs att patienten förstår varför. Tillit, information och samtycke är nyckelorden som gör proceduren patientcentrerad. Med dessa premisser kan även integritetskänsliga procedurer såsom gynekologisk undersökning eller anamnesfrågor om alkohol, suicidtankar, partnermisshandel m m bli enklare för oss och avlastande för patienten och därmed till och med positivt laddade. Denna fas kan ses som ett överenskommet paternalistiskt inslag i ett övergripande patientcentrerat förhållningssätt.

När vi har genomfört vår utredning kommer en tredje, mer gemensam fas. Nu ska patientens behov och förväntningar bemötas samtidigt som våra professionella slutsatser tillämpas – på ett sätt som patienten kan ta in, t ex:

- Välgrundat bemöta patientens frågor och eventuella farhågor om allvarlig sjukdom etc.
- I övrigt försöka hjälpa patienten med »beställningen«; det hon vill ha hjälp med (information, bot, lindring, recept, intyg).
- Förmedla alternativ lösningar för att hantera problemet, lösningar som patienten själv kanske inte sett.
- Stärka patientens tilltro och ge verktyg som ökar förmågan att hantera hälsan (resursmobilisering; empowerment).

Den fjärde och allra sista fasen är tydligt patientcentrerad igen: Blev patienten nöjd? Det vet bara patienten, och en avslutande bekräftelse angående detta brukar kännas bra.

Man kan se konsultationen som ett möte mellan två experter. Patienten är expert på hur besvären upplevs, på sitt liv, sina behov och förväntningar. Doktorn är expert på epidemiologiska och experimentella fakta om sjukdomar; hur det brukar vara vid en viss sjukdom. Doktorn bör dessutom vara expert på resursmobilisering; att stärka patientens tilltro till egna resurser och förmåga att finna nya lösningar för att hantera sin hälsa.

## Det blev helt enkelt dags för patientcentrerad vård

Sveriges befolkning är i dag välutbildad och betydligt friskare än för 100 år sedan. Läkarnas antal har ökat drastiskt och därmed antalet läkarbesök. Detta medför att läkarbesöken i dag inte präglas av dödliga sjukdomar, utan mer av kroniska åkommor och existentiella problem. Detta kräver mer av patientcentrerad, samtidigt som vi också kan kosta på oss detta. För att bli patient på 1800-talet krävdes ofta livshotande sjukdom. Läkarresurserna var mer begränsade, man kunde inte engagera sig i patientens upplevda agenda på samma sätt som vi kan i dag. Detta är fortfarande situationen i en stor del av världen, men inte hos oss. Vi kan fortsätta vår strävan mot en vård som både är effektivare och som patienten vill ha. En mer patientcentrerad vård!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

## REFERENSER

1. Sagnér A. Livets tjänare. Malmö: Bengt Forsberg's förlag; 1964. p 26-92.
2. Rogers CR. Significant aspects of client-centred therapy. *Am Psychol*. 1945;1:415-22.
3. Levenstein JH, McCracken EC, McWinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3(1):24-30.
4. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
5. Lönne N, Engström I, Löfmark R. Från läkarpaternalism till patientautonomi. *Lakartidningen*. 2009;106(52):3500-2.
6. Cheraghi-Sohi S, Bower P, Mead N, McDonald R, Whalley D, Roland M. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual »map« of patient preferences. *Health Expect*. 2006; 9(3):275-84.
7. Karlsson Y. Penicillinet och DNA-strukturen 1900-talets viktigaste upptäckter. *Lakartidningen*. 1999; 96(51-52):5734-6.
8. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47:1102-14.
9. Hedberg C, Engström I, Vickhoff R, Lönne N. Interventioner bör vara både evidens- och värdebase-rade. *Lakartidningen*. 2009;106 (43):2781-2.
10. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*. 2002;325:870-2.
11. Wolf M, Wählin S. Prevention och hälsofrämjande i fokus: Ett studie-brev om levnadsvanors betydelse för hälsan. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2010. <http://www.sfam.se>
12. Larsen JH, Hedberg C. Tillit – om att säga: Jag ska försöka hjälpa dig. *Allmänmedicin*. 2008;(1):6-10.
13. Malterud K. Key questions – a strategy for modifying clinical communication. *Scand J Prim Health Care*. 1994;12(2):121-7.
14. Israelsson A. Blir allmänläkarens patienter mer nöjda om »nyckelfrågor« används i konsultationen? *Allmänmedicin*. 2005;26(2):19-22.
15. SBU. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Ottosson JO, redaktör. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1999. SBU rapport 144. p. 149.
16. Rudebeck CE. Läkarkåren och sjukskrivningarna. Etiken i sjukskrivningssituationen utmanas av en smygande laglöshet. *Lakartidningen*. 2010;107(9):592-5.