

Problem vid allmänna hälsoundersökningar

Av dr Gösta Tibblin, Göteborg

Allmänna hälsoundersökningar kommer sannolikt att få stor omfattning i framtiden. Deras medicinska värde har debatterats livligt. Däremot har de praktiska problem man ställs inför vid undersökningarnas utförande, beaktats relativt litet. På medicinska kliniken I, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg har under 1963 utförts en populationsstudiet av nära 900 slumpvis valda 50-åriga män. Undersökningen, som haft formen av en omfattande allmän hälsoundersökning, har givit erfarenheter som ligger till grund för denna artikel. Avsikten är att diskutera läkarens och deltagarens relationer vid allmänna hälsoundersökningar och en hälsoundersöknings förhållande till den övriga sjukvården.

För att börja med läkaren så skiljer sig här hans roll i flera avseenden från den gängse. I vanliga fall är han auktoriteten, den svåränträffade specialisten som med hjälp av sina kunskaper och erfarenheter botar den sjuka, hjälpsökande allmänheten. Läkaren blir helt naturligt den dominerande parten i denna läkare—patientrelation. Vid hälsoundersökning däremot är det läkaren som söker upp "friska" personer och erbjuder dem en undersökning. Hela denna situation är för många helt barock i läkarbristens Sverige. Till råga på allt är denne läkare av flera skäl mycket mån om att så många som möjligt av deltagarna antager inbjudan. Läkaren måste kliva ner från sin piedestal för att bli något av en serviceman i hälsobranschen. Är det så ordnat att den hälsoundersökande doktorn också har hand om utredningen och behandlingen av de nyupptäckta fallen får han efter hälsoundersökningen på nytt hoppa in i den sedvanliga läkarrollen. Om denna rollförskjutning har någon praktisk betydelse är osäkert. Att den finns har säkert fler hälsoundersökare än jag upplevt.

Deltagarna i en allmän hälsoundersökning kan schematiskt indelas i tre kategorier. Ungefär hälften

av de inbjudna tillhör den grupp som är positiv till undersökningens idé. Omkring $\frac{1}{4}$ kan betraktas som relativt neutral inför det hela och $\frac{1}{4}$ är negativ till undersökningen. Den negativa gruppen är kanske mest intressant att diskutera. När man kallar medlemmar ur denna grupp till en hälsoundersökning sätts de i en svår situation. Av olika skäl, t. ex. sjukhusskräck, nervositet eller ovilja att bli kommenderad, vill dessa ej vara med om en undersökning. De kan å andra sidan resonera så här: "Det finns en möjlighet att jag har en sjukdom. Skulle jag då säga nej till en undersökning medförande försenad upptäckt av sjukdomen, som kanske dessutom då skulle bli omöjlig att bota, har jag försatt mig i en svår situation." Anhöriga, i vårt fall framför allt hustrurna, ökar pressen mot den motsträvide och resultatet blir att omkring hälften av dessa går till undersökning. Man kan invända att hälsoundersökningar givetvis måste vara frivilliga, men som situationen är för de kallade, saknar begreppet frivillighet här i det närmaste täckning. Det fordras verklig själsstyrka, att stå emot en kallelse till något så populärt som en hälsoundersökning.

Vid populationsstudier är det viktigt att få med så många som möjligt. Vid allmänna hälsoundersökningar anses att de ovilliga bäst behöver undersökas, då de skulle vara sjukast. Något som talar för, att så skulle vara fallet, finns inte. Hur långt får man nu gå för att få någon till sin undersökning? Hur länge får man förfölja honom med kallelser och telefonsamtal? Skall man med sjukhus och specialisters auktoritet övertala honom? Situationen är ej speciell för hälsoundersökningar. Läget är detsamma vid många kliniska efterundersökningar eller när man söker upp friska anhöriga till sjuka för att på så sätt definiera genetiska eller metaboliska faktorer. I allt hälsoarbete, liksom vid vetenskapliga under-

sökningar, måste man ha klart för sig att dessa övertalningsförsök innebär en viss risk för ökning av en förut befintlig läkarskräck.

Hälsoundersökningen är för många människor ett intrång i privatlivet. Därför måste en sådan undersökning uppfylla högt ställda krav. Den måste vara ofarlig och så omfattande att den ger en tillfredsställande bild av hälsotillståndet. Det är viktigt att det finns gott om tid för noggrann sjukhistoria, fysikalisk undersökning samt tid för svar på de medicinska frågor deltagare många gånger ställer. När det gäller själva undersökningen kan det vara idé att erinra om den allmänna läkarinstruktionen, där det står att "det åligger varje läkare att i sin verksamhet i öppen vård föra journal". Detta innebär att journal även skall föras vid hälsoundersökningar. Denna journal bör förvaras så att den kan bli tillgänglig i den händelse patienten kommer in på sjukhus och då det kan tänkas vara av värde att få fram tidigare Ekg, hjärt-lungröntgen, laborationer etc.

Vilka undersökningar och prover, som skall ingå i en hälsoundersökning har debatterats livligt. Avgörande blir här frågan om vilka sjukdomar eller tillstånd man önskar upptäcka. Skärmbildsundersökningarna har varit verksamma i kampen mot tuberkulos. Andra sjukdomar lämpade för massundersökningar har ansetts vara diabetes, cervixcancer, kardiovaskulära sjukdomar, anemi och glaucom. I en ledare i *Lancet* diskuterades nyligen de krav som måste uppfyllas för att en sjukdom skulle vara lämplig för massundersökning. Man framhöll bland annat att allmänheten måste acceptera de diagnostiska åtgärderna och inte minst de kompletterande undersökningarna vid positivt fynd. Sjukdomen måste av de undersökta uppfattas som allvarlig och ha en stor chans att botas. Själva undersökningen skall ur ekonomisk synvinkel vara rimlig; sjukdomen bör vara vanlig och undersökningsproceduren billig. Med undantag av tbc förefaller endast anemi och hypertoni någorlunda uppfylla de ställda kraven. Screening av dessa bör lätt kunna infogas i skärmbildsundersökningarna.

Efter genomgången hälsoundersökning har i allmänhet de till denna negativt inställda deltagarna ändrat sig och blivit relativt positiva. Deras sjukhusskräck var kanske obefogad. Hälsoundersökningen kan därför göra en viss nytta som avbetingare av skräckreflexer och därmed ge ökad möjlighet till tidig läkarkontakt och även tidig diagnos vid allvarliga sjukdomar. Erfarenheter från hälsoundersökning vid Esso stöder detta antagande. (Wade et al. 1960.)

När väl en undersökning är utförd möter man det största problemet, nämligen värdering av gjorda fynd. Hos så kallade "friska", medelålders människor upptäcker man sällan några klara sjukdomsenheter som hjärtinkompensation, cancer, hyperthyreos etc. De man finner av dessa behandlas på gängse sätt och utgör ej något problem. Vid hälsoundersökning (liksom i rutin-sjukvården) kommer man numera på grund av den laboratorietekniska utvecklingen att uppmärksamma en rad tillstånd, vars betydelse den medicinska sakkunskapen ej är ense om. De kan kallas potentiellt patologiska tillstånd. Exempel på dessa är förhöjt serumcholesterol, förhöjda triglycerider, Ekg-tecken på coronarinsufficiens, förhöjt fasteblodsocker, måttlig hjärtförstoring och ökat intraoculärt tryck. Vid serumelektroforesundersökning har vi funnit tre fall av extrafraktioner i gammaglobulinet hos personer utan kliniska tecken på malignitet, myelom eller dylikt. Vad betyder detta fynd? Alla dessa potentiellt patologiska tillstånd utmärkes av att de ej finns samtidigt med någon sjukdom. De är alltså separata företeelser hos en till synes frisk människa. Hypercholesterolemin är ej ett delfenomen vid en hypothyreos, blodtrycksstegring går ej med ögonbottenförändringar och det lätt förhöjda fasteblodsockret är ej ett fenomen av en klinisk manifest diabetes. Hur skall man då göra när man i sin verksamhet fångar in personer med dessa tillstånd? Klinikern och hälsoundersökaren är här i en besvärlig situation. Båda skall avge något slags utlåtande till patienten. Klinikern skall göra det när patienten skall friskskrivas och hälsoundersökaren vid sin undersöknings slut. Problemets omfattning framgår av

följande siffror. Jag valde slumpvis ut 51 stycken av deltagarna i Sahlgrenska sjukhusets undersökning av 50-åringar, som undersökts under våren 1963. Avsikten var att taga reda på hur många av dessa som hade ett kolesterol över 300 mg⁰/o, ett glycerid-glycerol över 2 mMol och blodtryck över 100 diastoliskt samt SR över 15 mm. Det visade sig då att 21 stycken hade ett eller flera av dessa potentiellt patologiska tillstånd. Hade jag tagit med flera prover så hade denna grupp givetvis ökat. Vid hälsoundersökningar är det därför helt omöjligt av praktiska skäl att kontrollera och följa upp de potentiellt patologiska tillstånden. Om det nu vore möjligt skulle det då vara önskvärt? Den stora faran ligger i att deltagarna i en hälsoundersökning eller patienterna på ett sjukhus ej förstår skillnaden mellan ett patologiskt tillstånd = sjukdom och ett potentiellt patologiskt tillstånd. De flesta kommer i stället att tro att de har en sjukdom och till råga på allt en sjukdom, där man i de flesta fall ej kan erbjuda någon behandling. Är läkaren skyldig att upplysa patienten eller deltagaren i en hälsoundersökning om dessa potentiellt patologiska tillstånd? Dessa potentiellt patologiska tillstånd ger oss idag en betydande osäkerhetskänsla. Det måste vara en viktig forskningsuppgift att taga reda på vilka av dessa tillstånd som verkligen är patologiska eller/och uttryck för pre-klinisk sjukdom. Detta kan ske genom att studera slumpvist valda populationer och sedan följa dessa.

Efter en hälsoundersökning skall deltagarna ha besked. Detta bör vara skriftligt och ske i så nära anslutning som möjligt till undersökningen. Flera oroliga telefonsamtal har övertygat mig om, att många lider svåra kval innan beskedet kommer. Dröjer det allt för länge så riskerar man inte bara ett ökat obehag för deltagarna utan även att respekten för undersökningen undergrävs. Om hälsoundersökningen har avslöjat en sjukdom så finns det risk att denna förvärras under väntetiden.

Till sist några ord om hälsoundersökningens relation till den övriga sjukvården. Hälsoundersökningen belastar givetvis den redan till brist-

ningsgränsen pressade sjukvården. Svårigheter kommer att uppstå när man försöker att få in de nyupptäckta fallen på sjukhus för utredning och för att man ej skall tappa bort dessa fall fordras en noggrant utbyggd bakgrundsorganisation. Många sjukdomsfall kräver ej inläggning men det kan här bli aktuellt med konsultationer av olika slag. Även för dessa bör det finnas en organisation.

Av de flesta anses en fast relation mellan doktor och patient vara av stor betydelse. Allmänna hälsoundersökningar kan hota denna relation. En patient kan tycka det vara onödigt att gå till sin doktor för kontroll när han kan få den gratis vid hälsoundersökning. Den hälsoundersökte kan vid undersökningen få helt andra svar på sina frågor rörande sina krämpor än de han brukar få. När det gäller behandlingen av en sjukdom kan den hälsoundersökande doktorn tycka ett och den ursprunglige doktorn ett annat. Vilka fall skall den egna doktorn sköta och vilka skall läggas in på sjukhus? En rad sådana problem är mycket svåra att lösa. Vår princip har varit att gå fram så försiktigt som möjligt. Vi har tagit reda på om deltagaren har en egen doktor, och i så fall sänt en sammanfattning av undersökningsresultatet till honom. Den egna doktorn har i de flesta fall fått taga ställning till undersökningsfynden och ordinerar den erforderliga behandlingen.

I debatten om allmänna hälsoundersökningar har tyngdpunkten legat på frågan vilket pris man kan tänka sig samhället skall ha råd och även är villigt att betala för att få tag på symtomlösa patienter med hypertoni, anemi och cancer. Det kan ej vara tillräckligt att fixera detta till ett visst pris per patologiskt tillstånd och anse det skäligt. Man måste också besvara frågan om hur mycket obehag och lidande man kan få åsamka de friska i sina försök att diagnostisera dessa sjuka.

LITTERATUR:

- Editorial: Screening. *Lancet* nr 7315 vol. II sid. 987, 1963.
Wade, L., Thorpe, I., Elias, Th. & Bock, G.: Are periodic health examinations worth-while? *Ann. Int. Med.* 56:81, 1962.