

Siðferðileg álitamál

Tilfelli

Þóra, Helga, Hrönn, Eygló Edda og Kristín hafa hist reglulega í saumaklúbb síðan þær útskrifuðust úr Menntaskólanum í Reykjavík fyrir 25 árum. Þegar þær hittast heima hjá Helgu í lok febrúar berst talið að því hvers vegna Landspítali hafi verið upplýstur í rauðum bjarma þegar Hrönn og Eygló Edda óku framhjá honum á leiðinni í Garðabæinn til Helgu. Helga veit svarið: Þetta er GoRed-átakið – eitthvað í sambandi við konur og hjartasjúkdóma. Og Helga sem vinnur á auglýsingastofu er umsvifalaust komin með fartölvuna á loft og finnur strax nánari upplýsingar á síðum Hjartaverndar: Stelpur, við misstum af tíkusýningu með rauðum kjólum eftir íslenska hönnuði í Ráðhúsinu á sunnudaginn, segir hún. Þær gera allar að gamni sínu meðan hún segir þeim nánar frá dagskrá GoRed á íslenska konudaginn. En þegar hún les neðar á vefsíðunni um „Einkenni

hjartaáfalls og heilaslags – Konur eru öðruvísi“, dregur úr hlátrinum. Hrönn starfar hjá fjármálafyrirtæki og hefur sofið illa á nóttunni undanfarna mánuði vegna þess að hún á von á að missa vinnuna. Hún er þögul meðan hinar ræða um „óútskýrðan slappleika eða þreytu“ og „meltingartruflanir eða verk vegna uppþembu“. Þóra verður hugsi yfir því að hjarta- og æðasjúkdómar skuli vera algengasta dánarorsök kvenna á Íslandi og að konur geri sér ekki grein fyrir eigin áhættu.

Tveimur tímum síðar, eftir góðan mat og ánægjuleg samtöl, berst talið aftur að GoRed meðan vinkonurnar eru að klæða sig í útifötin. Helga er ekki aðeins gestgjafi kvöldins heldur einnig leiðtogi hópsins í hvert sinn sem þær hittast. Hún stingur upp á því að þær panti sameiginlega tíma í áhættumat hjá Hjartavernd og hinar taka heilshugar undir tillögu hennar.

Hugleiðingar



Jóhann Ág. Sigurðsson

johsig@hi.is

Jóhann er prófessor í HÍ og yfirlæknir þróunarstofu Heilsugæslunnar.

Ofangreintdæmileiðirhuganna að þeim siðferðilegu álitamálum sem upp geta komið í tengslum við forvarnarstarf í læknisfræði og þá sérstaklega hópskoðanir og kembileit. Slíkar athuganir eru kostnaðarsamar og geta verið íþyngjandi fyrir fólk. Skiptir þá miklu að árangur þeirra sé ótvíræður og vegi upp á móti þeim hugsanlega skaða og kostnaði sem þær valda. Einnig er mikilvægt að skoða slíkar fyrirbyggjandi aðgerðir í ljósi forgangsfröðunar í heilbrigðisþjónustu og velta upp þeirri spurningu hvers kyns læknisfræði beri að leggja áherslu á þegar fjármagn er takmarkað. Hér að neðan eru settar fram vangaveltur um þessa þætti í ljósi dæmisins.

Forvarnarstarf og heilsuvernd er af hinu góða. Nægir að nefna bólusetningar og ýmsar aðrar smitsjúkdómavarnir, auk aðgerða til að sporna gegn reykingum, hreyfingarleysi og óhollu mataræði. Hins vegar hefur verið varað við því í virtum fagtímaritum á undanförunum árum að gera forvarnarstarf að söluvöru og heilbrigðisþjónustu að markaðstorgi þar sem megináhersla er lögð á sölu á þjónustu til hinna frísku á kostnað þeirra veiku.¹⁻⁴ Í slíkum tilvikum er þeirri aðferð beitt að gera meira úr vandamálinu en efni standa til og

boðið upp á úrlausnir sem geta verið vafasamar eða siðferðilega umdeildar. Þessi söluaðferð hefur verið kennd við „völd góðmennskunnar“ (e. *Power of Goodness*), en með því hugtaki er vísað til þeirra valda eða áhrifa sem til dæmis heilbrigðisstéttir geta fengið með því að telja fólk trú um að aðgerðir þeirra og úrlausnir séu alltaf til góðs. Varðandi GoRed-átakið koma mörg slík álitamál upp í hugann. Í útsendu fræðsluefni og á heimasíðu átaksins (www.hjartavernd.is) má meðal annars finna eftirfarandi fullyrðingar: „*Jafnmargar konur og karlar látast árlega af völdum hjarta- og æðasjúkdóma.*“ Hér er sannleikanum hliðrað verulega. Það þarf að skoða þessi mál eftir aldri og þjóðfélögum. Ótímabær dauði af völdum hjarta- og æðasjúkdóma er afar sjaldgæfur hjá konum hér á landi og mun sjaldgæfari en hjá körlum, reyndar alveg upp að níræðu (en þá eru karlarnir flestir dánir), sjá töflu I.

Í GoRed-átakinu segir ennfremur: „*Einkennalausar konur, 40 ára og eldri, ættu að fara í áhættumat til greiningar á áhættuþáttum á 5 ára fresti.*“ Þessi ráðlegging gæti fljótt á litið verið sjálfsgöð, en er umhugsunarverð þegar grannt er skoðað. Er reglubundið læknisfræðilegt áhættumat með

Tafla 1. Dánartíðni (heildarfjöldi og hlutfall af öllum*) karla og kvenna í aldurshópunum 40-89 ára, árið 2007.

	40-49 ára		50-59 ára		60-69 ára		70-79 ára		80-89 ára	
	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur	Karlar	Konur
Deyja af hjarta- og æðasjúkdómum	11 0,05%	1 0,00%	22 0,11%	4 0,02%	40 0,33%	15 0,13%	97 1,22%	52 0,57%	138 3,67%	151 2,83%
Deyja af öðrum orsökum	29	20	53	48	71	77	165	172	206	199
Lífandi	23.735	21.764	19.564	18.018	11.661	11.555	7.715	8.829	3.419	4.978

*Hlutfall reiknað af lífandi 1. júlí 2007 og öllum látnum á árinu. Sjá www.hagstofa.is

tilheyrandi blóðrannsóknnum nauðsynlegt hjá einkennalausum konum á þessum aldri? Hafa ber í huga að krabbamein er aðaldánarorsök meðal kvenna á aldrinum frá fertugu til sjötugs og 99,8% kvenna á þessum aldri deyr *ekki* af hjarta- og æðasjúkdómum. Hins vegar hafa skilgreiningar á „áhættu“ fyrir hjartasjúkdómum víkkað svo að þær virðast orðnar óraunsæjar þar eð þær flokka nær alla í „áhættu“. Rannsóknir sýna að ef farið væri eftir slíkum leiðbeiningum gætu yfir 90% fólks 40 ára og eldri flokkast í „áhættu“ fyrir hjarta- og æðasjúkdómum og þurfi samkvæmt því á læknisfræðilegu eftirliti að halda.^{5,6} Þetta þýðir að meirihluti heimilislækna gerði lítið annað en að sinna eftirliti hjá frískum konum sem hafa litlar líkur á að deyja úr hjarta- og æðasjúkdómum, sem leiddi aftur til þess að lítil tími væri aflögu til að sinna þeim sjúku. Til þess að sinna slíkri heilsuvernd þyrfti að fjölga heimilislæknum á Íslandi um marga tugi. Spurningin vaknar hvort heilbrigðiskerfið getur staðið í slíku eftirliti, hvort það sé vænlegasta leiðin til að bæta heilsufar kvenna um þessar mundir, eða hvort ekki sé frekar einhver fræðilegur galli í læknisfræðilegu leiðbeiningunum, enda eru konur á Íslandi með þeim langlífustu í heimi.

Miðað við ofangreindar faraldsfræðilegar upplýsingar vaknar spurningin um það hvort verið sé að markaðssetja heilsu kvenna með því að magna upp vandamálið og bjóða upp á tæknilausnir. Erum við að upplifa „völd góðmennskunnar“ með GoRed-átakinu? Hverjir sjá sér hag í þessu átaki og hvernig er heilsuvernd af þessu tagi fjármögnuð? Því miður lifum við nú á viðsjárverðum tímum þar sem fjárhagslegt óöryggi og atvinnuleysi ógnar heilsu íbúa þessa lands, kannski meir en nokkuð annað. Heilbrigðisstofnanir berjast í bökum við að halda uppi starfsemi sinni. Forgangsröðun viðfangsefna í heilsuvernd, hjúkrun og lækningum skiptir sköpum ef við eigum að halda sjó.

Í menningu margra ríkja er talið hollt að minnast þess að við erum ekki ódauðleg (*memento mori*). Í Reykjavík hefur hins vegar komist í tísku að minna okkur á hinar ýmsu dánarorsakir

(*memento causae mortis*) með því að baða byggingar og bifreiðar í áberandi ljósi. Í tilefni GoRed-átaksins var Landspítalinn lýstur rauður. Það má spyrja sig þeirrar spurningar hvort hollt sé fyrir þjóðina að vera stöðugt að minna á sjúkdóma og aðskildar dánarorsakir, einkum ef markaðsöfl ráða ferðinni.

Heimildir

1. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167: 363-4.
2. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
3. Moynihan R, Doran E, Henry D. Disease mongering is now part of the global health debate. *PLoS Med* 2008; 5: e106.
4. Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008; 372: 1997-9.
5. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I, Kirkengen AL, Romundstad S, Holmen J. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2003 European guidelines: modelling study. *BMJ* 2005; 331: 551-4.
6. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Can individuals with a significant risk for cardiovascular disease be adequately identified by combination of several risk factors? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *J Eval Clin Pract* 2009; 15: 103-9.

Leiðrétting

Í Læknablaðinu síðasta var birt mynd mánaðarins og umfjöllun um hana: Bjarni Jónsson og upphaf heilaskurðlækninga á Íslandi. Læknablaðið 2009; 95: 789. Þar var ranghermt dánarár Bjarna Jónssonar skurðlækni á Landakoti, en hann lést árið 1999. Beðist er innilega velvirðingar á þessari yfirsjón.