

DOKTORN SOM PATIENT

En resurs för bättre sjukvård

Genom att systematiskt intervjua pensionerade läkare och sjuksköterskor som på grund av sjukdom haft kontakt med vården bör man få en god bedömning av sjukvårdens fel och brister, menar Gregor Katz. Han är själv pensionerad läkare och beskriver här hur han som patient råkat ut för brister i vården.

Då och då har det i denna tidning funnits artiklar i vilka läkare redovisat sina egna negativa upplevelser av vården i samband med att de varit sjuka. Detta har så vitt jag kan bedöma sällan gett upphov till en konstruktiv debatt, än mindre till konkreta förbättringar.

På grund av angina pectorisbesvär fick jag för en tid sedan själv pröva på patientrollen. Jag vill här genast framhålla att jag på det hela taget blev mycket väl omhändertagen. En del situationer som jag råkade ut för var dock högst anmärkningsvärda och av sådan beskaffenhet att de kunde ha drabbat vilken patient som helst. De bland personalen som vid dessa tillfällen gjorde mindre lyckade insatser var säkert ej medvetna om vilka obehag de vållade mig. Grunden till deras handlande i dessa situationer kan sannolikt spåras till brister i utbildningen eller i systemet. »Vanliga» patienter hade knappast i samma utsträckning som jag, med min läkarbakgrund, fäst sig vid dessa fenomen. Ej heller sjukvårdsexperten hade vid en eftergranskning av mina journaler kunnat upptäcka dessa brister, då de inte finns antecknade. Min slutsats blir att man systematiskt bör utnyttja äldre läkares upplevelser i samband med att de är sjuka för att ge yngre kolleger en bättre förståelse för sjukvårdssystemet och hur deras insatser i det ter sig ur patientperspektiv.

Författare

GREGOR KATZ

pensionerad läkare, f d klinikchef vid barnpsykiatriska kliniken, Danderyds sjukhus.

Min patientroll började en kall januardag när jag med min hustru skulle ta en kort promenad ned till posten. Nästan framme drabbades jag av svår andnöd. Då besvären trots en stunds vila på posten ej ville släppa tog vi en taxi ned till sjukhuset där jag på akuten fick träffa en hjärtspecialist. Då alla fynd var negativa och mina besvär efter ett tag hade klingat av fick jag åka hem med rådet att träna upp min kondition. Jag skulle dessutom efter att ha varit på arbets-EKG få tid för ett återbesök.

Hemma satte jag genast igång med att träna på vår motionscykel. Jag var således väl förberedd när jag veckan därpå kom till arbetsprovet. Innan jag fick börja trampa kom en läkare in och kollade att allt var okej. Medan jag ännu svettig och andfådd låg på en brits för den avslutande registreringen kom samma läkare tillbaka. Efter en blick på EKG-remsan vände hon på huvudet och meddelade: »Det finns klara tecken på angina pectoris.» Efter att ha skrivit ut ett recept på Nitromex lämnade hon sedan rummet. Hela hennes insats hade tagit max tre till fyra minuter.

Beskedet krossade min självbild

Meddelandet kom som en veritabel chock för mig. Mina tankar flög genast till hur min far efter flera års angina pectorisbesvär hastigt gått bort i hjärtinfarkt. Beskedet krossade också min självbild, bilden av en frisk, icke rökan- de 72-årig fortfarande yrkesaktiv läkare, som varje söndag utan minsta besvär brukade simma sina 1 000 meter.

Att sättet att förmedla information är av betydelse för en sjukdoms fortsatta förlopp har påvisats, bland annat i en undersökning av G Tibblin och medarbetare [1]. Deras undersökning gällde patienter med akut tonsillit. Alla fick adekvat antibiotikabehandling. Hälften fick efter en summarisk undersökning, knapphändig information samt ett förtryckt recept av en läkare som inte ens presenterade sig. Den andra hälften av patienterna fick träffa en läkare som efter att ha presenterat sig gjorde en noggrann undersökning, tog in dem på sin expedition där de fick både adekvat information och ett för hand utskrivet re-

DEBATT

”Det kändes kusligt att plötsligt få uppleva denna rättslöshet. Och detta så helt i strid med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf...”

cept. Hos de patienter som, liksom jag, hade upplevt ett opersonligt bemötande kvarstod smärtorna signifikant längre än hos de patienter som hade omhändertagits på ett professionellt korrekt sätt.

Eftersom diagnosen angina pectoris kändes så hotande för mig ringde jag genast när jag kommit hem till den hjärtspecialist som jag hade träffat tidigare och bad om en snar återbesökstid. Han meddelade mig att datorn skulle ta fram en tid åt mig så snart svaret från arbetsprovet kommit till mottagningen. Jag kan bara uppmana alla läkare som lever i en datorstyrd värld återerövra sina tidböcker. När jag äntligen skulle ha fått komma på mitt återbesök var jag redan by pass-opererad. Men det är att gå händelserna i förväg.

Under de följande veckorna drabbades jag av nya, allt svårare andnödhs- attacker och hamnade åter på akuten. De första två gångerna fick jag ligga kvar några dagar för observation för att sedan åter få åka hem. Tredje gången var jag efter att ha diskuterat situationen med en på området mycket kunnig före detta kurskamrat klar över att det var dags för en angiokardiografi. Det ansåg även överläkaren på intagningsavdelningen och efter någon dag flyttades jag för vidare utredning till en hjärtavdelning. Där togs jag vänligt emot av min nya PAS (Personligt Ansvarig Sköterska), den fjärde inom loppen av två veckor. Han kollade mitt blodtryck och gav sig sedan god tid att ge mig information om den planerade undersökningen. När han hade hållit på ett tag och berättat för mig om hjärtats anatomi och dess blodförsörjning avbröt jag honom och undrade lite försynt om han inte visste att jag var läkare. Detta var en nyhet för honom!

Jag hade trott att sjukvården hade utvecklats dithän att en patient inte längre bara är »hjärtat på sal 10». Jag hade väntat mig att man i mig såg Gregor Katz, en pensionerad äldre barnpsykiater, som inte vet så mycket om den tekniska utvecklingen inom den somatiska medicinen, men som dock fortfarande vet något om hjärtats anatomi. Jag vill ej ha några favörer inom sjukvården på grund av att jag är läkare. Men samtidigt anser jag det självklart – bl a för att undvika pinsamma situationer av den art jag varit med om – att kolleger och annan sjukvårdspersonal bör vara någorlunda informerade om min yrkes- och livsbakgrund. Sak samma måste självklart gälla alla patienter.

På väg att bli hemskickad

Ronden nästa morgon bestod av två läkare och min PAS. Den läkare jag hade träffat dagen innan i samband med inskrivningen på avdelningen ledde ronden. När hon kom fram till min säng meddelade hon mig kort att man, med hänsyn till att jag ju redan efter mitt tidigare arbetsprov fått en återbesökstid, hade bestämt att jag skulle gå hem samma dag. Jag blev mållös. Innan jag återfått talförmågan hade hon vänt på klacken och lett ronden ut ur salen.

Efter en stund återkom den andra läkaren som hade deltagit i ronden. Hon hade tydligen märkt min reaktion. Hon presenterade sig som ansvarig avdelningsläkare och vi kom fram till att jag skulle stanna på avdelningen för undersökningen. Först nu fick jag reda på att den »läkare» som hade meddelat mig beslutet om utskrivning hade påbörjat sin AT-tjänstgöring på denna avdelning en vecka tidigare!!!

Att inte få reda på att man blir undersökt av en så kallad AT-läkare uppfattar jag som direkt vilseledande. Hela situationen upplevde jag som oerhört kränkande. Min upprördhet gällde inte bara mig själv. Jag identifierade mig också med andra patienter, som ju i en liknande situation skulle kunna vara helt prisgivna. Det kändes kusligt att plötsligt få uppleva denna rättslöshet. Och detta så helt i strid med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf som betonar att god sjukvård skall bygga på respekt för patienten och främja goda kontakter mellan patient och vårdgivare. För mig är det än i dag en gåta att en person i slutet av sin läkarutbildning och i närvaro av sin handledare kan visa att hon inte lärt sig det mest elementära om sjukvårdslagens bestämmelse att beslut skall fattas i samråd med patienten. Hur är det fatt med dagens medicinarutbildning?

Angiokardiografien genomfördes planenligt. Fyndet var av sådan beskaffenhet att jag två dagar senare genomgick en by pass-operation på thoraxkli-

niken vid Karolinska sjukhuset. Med de kunskaper jag hade, hade jag även utan avdelningsläkarens ingripande sett till att jag hade fått en lege artis-behandling. En i sjukvårdsfrågor mindre insatt patient hade förmodligen ovetande om de livshotande konsekvenserna tack-samt accepterat hemskrivningen.

Mina upplevelser är inte unika

Mycket talar för att mina upplevelser långt ifrån är unika. Så har till exempel T Tännjö [2] beskrivit liknande högst anmärkningsvärda situationer i samband med att han drabbades av recidiverande spontanpneumothorax. För en relativt hög frekvens av icke önskvärda situationer talar bland annat en studie av Ulla Holm [3]. Hon hade möjlighet att följa 40 läkare i deras arbete, var och en av dem under två dagar. De kom från intern- och allmänmedicinen samt från kirurgin. Mer än hälften var överläkare eller biträdande överläkare och flertalet var mellan 40 och 60 år. Enligt hennes kriterier uppvisade över 25 procent av dem påtagliga brister i sitt sätt att ta hand om sina patienter. För en hög frekvens av allvarliga misstag talar S E Bergentz [4] redovisning av studier från USA. Enligt en av dessa [5] drabbades 6,5 procent av alla intagna av allvarliga, livshotande eller dödliga skador på grund av misstag. Enligt en annan studie [6] var antalet personer som dog på grund av felbehandling två gånger större än antalet personer inom samma upptagningsområde som dog genom bilolyckor. Från Norge rapporterar J Ebbesen och medarbetare [7] att mer än fem procent av alla dödsfall vid den medicinska kliniken på Akershus central-sjukhus var förorsakade av felaktig användning av läkemedel.

Att dessa misstag och brister ej påtalas i långt högre grad beror på flera faktorer. De läkare som själva betar sig oprofessionellt eller felaktigt är ytterst sällan medvetna om vilka skador de vållar. Även om de skulle upptäcka sina misstag är det långt ifrån alltid de följer bestämmelserna i Lex Maria och anmäler sig själva. En annan faktor som bidrar till att misstag ej påtalas är kärlojaliteten. Ytterligare en omständighet är att »vanliga» patienter och deras anhöriga i regel ej kan bedöma om ett bemötande varit oprofessionellt, felaktigt eller om man gått miste om ett bättre behandlingsalternativ och även om de blir medvetna om situationen vill de ogärna stöta sig med den vård de i framtiden kommer att vara beroende av. Detta gör att bedömningar av vårdens kvalitet utgående från ett patientperspektiv [8, 9] förmodligen har lägre värde än om man gav till exempel läkare en enkät där de skulle bedöma om den räkning de beta-

lar på en bilverkstad står i rimlig proportion till kvaliteten på en omfattande motorreparation.

De pensionerade läkarna och de pensionerade sjuksköterskorna blir med stigande ålder allt oftare patienter. När de blir sjuka har de en dubbel »kulturkompetens». Samtidigt får de en dubbel lojalitet, dels mot sin yrkeskår och dels mot sina medpatienter. Genom att de ej längre är direkt knutna till sjukvården är de samtidigt mindre uppboundna av yrkeslojaliteten och kan då lättare se brister i systemet.

Genom att systematiskt intervjua slumpvis utvalda representanter för dessa båda kategorier när de på grund av sjukdom haft kontakt med vården bör man kunna få en god bedömning av sjukvårdens fel och brister och även dess förtjänster. Syftet måste självklart vara att undersöka mekanismerna bakom oprofessionella, skadliga beteendemönster och ej att spåra upp och pricka enskilda misstag. En förtjäpande analys av dessa intervjuer genom en »sjukvårdens haverikommission» eller en multidisciplinär institution borde vara en värdefull bas för nödvändiga förbättringar. En minskning av antalet iatrogena skador borde göra vården inte bara säkrare utan också betydligt billigare. Som det nu är går det först åt dyrbara insatser för att åstadkomma en iatrogen skada. Sedan måste man, om inte patienten har dött på grund av felbehandling [5, 6, 7] i regel satsa betydligt större resurser för att om möjligt reparera skadan.

Jag hoppas att mitt inlägg ej skall bedömas allt för hårt för sina eventuella brister utan i stället leda till en konstruktiv debatt och nödvändiga åtgärder.

Litteratur

1. Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Förväntans-effekt vid tonsillitbehandling. Personligt bemötande gav snabbare tillfrisknande. Läkartidningen 1988; 85: 610-3.
2. Tännjö T. Sjukvård i teori och praktik. Läkartidningen 1995; 92: 61-2.
3. Holm U. Många läkare brister i professionell medvetenhet. Läkartidningen 1995; 92: 2229-32.
4. Bergentz SE. Misstag i vården skall förebyggas! Läkartidningen 1995; 92: 3300-1.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients. N Engl J Med 1991; 324: 370-84.
6. Bates DW, Cullen DI, Laird N, Petersen LA, Ismail SD, Servi D et al. Incidence of adverse drug events and potential drug events. JAMA 1995; 274: 29-34.
7. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Svaar H, Brørs O, Hillberg T. Legemidler som årsak til dødsfall. Nord Med 1995; 110: 250-2.
8. Allebeck P, Hansagi H. Patientenkäten under luppen. Vem frågar om vad och i vilket syfte? Läkartidningen 1995; 92: 1565-6.
9. Larsson G, Wilde B. Är patienten nöjd? Nu prövas Kupp (kvalitet ur patientens perspektiv) – nytt formulär för att mäta vårdkvalitet. Läkartidningen 1995; 92: 1587-90.