

Ny artikelserie:

Jourens eklut

– de första, svåra erfarenheterna

»Eklut, extrakt av ekbark, förr använt vid garvning. Uttrycket 'gå igenom ekluten' används när någon härdas eller 'garvas' genom t ex hårda skolor eller svåra prov.» Denna definition hämtad ur Nationalencyklopedin beskriver väl inriktningen av den nya serie, »Primärjourens eklut», som startar i veckans nummer av Läkartidningen. Syfte och bakgrund beskrivs i den inledande artikeln, därefter följer det första »fallet», vilket kommenteras i den tredje artikeln. Fler fall välkomnas!

Nästan alla färdiga specialistläkare har i underordnad ställning i årtal, på AT- och ST-block eller som vikarier, varit primärjour på sjukhus och jourcentraler. Att ha gått igenom denna »eklut» något så när helskinnad är ett av livets stora examensprov för skötsamma medicinar-gossar och -flickor.

Den förväntansångest och extrema psykiska press som så många yngre läkare känner inför tunga jourpass förbleknar ofta i minnet ju äldre läkaren på sin sluttjänst blir. Upp stiger istället ett lätt romantiskt skimmer. Ur förträgnningens, rationaliseringens och det undermedvetnas bubblande soppa – alltifrån uppenbara medicinska missar, som tack och lov inte hamnade hos ansvarsnämnden, till skulden inför dödsfall som kanske kunde ha undvikits – ja, ur denna brygd stiger och förvandlas viktiga lege artis-insatser till bravader. Minnet av trängda vaktpass växer. Ibland kanske med barnligt medvetande njutningen att hela sjukhuset en gång i nattens stilla timme vilade blott och bart på hjältejourens axlar. Glorian strålar retrospektivt.

Debut som medicinjour

Jag kan själv i välbehag, i kittlingen över att ha klarat mig över den is som brast, berätta om min första patient på medicinjouren för 25 år sedan. Ett fall som, med en annan utgång, kanske hade stoppat min läkarbana.

Författare

BENGT JÄRHULT
distriktsläkare, Hälsökällan, Kyrkhult, primärvården i Olofström.

Jag hade som med kand fått ett sommarvikariat på infektionskliniken i en större stad. Döm om min förvåning när jag på första juren fick klart för mig att infektion och medicin denna sommar hade samjour. Det hade ingen sagt eller inte jag uppfattat.

Anländ till medicinakuten på mycket darrande ben, 5 minuter efter jurens start, fann jag en blåfärgad, starkt draglande medelålders kvinna som inte fick luft. Med dödens skräck i ögonen försökte hon genom salivskummet uppenbart säga något, var det namnet på en medicin? Var hon lungsjuk eller neurologiskt sjuk? Jag som inte hade gått neurologikursen! Bakjouren, var fanns han? Jag visste knappast hur man sökte denne för mig främmande kliniks ansvarige, än mindre hade jag träffat den gudagestalt jag i denna stund behövde. Men inte skulle han hinna komma på plats innan kvinnan var död!

Var det någon teoretisk association från farmakologikursen, om slem och antikolinergika, som steg upp i bakhuvudet och bröt min handlingsförklaring, eller var det den erfarna medicinsköterskan som viskade i mitt öra, spruta atropin? Jag vet inte, men efter 5 minuter tog patienten i praktiken sin säng och gick. Hon hade myastenia gravis och hade förgäves försökt få fram ordet Neostigmin för att jag skulle förstå vilken sjukdom hon hade och behandla henne för »överdosering», en kolinerig kris. Det hade jag mig ovetande också gjort, vilken slump!

Behov av debriefing

Människor som idag utsätts för trauma, alltifrån hot vid bankrån till sorgereaktioner vid olyckor, tas om hand –

Jourens eklut. En artikelserie där läkare redovisar egna svårigheter, tillkortakommanden eller på annat sätt lärorika erfarenheter, kommenterade av kolleger.

det är nästan ett krav – för snabba samtal om vad som hänt. Professionella grupper uppstår som svampar ur jorden, debriefing organiseras och omfattande hjälpinsatser och uppföljning kommer till stånd. En primärjournläkare har idag inte sällan upplevelser av likartad natur. Ja, en hel del massmediaförmedlade intryck ger snarast bilden av psykologiskt gullegull för sådant som är småsaker i jämförelse med en primärjourns extrema påfrestningar.

För 25 år sedan lämnades jag helt ensam med min upplevelse av myastenia-patienten, min första jourpatient i internmedicin. Det var nog så det var på den tiden. Hur är det idag? Läkare blir ofta delaktiga i hjälpen när människor ute i samhället drabbas, men tar vi läkare, vid kliniker och vårdcentraler, hand om våra egna nyblivna primärjourer och själsligt tilltufsade underläkare?

VINJETT: GUNNAR BEREFELT

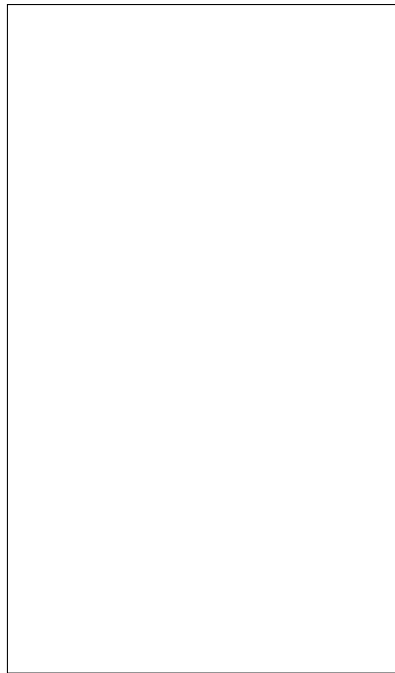
Fallet med Gevärsmannen

Jag tjänstgjorde vid tiden för händelsen som vikarierande underläkare på en psykiatrisk klinik. Som primärjour blev jag uppringd av jourhavande befäl angående en man som av sin hustru anklagades för att ha hotat skjuta henne. Mannen var jägare, hade tillgång till vapen i bostaden. Polismännen hade beslagtagit vapensåpsnycklar. Det hade vid gripandet framkommit att mannen hade någon typ av psykisk sjukdom. Några tidigare hot eller våldsamheter hade ej förekommit.

Nu ville man från polisens sida att jag skulle göra en LPT-bedömning. Mannens psykjournal togs fram, han hade sporadisk kontakt med en av klinikens läkare. Medicinerade nu ej, hade tidigare stått på tricykliga mot depression. Aldrig varit inlagd.

Mannen anlände i sällskap med två poliser, och gav ett samlat intryck. Luktade litet etyl men var ej berusad. Han förklarade det inträffade med att paret var i färd med att skiljas. Efter cirka en halvtimmes samtal var min bedömning att villkoren för vård enligt LPT ej var uppfyllda. Inga tecken till allvarlig psykisk störning hade framkommit.

Jag ringde min bakjour och redogjorde för det hela. Bakjouren beordrade mig att skriva vårdintyg: »Vi kan inte ta på vårt ansvar om han nu går hem och skjuter hustrun.» Jag föreslog att bakjouren själv skulle komma och bilda sig en uppfattning, men denne svarade att det inte skulle ändra något: »Skriv vad som helst på intyget.» Jag skrev ett vårdintyg med



TECKNING: LARS-ERIK HÅKANSSON

indikationen »depression»; intyget hävdes morgonen därefter.

Det kändes naturligtvis fel att på detta sätt ha tvingats agera mot gällande föreskrifter. Alternativet att efter en månad på kliniken framhärda i min uppfattning mot en erfaren specialist var då inte aktuellt. Sedan detta inträffade har jag arbetat ytterligare några år, och idag skulle jag säkert ha handlat annorlunda!

Ansvar för det inträffade får, hävdar jag, anses ligga på bakjouren. »Överkörd underläkare» (signaturen är känd av redaktionen)

Vad spelar romantiserandet från egna fornstora jourdagar för roll? Vad betyder den äldre läkargenerationens förträngningar av egna tillkortakommanden för empatin?

Upplevelsens kärna

Om man nu kan kalla de starka upplevelser som en primärjour har för trauman, på vilket plan ligger de? Är det upplevelsen av ond bråd död eller det fysiska äcklet över livsprocessens sönderfall? Är det anhörigkontakten där – i förtvivlan över en sjuk eller död make, son eller dotter – ilskan och sorgen projiceras på den oskyldige akutläkaren? Eller är det största traumat att stå ensam – att bakjouren inte kommer på begäran, saknar kompetens, inte ställer upp för att klara ut en svår situation, visar

likgiltighet inför primärjournens upplevelser? Är det i efterspelet problemen dominerar?

Idag finns så många fler läkare än för 25 år sedan. Tidsbrist finns naturligtvis ändå, men är det inte i lika hög grad en fråga om attityder? Att klinikchefer och överordnade lägger locket på, inte vill se den yngre kollegans oro för sin handläggning, ansvarsnämndshot och Lex Maria? Det är naturligtvis laddat för den underordnade att vid klinikens morgonmöte ventilera varför bakjouren inte ställde upp! Har de allt fler studierektorer för utbildningsläkare tagit på sig rollen att lyssna, förmedla kritik eller vara medlare? Vad betyder underläkares minskande valmöjligheter i en trängd arbetsmarknad för modet att ta upp det som är svårt och som eventuellt

kan påverka en anställning vid kliniken eller sjukhuset?

Ny artikelserie startar

Det är i detta perspektiv som en ny serie startar med veckans nummer av Läkartidningen. Redaktionen ger skribenter möjlighet att anonymt ta upp ett dilemma från journalsituationen, även om också inlägg under eget namn välkomnas. Inläggen kommenteras särskilt i perspektivet av kollegial samverkan, vad gäller relationer läkare emellan men också rent medicinskt. Redaktionen kommer att försöka beakta skribenters önskemål om vem som skulle kunna kommentera ett fall eller ett problem.

Utgångspunkten är den underordnade läkarens upplevelse i journalsituationen. Det hindrar inte att serien också kommer att belysa bakjourens ibland svåra roll. Ibland finns förklaringar till brister i bakjournsledet, och en ökad förståelse för bakjourens villkor från yngre läkares sida kan öka möjligheterna till samtal och konstruktiv arbetsgemenskap.

För- och nackdelar med en öppen diskussion

Läkartidningens redaktion har noga övervägt för- och nackdelar med en öppen diskussion om jourfrågor, men funnit att en intern kollegial debatt inte alltid är tillräcklig. Det finns förstås en risk att massmedia, särskilt kvällstidningar, rycker loss något fall, kanske anonymt publicerat, och slår upp detta som en »skandal».

Flertalet människor har emellertid själva eller genom anhöriga personlig erfarenhet av det svenska journalsystemet – på både gott och ont. Det går inte att upprätthålla en kuliss om det ofelbara journalsystemet som i alla lägen står för toppkvalitet. Det är målet, men en öppen diskussion om hindren är den bästa vägen att nå dit! Även en pilot måste flyga första gången, men ska han tala om det för passagerarna?

Låt se om den första linjens problem hör historien till eller om Läkartidningens initiativ är att dra proppen ur flaskan! Problemen idag är kanske annorlunda än för 25 år sedan då jag själv började gå jour? Inget hindrar heller att också de goda exemplen lyfts fram; ett exempel på att underläkaren inte behövde spela perfekt, fullfjädrad doktor när okunskapen och osäkerheten var som mest kondenserad; ett fall som berättar om hur ensamheten i primärjournrollen bröts av kollegial gemenskap och solidaritet; en presentation som säger något om en bakjourns goda psykologiska blick och förmåga att skapa proportioner hos underläkaren som blivit uppfylld av känslan att ha gjort ett medicinskt misstag. Läsekretsen välkomnas att ta kontakt med redaktionen! •

Kommentar:

Knepigt för en ung kollega – bakjouren borde ha kommit

Psykiatrisk tvångsvård är ett konfliktfyllt område, vilket väl illustreras av fallet med »Gevärsmannen». Exemplet illustrerar en typ av frågeställning som inte sällan är aktuell, nämligen psykiatris ansvar i mänskliga extrem situationer – här en man som hotade sin hustru till livet i en skilsmässosituation.

Psykjouren finner inget stöd för allvarlig psykisk störning i sitt samtal med mannen. I sitt beråd – det var ju ändå så att polisen kommit med en man som hotat sin fru till livet – ringer han bakjouren, och bakjouren beordrar honom att skriva vårdintyg. När vårdintyget prövades morgonen därpå ledde det inte till fortsatt tvångsvård.

Många aspekter att diskutera

Det finns en rad aspekter som är värda att diskutera:

1. Bakjouren borde ha kommit in själv för att ta ställning. Situationen är mycket besvärlig och svårbedömd, och en ung kollega borde inte utsättas för en så knepig bedömning.

2. Det framkommer inte huruvida man försökte övertala mannen att stanna kvar frivilligt. Sannolikt skulle det ha varit svårt att göra detta, men det är naturligtvis ett alternativ i en situation där det handlar om att vinna tid; både för observation av eventuell underliggande allvarlig psykisk störning och för att mannen ska få distans och hjälp i sin nöd.

3. Gjorde bakjouren en felaktig bedömning? Jag är inte säker på det. Här fanns ett möjligen livshotande fall och sådana har naturligtvis högsta prioritet i vården. Frågan är dock om just detta fall var en angelägenhet för psykiatrin eller om det var polisen som borde behålla

mannen för en viss tids observation.

Eftersom det dock fanns skäl för polisen att misstänka att mannens beteende kunde ha sin grund i en psykisk störning var det rimligt och säkert också humant att föra mannen till psykiatrin. Det handlar om en akut situation där det kan vara svårt att bedöma alla ingående element. Just för att vinna tid så att psykiatriskt skolad folk kan observera den hotfulle mannen och ge honom själv tillfälle till eftertanke, är övernattnings på psykiatrisk klinik inget dåligt alternativ.

Man ska också ha klart för sig – vilket nog inte alla har – att det för att skriva vårdintyg bara krävs »sannolika skäl» för att patienten skall vara i behov av psykiatrisk tvångsvård (§4, LPT; Lagen om psykiatrisk tvångsvård). Kraven är alltså av mycket rimliga skäl lägre ställda för intygsskrivande läkare.

4. En grundläggande skillnad, som jag ser det, mellan en domstols grundprincip och sjukvårdens förhållningssätt, är att man har helt motstridiga utgångspunkter. En domstol ska hellre fria än fälla, i den meningen att man frikänner om det inte finns mycket starka skäl för att döma någon skyldig. Sjukvården å andra sidan arbetar utifrån principen att hellre fälla än fria, dvs att så fort det finns en rimlig misstanke om sjukdom eller störning går man vidare i sina försök att utröna om det handlar om något sjukligt och behandlingsbart.

Denna konflikt blir tydlig i ett sådant här fall. En domstol skulle sannolikt nöja sig med att konstatera att det visserligen fanns ett hot, men att det inte var tillräckligt starkt för att föranleda någon form av frihetsberövande. Sjukvården å andra sidan kan inte omedelbart utesluta att en psykisk störning kan ha bidragit till den akuta situationen, vilket i sin tur leder till att man vill försäkra sig om ytterligare tid för observation. Detta har i sig också ett terapeutiskt element på så sätt att patienten tvingas till eftertanke genom anamnesupptagandet och genom observationstiden på kliniken borta från konfliktområdet.

Att försöka göra gott

Jag är alltså inte säker på att bakjouren gjorde en felaktig bedömning. »Gevärs-

mannen» är ett bra exempel på hur psykiatern använder sig av LPT för att försöka göra gott – i det här fallet för att möjliggöra en litet säkrare psykiatrisk bedömning och kyla ner en akut konflikt som i värsta fall skulle kunna vara livshotande. En domstol tillämpar lagen, psykiatern använder sig av lagstiftningen för sitt syfte, och jag kan inte se hur det skulle kunna vara på något annat sätt. Sjukvården har en annan utgångspunkt än rättsväsendet! Men den nye underläkaren borde ha fått bättre stöd.

Psykiatrisk tvångsvård är ett exempel på en extrem situation inom ett ansvarstagande sjukvårdssystem som är av samma karaktär som när man tar hand om en medvetslös eller förvirrad patient på akuten och kanske opererar eller i varje fall vidtar en mängd åtgärder där man förutsätter – presumerar – samtycke från patientens sida. Men den psykiatriska vården måste vara av hög kvalitet om den ska tvingas på en patient, och det är viktigt att det finns till-

Skriv om Jourens eklut!

Till den serie som startat i detta nummer om jourens eklut önskas fler bidrag från läsekreten! Det första fallet kan vara ett exempel på inriktning.

Bidragen publiceras anonymt om så önskas (men upphovspersonen ska vara känd av redaktionen) och kommenteras av en eller ett par läkare som belyser olika aspekter.

Om det är något som du vill diskutera inför skrivandet av ett bidrag, kontakta Yngve Karlsson eller Ingvar Krakau (enheten för allmänmedicin, Karolinska sjukhuset), Läkartidningens medicinska redaktion eller medlem i allmänläkarpanelen: företagsläkare Mats Berg, Göteborg, distriktsläkare Ingemar Bergstrand, Karlshamn, distriktsläkare Catarina Canivet, institutionen för samhällsmedicinska vetenskaper, Lund, distriktsläkare Bengt Järhult, Kyrkhult, distriktsläkare Maria Hagert, Vårdalliansen, Vällingby AB, med dr Eva Johansson, institutionen för samhällsmedicin, Umeå.

Författare

LARS JACOBSSON

professor, institutionen för psykiatri, Umeå universitet.