

Skjut inte på pianisten!

Ge oss en chans att omvandla vår empati till praktisk handling

I ett i tidningar och radio citerat anförande inför landstingsanställda i Luleå i februari 1998 framförde professor emeritus Edgar Borgenhammar, Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg, åsikten att så många som var tredje läkare i Sverige inte borde få utöva sitt yrke utan i stället borde förtidspensioneras. Detta eftersom de saknar empati, visar oförmåga till inlevelse, och brister i respekt för patienterna.

Eftersom detta mycket citerade yttrande sammanföll med ett patientfall jag just handlagt, där mina möjligheter att föranstalta om ett godtagbart omhändertagande starkt kontrasterade mot de krav som underförstås i Borgenhammars åsikt, vill jag här beskriva hur jag försökte ta hand om min patient.

Onkologmottagningen, Danderyds sjukhus den 4 mars 1998.

Den första patienten i dagens mottagning står i dörren, när jag av en sjuksköterska blir ombedd att ringa upp dottern till en patient, som jag skött sedan 1994. Denne har ett tymom och har för tio dagar sedan behandlats med cytotostatika och är nu som mest infektionskänslig. Mitt medicinska omdöme bjuder mig att prioritera denna akuta situation framför att påbörja dagens mottagning på utsatt tid. Jag ringer upp dottern som gråter och är mycket orolig för sin far, då hon vid besök sett att han är illa därän. Han har feber och kan inte äta eller dricka. Han vill dock inte själv ringa upp och berätta om sina besvär, eftersom han är rädd för att bli inlagd på sjukhus.

Jag tolkar dotterns beskrivning som att fadern är i akut behov av vård. Min bedömning bekräftas, då jag ringer upp och talar med patienten själv.

Jag har nu två möjligheter att föranstalta om vård. Den ena är att råda patienten att vända sig till närmaste akutmottagning, vilket de flesta patienter skyr på grund av tidigare erfarenheter av oändliga väntetider. Den andra är att jag som patientansvarig läkare försöker ordna med inläggning.

För att på bästa sätt omhänderta denna patient, som kan ha en akut och livshotande men behandlingsbar infektion, beslutar jag mig för det senare alterna-



tivet. Vår egen behandlingsavdelning är av besparingsskäl nedlagd, varför jag i första hand försöker ordna med inläggning på Radiumhemmet, som är den onkologiklinik som ansvarar för specialiserad onkologisk vård inom vårt område.

Jag söker sektionschefen vid Radiumhemmets lymfomsektion via Karolinska sjukhusets växel, där väntetiden blir avsevärd (»just nu är det många som ringer ...»). Sektionschefen visar sig vara sjukfrånvarande, och jag söker då biträdande sektionschef, som dock också är sjuk. Växeln har ingen uppgift om ersättare. Jag ber växeln koppla mig till lymfommottagningen, där en telefon-

svarare meddelar att mottagningen är stängd på grund av sjukdom.

På min lista över användbara telefonnummer har jag ett par direktnummer till lymfommottagningen, som jag ringer, och möts då åter av telefonsvarare, som åter meddelar att mottagningen är stängd på grund av sjukdom (förmodligen samma anknytning som växeln kopplat mig till).

Återigen ringer jag till Karolinska sjukhusets växel för att kopplas till vårdavdelning 3 på Radiumhemmet, där jag vet att lymfompatienter brukar vårdas. Jag får tala med en tillmötesgående avdelningsläkare, som kan upplysa mig om att det inte finns några lediga

platser på avdelning 3, men att efter nyligen genomförd omorganisation kan numera lymfopatienter placeras på vilken avdelning som helst. Avdelningsläkaren lovar att ta reda på vem som under rådande omständigheter (med sjuka doktorer) är ansvarig chef, och också undersöka om det finns lediga platser på någon annan avdelning, samt att återkomma med besked.

Efter tjugo minuter blir jag uppringd och meddelad att det inte finns några lediga sängar på Radiumhemmet. Jag får av ansvarig chef rådet att försöka lägga in patienten på Danderyds sjukhus. Enligt min bedömning är hematologavdelningen där, som också sköter lymfopatienter, lämpligast. Jag söker överläkaren på hematologsektionen via personsökare, men får inte något svar, han visar sig vara ledig. Jag ringer då till vårdavdelningen och talar med tjänstgörande underläkare, som kan meddela att man redan har överbeläggning, men inser att min patient är i behov av vård och erbjuder sig att tala med sin närmaste chef om att öka överbeläggningen med ytterligare en patient.

Snabbt blir jag uppringd igen och rådd att i första hand försöka lägga in patienten på infektionskliniken, och om inte detta lyckas, återkomma till hematologavdelningen. Ringer till växeln för att få sökarnumret till infektionsjouren. Jag söker två gånger utan att få svar och ringer då en anknytning som alltid skall vara bevakad, dock upptagen. Jag begär återuppringning, men ingenting händer. På ytterligare två anknytningar möts jag av telefonsvarare som talar om vilka mottagningstider man har. Fortfarande inget svar på journalsökningen.

Jag ringer därför växeln igen för att kontrollera sökarnumret – det visar sig då att jag fått fel sökarnummer. Jag söker igen och får äntligen tala med infektionsjouren, som först ifrågasätter om patienten har en infektion, och om han behöver vårdas på infektionsklinik. Så småningom blir jag lovad en plats på infektionskliniken, som dock inte har några lediga sängar förrän på eftermiddagen, efter dagens utskrivningar.

Nu visar det sig emellertid att patienten inte tillhör upptagningsområdet

för Danderyds sjukhus (patienten har enligt sin fria valmöjlighet valt att söka vård vid Danderyds onkologklinik), varför han hänvisas till infektionskliniken på Huddinge sjukhus.

Eftersom hematologavdelningen lovat att jag skulle få återkomma om jag inte lyckades skaffa vårdplats på infektionskliniken ringer jag dit igen. För att man där skall kunna motivera ytterligare överbeläggning måste patienten skrivas in via akutmottagningen. Jag meddelar patienten hur han skall gå tillväga och ringer primärjouren och meddelar att patienten är på väg in och efter inskrivning skall till hematologavdelningen. Därefter ombesörjer jag att journalkopior skickas till akutmottagningen.

Jag kan nu konstatera att jag, efter 21 telefonsamtal, är tillbaka vid utgångspunkten. Patienten måste hänvisas till akutmottagningen, där han, trots mina ansträngningar, får vänta mer än fem timmar innan han kommer till avdelningen. Under den tiden får jag ta emot ytterligare flera samtal från oroliga anhöriga.

Tyvärr är det här bara ett exempel på dagligen förekommande problem, som måste lösas parallellt med det ordinarie mottagningsarbetet i det kaos som nedskärningar och omstruktureringar skapat.

Den patient som jag prioriterade och ägnade så mycken tid att ordna för kan knappast ha varit tillfreds med det omhändertagande han mötte (vilket säkert också gäller hans anhöriga). De patienter som var inbokade på min mottagning denna förmiddag kan naturligtvis inte heller ha varit tillfreds, eftersom allt mitt ringande inkräktade på deras tider för samtal och undersökning. Själv var jag förstås också mycket otillfredsställd med att jag trots de bästa föresatser och de intensivaste ansträngningar inte lyckades åstadkomma någonting.

Jag tar gärna emot råd och instruktioner från någon i sjukhusadministration särskilt sakkunnig, som till exempel professor Borgenhammar, om hur jag inom vår sjukvårdsorganisation skall kunna omsätta min empati i praktisk handling. •

KRÖNIKÖR

DAGNY PETTERSSON SKÖLD
överläkare, onkologmottagningen,
Danderyds sjukhus.

”Jag kan nu konstatera att jag, efter 21 telefonsamtal, är tillbaka vid utgångspunkten. Patienten måste hänvisas till akutmottagningen, där han, trots mina ansträngningar, får vänta mer än fem timmar innan han kommer till avdelningen.”