

Temptagning i sjukvården – en fråga om kvalitetssäkring

Efter att ha lämnat vården för att använda vår kunskap och erfarenhet till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete har vi på avstånd – dvs genom litteraturen – kunnat följa utvecklingen av kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården.

Sjukvården en förebild, men ...

Vi har tyckt oss se att man här kommit långt jämfört med det område vi jobbar med, som ju är förhållandevis nytt och där såväl traditioner som ekonomiska och organisatoriska förutsättningar saknats för utvärdering av insatserna. För oss, som i decennier varit en del av vården, har vetenskapen om vårdens kvalitetssäkring varit en inspirerande förebild i det arbete vi numera försöker bygga upp. Men denna förebild har på ett brutalt sätt berövats oss genom en direktkontakt som blottlagt att det finns luckor i systemet.

Ett exempel

Efter ett par veckors plågsamma magbesvär och dagliga feberattacker sökte den ena av oss akut på ett större sjukhus strax norr om Stockholm. Tempmätning med örontemp visade 37,7 °C. Påpekande att temperaturen en halvtimme tidigare varit 38,9 föranledde muntemp, som visade 38,9 °C och åtföljdes av kommentaren att örontemp inte alltid fungerade. Inläggningen för utredning innebar trots detta att varje morgon väckas kl 05.00 för temptagning med örontemp, som alltså visat sig inte fungera.

Research inleddes

Häpna över dessa förhållanden inledde den för tillfället friskare av oss en enkel research. Telefonkontakt med närstående läkare verksam vid det andra sjukhuset strax norr om Stockholm bekräftade bilden: vid

ronden tittar man på noterad temp, kontrollerar via handpåläggning om den förefaller korrekt och begär rektaltemp när man inte tycker det stämmer.

Ytterligare erfarenheter

Bilden breddades ytterligare av en medarbetare vars vuxna dotter vårdades vid ett av dessa sjukhus för utredning av oklar feber sedan tre månader och nedsatt allmäntillstånd. Även här användes hela tiden örontemp, vilken endast vid begäran av modern, som är sjuksköterska, kompletterades med muntemp. Resultatet med örontemp tillmättes betydelse tills man satte droppet och kunde konstatera att patienten var ordentligt varm.

Här ansågs tydligen bedömningen genom handpåläggning vara bättre och tillfyllest, eftersom man då bedömde att hon hade feber. Sjuksköterskan var dock medveten om att örontempen var missvisande och att »det brukar skilja en hel grad».

Dock användes även fortsättningsvis örontemp under den långa sjukhusvistelsen. På »vår» tid skulle det naturliga efter några försök med denna medicintekniska innovation vara att lägga örontempen i en låda och återgå till tidigare använd teknik.

Bättre avstå än använda osäker metod

Vi skulle känna oss tryggare med vården om man hellre lät bli att tempa rutinmässigt än att använda en osäker metod, och istället satsade resurserna på en tillförlitlig metod i de fall man verkligen bör ta reda på temperaturen – om det nu är för dyrt med tillförlitliga metoder för alla.

Margareta Pettersson
leg barnmorska

Annika Strandell

leg läkare; båda Folkhälsoinstitutet

Symtom – alltid subjektiva!

I sitt inlägg i Läkartidningen 19/00 om vad läkaren kan styrka [1] kommenterade Pelle Netz hur man skall se på begreppet symtom. Han menade att man nog konsekvent bör använda uttrycken »subjektiva symtom» och »objektiva symtom».

Jag tycker, liksom många andra, att man i klarhetens intresse bör reservera ordet symtom för de obehag och plågor som patienten berättar om. Dessa patientens upplevelser är naturligtvis subjektiva till sin natur. Synonymen »besvär» visar kanske detta ännu klarare – ingen skulle väl komma på tanken att tala om »objektiva besvär».

Etymologin ger oss ingen hjälp

Att säga eller skriva »subjektiva symtom» har nackdelen att det antyder att det också finns »objektiva symtom», en term som är ägnad gynna oklarhet. Pelle Netz hänvisar till Wernstedts »Medicinsk terminologi». Även i den senaste utgåvan av det verket [2] talas det om subjektiva och objektiva symtom. Svenska Akademiens ordlista anger att symtom innebär »sjukdomsytring, tecken på sjukdom».

Ibland har man nytta av etymologin när man skall definiera vilken betydelse en term bör ha. Så är det inte med termen symtom, vars ursprung betyder »händelse», »något som sammanfaller». Vi är alltså fria att välja den betydelse som ger störst klarhet.

Sjukdomsytringar som kan konstateras av läkare (och ibland också av patienten själv) bör kallas sjukdomstecken. Min artikel på det uppslagsordet i Nationalencyklopedin har jag (med underförstått beklagande) avslutat med att sjukvården i sitt dagliga tal vanligen inte skiljer mellan sjukdomstecken och symtom. Men det borde man göra!

Skilj mellan tecken och fynd

I det engelska fackspråket är man noga med att skilja mellan »symptoms» och »signs», vilket bl a framgår av Dorland's Medical Dictionary. Så borde det vara också i det svenska fackspråket.

Netz har rätt i att ordet »fynd» står för något objektivt, något som kan konstaterats (och vid behov också styrkas i intyg). Ordet sjukdomstecken (eller

Fullständig adress

Även när manus lämnas via e-post behöver redaktionen fullständig uppgift om postadress. Ange likaså alltid titel, tjänsteställe och verksamhetsort.

Komplett manus kortar vägen till publicering.

ANNONS

ANNONS

ORRESPONDENS KORRESPONDENS

bara »tecken» om man så vill) begränsas lämpligen till sådant som kan upptäckas vid en ordinär läkarundersökning (och ibland av patienten själv), medan »fynd» (findings) är ett vidare begrepp som också inkluderar all annan objektiv information, dvs resultat av blodanalys, röntgenundersökning m m.

»Yttring» omfattar allt: symtomen och fynden.

Ont i ryggen

Exempel på följderna av att inte hålla isär subjektivt och objektivt finns i den nyligen utkomna SBU-rapporten »Ont i ryggen, ont i nacken» [3]. I inledningskapitlet står det att smärta är det enda »objektiva fyndet». Citatteck-

nen är författarnas, och läsaren får ett intryck av att de haft på känn att formuleringen är diskutabel.

I följande kapitel talas det om den »objektivt» uppmätta smärtan, alltså åter med garderande citattecken. Det rätta hade varit att skriva att det i flertalet fall av kronisk ryggvärk inte finns några objektiva fynd, och att det enda som finns att gå efter är patientens symtombeskrivning.

Uppmätning innebär i detta sammanhang att man ber patienten att ange styrkan av sin värk genom att antingen välja mellan alternativen på en ordinalskala eller välja ett läge på en kontinuerlig skala (VAS). Sådana kvantiteringar är värdefulla, men innebär inte att det sub-

jektiva blir objektivt. Mera om behovet av begreppsanalys och »praktisk kunskapsteori» står att läsa i en nyutkommen bok [4].

Jörgen Malmquist

med dr, frilansskribent, Höllviken

Referenser

1. Netz P. Läkaren skall inte styrka patientens egna slutsatser. Läkartidningen 2000; 97: 2384-6.
2. Lindskog BI. Medicinsk Terminologi. Stockholm: Nordiska Bokhandelns förlag, 1997.
3. SBU: Ont i ryggen, ont i nacken. SBU-rapport 145, vol 1, s 38, 57. Stockholm: SBU, 2000.
4. Malmquist J. Föreställningar om sjukdom. Somatisering. Medikalisering. Prioritering. Lund: Studentlitteratur, 2000.

Turbuhalers konstruktionsvaghet

År 1991 påpekade undertecknad i Läkartidningen en brist i konstruktionen av Turbuhaler, och produktansvarig på dåvarande Draco utlovade en över- syn av utförandet.

Problemet är fortfarande olöst, och år 2000 ser turbuhalers förbrukningsfönster likadant ut som vid introduktionen. Först när turbuhaler är nästan tom, dvs när 20 doser återstår, framträder en röd markering. Det betyder att förbrukaren endast har ett par dagar på sig att skaffa en ny.

Utförandet står i bjärt kontrast till

andra produkter på marknaden där man steg för steg kan följa förbrukningen. Tillverkarens ointresse av denna bagatellartade ändring av konstruktionen är naturligtvis av kommersiellt intresse.

Med nuvarande utförande måste förbrukaren alltid ha flera turbuhaler tillgängliga, vilket leder till ökad försäljning. En aspekt för läkemedelskommittéerna? Det vore intressant att få ta del av Astras/Dracos aktuella synpunkter på denna funktionsbrist.

Bo Werkström

leg läkare, Lund

Draco kommenterar:

Patienten har flera dagar på sig

I sitt inlägg kommenterar Bo Werkström räkneverket/förbrukningsfönstret hos Turbuhaler. Werkström kritiserar konstruktionen, vilken är gjord på så sätt att en röd markering visas då 20 doser återstår. Turbuhaler är då nästan tom, menar Werkström, och han hävdar att förbrukaren enbart har ett par dagar på sig att skaffa en ny Turbuhaler.

Underhållsbehandlingen kan behöva justeras

Turbuhaler används vid dosering av Pulmicort, Oxis, Inspiryl, Rhinocort och Bricanyl. Vid normal dosering av underhållsbehandling räcker läkemedlet mellan 10 och 20 dagar (beroende på dosering) efter det att den röda markeringen visas. Är behovet av en kortver-

kande bronkdilaterare, som t ex Bricanyl, mer än två gånger per vecka, är patienten enligt Läkemedelsverkets riktlinjer inte optimalt inställd i sin astma-behandling. I sådana fall bör patienten söka läkare för justering av sin underhållsbehandling.

Tillräcklig tidsmarginalen

Patienten har således ett flertal dagar på sig att skaffa en ny Turbuhaler. Något problem bör således inte föreligga gällande dosmarkering. Det förskrivs varje år ca 2,5 miljoner Turbuhaler-inhalatorer i Sverige och den är den i Sverige mest använda pulverinhalatorn.

Göran Tornling

medicinsk rådgivare, docent, Draco Läkemedel