

Har läkare en blind fläck för egen hälsa?

Läkare är usla patienter. De negligerar symtom, kommer för sent till doktorn, använder sällan screeningserbjudanden och behandlar gärna sig själva, trots att det oftare blir fel än rätt. Det visar en litteraturgenomgång som publiceras i decembernumret av Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Men läkares hälsa och sjukdomsbe- teende, och läkaren som patient, är för- vånansvärt utforskade ämnen. Ännu mindre är skrivet om hur det är att vara läkare för en kollega. Om detta speglar en generell ovilja hos läkarkåren att be- fatta sig med den egna hälsan, dödsång- est, en känsla av att mångåriga läkarstu- dier ger automatisk immunitet eller nå- got fjärde kan psykoanalytiker möjlig- gen förklara.

På senare år har svenska läkares psykiska ohälsa emellertid tydligt do- kumenterats. Medan Läkarförbundet reagerat inför detta faktum med projekt som Kollegialt nätverk, Ett hållbart ar- betsliv för läkare och sedan i våras Lä- kare för läkare (där läkare kan konsul- tera kolleger), förefaller arbetsgivare inom kommun och landsting ännu att blinka yrvaket med ögonen. Sjukvården som helhet har avsevärt mer att vinna på att arbetsgivarna generellt satsar på en kvalitativ företagshälsovård, snarare än en pliktskyldig lågbudgetvariant.

USA är ett föregångsland i omsor- gen om kranke läkare. Sedan många år finns där särskilda kliniker för ändamå- let. Också Norge ligger ett par steto- skoplängder före Sverige. För knappt tio år sedan startade norska läkarför- bundet ett forskningsprogram för att undersöka medlemmarnas hälsa. Sam- tidigt infördes ordningar där läkare kan få stöd eller behandling av kolleger. Från och med i vår finns också en ny kurs på läkarutbildningen om behan- dling av läkare. I litteraturgenomgången i decembernumret av den norska läkar- tidningen sammanfattas forskning inom och utom landet som rör läkares hälsa och hälsobeteende.

Det mest positiva fyndet är att läkare ge- nerellt inte är somatiskt sjukare än be- folkningen i övrigt. Kvinnliga läkare är rentav friskare. Men inte oväntat före- kommer stress och psykiska besvär i många länder. Hos yngre läkare var prevalensen av depressiva symtom och depression upp mot 30 procent under första året efter examen, enligt en ame- rikansk studie. Besvären hänförs bland

annat till sömnbrist, upplevelsen av höga krav och liten kontroll över arbe- tet.

Detta är välkända riskfaktorer för psykiska åkommor, påpekar artikelför- fattaren och psykiatern Reidar Tyssen. Han förundras över att ett preventivt tänkande inte fått större genomslags- kraft bland läkare jämfört med andra yrkesgrupper, exempelvis chaufförer och piloter, där fel kan få ödesdigra konsekvenser. Man kan bara hålla med. Att Socialstyrelsen fortsatt lastar en- skilda läkare, snarare än organisatio- nen, för fel som begås under en orimlig arbetsbelastning/schemaläggning är i bästa fall resultatet av en förlegad syn på läkaren som ett slags Guds förlängda arm, ofelbar och outtröttlig, i värsta fall uttryck för en cynism som bara gynnar makthavare.

Intressant nog finns en övervikt av psykiska problem hos äldre kvinnliga läkare i jämförelse med manliga jämn- åriga. En sådan könsskillnad syns inte bland yngre läkare. Tyssen föreslår att personlighetsfaktorer har större inver- kan på psykiska problem hos yngre lä- kare, medan samma problem hos de äldre relaterar mer till stress i yrket. Därmed skulle kvinnor vara mer känsliga för en sådan belastning. En annan tolkning man som läsare kan göra är att det är en generationsfråga. Den yngre läkarstaben har andra förväntningar på yrket än äldre kolleger, en annan och kanske mindre machobetonad självbild, och de befinner sig tveklöst i en sjuk- vård som i grunden är förändrad.

En undersökning av Bengt Arnetz, som inte ingår i litteraturgenomgången, har exempelvis visat att yngre läkare toppar listan över arbetsrelaterad ut- mattning.

En hög självmordsfrekvens inom kåren jämfört med befolkningen i övrigt och akademiker bekräftas i flera undersök- ningar. För kvinnliga läkare är själv- mordsrisken mellan tre och sex gånger förhöjd. Mindre känt är nog att läkare och medicinstudenter oftare än andra lyckas med uppsåtet att ta sitt liv och ogärna använder självmordsförsök som ett rop på hjälp. Kanske ser läkare ett misslyckat självmordsförsök som det yt- tersta beviset på sin egen oduglighet, och därför ser till att ett självmord verk- ligen fullbordas?

Tyssens genomgång påvisar också en benägenhet att självmedicinera med alkohol och vanebildande substanser,

Aktuell utlandskrönika

främst hos läkare som vårdats på psyki- atrisk avdelning. Eftersom sambandet mellan psykisk sjukdom och missbruk hos läkare, liksom hos andra, ökar ris- ken för självmord är denna komorbi- diten en viktig men svårupptäckt var- ningsflagga för kolleger att uppmärk- samma.

Men minst lika oroande som de psykiska besvären är sättet varpå läkare tycks hantera sina krämpor. Många uppger en tendens att förtränga sjukdom och att de söker hjälp sent eller inte alls. Läka- re sjukskriver sig ogärna – 80 procent av norska läkare hade under det gångna året arbetat trots att de var sjuka i åkommor som de sjukskriver sina patien- ter för – visar en ny studie. Sett över en längre period är trenden dock att fler norska läkare sjukskriver sig. Knappt hälften av norska kvinnliga läkare an- vände inte screeningerbjudande avse- ende livmoderhalscancer, och bland brittiska sjukhusspecialister var en fjär- dedel ovilliga att gå till en allmänprak- tiker för hjälp. Vidare hade åtta av tio norska läkare förskrivit medicin till sig själva. Här döljer sig självklart många banala tillstånd, men 73 procent hade också skrivit ut psykofarmaka. Och ska man tro en brittisk studie överensstäm- mer den genomförda terapin inte med god klinisk praxis i hela 80 procent av fallen!

Varför är då läkare så dåliga på att gå till doktorn och hantera sin egen skröplig- het? Rollen som patient är ny och skrämmande. Den tycks dessutom hos många utlösa en omedelbar lust att klä upplevelsen i text. Tidsskrift for Den norske lægeforening exemplifierar med en artikel av Dag Thelle, internmedici- nare vid Sahlgrenska Universitetssjuk- huset, som inlevelsefullt återger sin omvändelse från terapeutisk nihilism till en öppen och accepterande hållning till sitt paroxysmala förmaksflimmer. Ena stunden är han inbillningssjuk, i nästa aktivt kunskapssökande och re- gistrerar nyktert symtom, behandlingseffekt och utlösande faktorer. Kontak- ten med kollegerna förefaller långt ifrån oproblematiske: många går inte i

clinch med hans frågor om prognos och annat, samtidigt som han själv i andra sammanhang avböjer inläggning och behandling.

Den vård sökande läkaren känner sig inte lika väl behandlad som andra patienter. Det är ett gemensamt intryck från dessa referat från verkligheten. Å andra sidan gör han det inte lätt för sin behandlande läkarkollega. Den sjuke läkaren förnekar eller bagatelliserar ofta symtomen, har ångest för dem och känner skam över att vara sjuk – som om sjukdomen skulle böttna i medicinsk inkompetens, reflekterar Tyssen. Andra är oroliga för att tappa ansiktet och social position om sjukdomen blev känd. Väl hos doktorn finns en oro för läckor i sekretessen, och man håller gärna visa kort intill kroppen, exempelvis självmedicinering och sexualliv.

Eftersom läkare bättre än andra vet hur sjukvården fungerar, kan man frukta att farhågorna som läkaren som patient tycks styr av speglar läkarkollektivets syn på sjukdom och behandling av vanliga patienter. En annan förklaring är att läkare, precis som andra, överger förnuftet i en utsatt situation. Dessutom kan de medicinska kunskaperna uppenbart vara en barlast. Och lika avgjort kan det kännas märkligt att ena sekunden vara kollega och i nästa sekund patient till en arbetskamrat i rummet intill. I synnerhet på en liten ort.

Tyssen anger flera omständigheter i mötet mellan en läkare och en patient, som själv är läkare, som visserligen är naturliga men ogynnsamma för behandlingen. Exempelvis att patienten får ett alltför stort ansvar för behandlingen. Oro för att blotta kunskapsluckor kan förrycka den behandlande läkarens vanliga yrkestyngghet och orsaka felvärderingar. Omvänt kanske patienten, som Thelle föreslår, inte vill blotta sin okunskap genom att ställa frågor? Risken att läkaren identifierar sig med patienten kan enligt Tyssen leda till över- eller undervärdering av symtomen (av samma skäl får läkare i England enligt landets etiska riktlinjer inte behandla sin familj).

Organisatoriska förhållanden kan också försvåra ett bra möte. Konsulteras en kollega på arbetsplatsen kan det ske i korridoren, vilket enligt Tyssen är otillfredsställande för bägge parter. Traditionen att en läkare inte tar betalt av en kollega skapar lätt en tacksamhetsskuld hos kollegan/patienten och kan göra att den behandlande läkaren intar en mindre ansvarsfull hållning.

Många läkare har också beskrivit upplevelsen av särstatus under inlägg-

ning med alltför frikostig medicinering, negligering av personalen osv som följd.

De råd som finns om hur en läkare ska behandlas bygger, enligt Tyssen, i princip på att en vård sökande läkare bemöts, diagnostiseras och behandlas på samma sätt som en vanlig patient, samt att den behandlande läkaren är uppmärksam på fallgroparna och tidigt klargör rollfördelningen.

Läkarkåren i Norge har, i motsats till läkarkåren i Sverige, visat stort intresse för den ordning där läkare – som regel allmänspecialister som genomgått en tredagarskurs i ämnet – behandlar läkare. Som litteraturgenomgången visat dominerar psykiska besvär, varför psykiatrer också bör engageras, menar Tyssen. Tills vidare är ordningen inte utvärderad, men om den resulterar i att läkare på det hela taget kommer till behandling, gärna snabbare än idag, är mycket vunnet. Interventionsstudier från USA tyder också på att speciella mottagningar för läkare har effekt.

Syftet med att behandla läkare handlar ytterst inte bara om läkares hälsa utan också om vårdens kvalitet. En frisk läkare engagerar sig lättare i andras problem, och den som själv varit patient är sannolikt mer lyhörd för patienter med samma symptom, skriver Tyssen. Dessutom har doktorer i viss mån samma pedagogiska dilemma som föräldrar: att handling väger tyngre än ord. Patienter och barn ser mer till vad vi gör än vad vi säger. Om allmänheten kände till mer om läkarnas sjukdomsbeteende kan man alltså misstänka att patienter kom senare till doktorn, oftare sa nej till screeningerbjudanden osv och generellt var mindre friska.

Men läkare kan inte vara rollmodell, kanske någon invänder. Det är en moralisk fråga. Hur som helst överför läkaren som negligerar sina egna symptom sannolikt denna attityd till sin patient. Om inte, tyder det på att läkaren bedömer sig själv och omgivningen efter olika skalor. Båda delar är lika olyckliga.

Lancet tog i en ledare nyligen upp ytterligare en principiell aspekt på sjuka läkare. Har patienten rätt att veta om läkaren är smittbärare? Risken för smitta är, åtminstone när det gäller HIV, enormt liten. På världspan finns bara två kända fall då viruset överförts från behandlare (en tandläkare och en ortoped) till patient. Detta ska ställas mot undersökningar som visar att upp till 90 procent av patienterna anser att de bör få veta om läkaren är smittad. Ledar-

skribenten menar att patienternas säkerhet måste vara vägledande för sjukvården, samtidigt som läkaren har rätt till sekretess. Hur dessa motstridande intressen ska balanseras ges det inget svar på, men det konstateras bara att om patienternas önskan får företräde riskerar man att läkare undviker att testa sig av rädsla för konsekvenserna. Ännu värre är att myndigheterna i så fall gett upp sin folkbildande uppgift, vilket inte bara berör smittade läkare utan hela samhället och dess syn på HIV.

Litteratur

Tyssen R. Helseproblemer og helsetjeneste blant leger. Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2001;121:3527-32.

Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2001;121:3533-5.

Thelle DS. En orolig hjerte. Tidsskrift for Norske Lægeforening 2001;121:3640-1.

Editorial. Privacy for patients who are health-care workers. The Lancet 2001;358: 1919.

Norske Lægeforeningens hemsida. www.legeforeningen.no

Töyry S, Rasanen K, Kujala S, Äärimaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness and self-care among Finnish physicians: a national survey. Arch Fam Med 2000;9:1079-85.

Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorders in NHS tusst staff: occupational and gender differences. Br J Psychiatry 1997;171:519-23.

Nielsen B. Lægen som patient. København: Månedsskrift for praktisk lægegerning, 2001.



*Björn Ramel,
läkare och frilansjournalist, verksam i
Köpenhamn och Malmö*