

Patienten bör ges mer ansvar för sin egen sjukvård

■ Nyligen har i massmedierna rapporterats att Universitetssjukhuset i Lund lyckats få vården effektivare genom att tilldela läkarna ett personligt ansvar för sina patienter så att de alltid ska få träffa samma läkare.

Varför uppfinna hjulet på nytt?

Hur många gånger ska man behöva uppfinna hjulet? Det torde framstå som en självklarhet för de flesta läkare, gamla som unga, att jaktat letande efter journaler och tröskande av anamneser, som därigenom blir slarvigt och ofullständigt upptagna, skulle kunna undvikas och oerhört mycket tid sparas om bättre kontinuitet mellan läkare och patient garanterades. Jag har länge inte förstått varför det inte skulle kunna genomföras även i modern sjukvård, och i Lund har man tydligen nu återupptäckt detta. Må detta mana till efterföljd!

Försämrade relation patient-läkare

Det senaste decenniet har patient-läkare relationen förändrats drastiskt sedan 1960-talet då jag fick min kliniska utbildning. Nu skall patienten bestämma tillsammans med läkaren hur behandlingen skall läggas upp. Det är utmärkt att den gamla piedestalläkaren har försvunnit och att läkare och patient kan mötas mer jämställt, men det borde också medföra att man ställer större krav på patienten: att han skall kunna ge en adekvat anamnes på sjukdomar, läkarbesök och tidigare medicinering.

Eftersom kontinuiteten i relationen nu mestadels är en saga blott, och om Lundaupptäckten så förblir, kanske nya hjälpmedel kan uppfinnas för att detta skall åstadkommas. När det gäller läkemedelsbiverkningar kunde patienten t ex med varje förpackning få ett protokoll med listning av de biverkningar som är kända. Läkaren skulle framhålla vikten av att protokollet fylls i och lämnas tillbaka vid nästa besök. Eller så skulle apoteket infordra det som villkor för att lämna ut mer medicin på ett itererat recept.

De regionala biverkningsnämnderna skulle byggas ut med personal som kunde ta hand om protokollen och vid behov kontakta patienten för ytterligare upplysningar. För nyintroducerade läkemedel kunde en särskild biverkningsskatt läggas på företagen, t ex de tre första åren, för att finansiera verksamheten.

Ofullständiga anamnestiska uppgifter

Mycket av sjukvårdens ineffektivitet har sin grund i ofullständiga anamnestiska uppgifter. Ofta vet patienterna inte namnet på sina mediciner, och har inte upp-

fostrats till att alltid veta det. Varför inte i högre grad ta patientens resurser i anspråk och lägga på hans/hennes ansvar att presentera sin journal vid varje läkarbesök?

Med dagens teknik måste det rent tekniskt sett vara en bagatell att få in nödvändiga uppgifter på ett kreditkorts storlek. Läkaren tar in det i sin dator såsom sker i bankomaten. Sekretessen kan ordnas med koder som vid bankaffärer via Internet. Varje läkarbesök, varje recept eller annan sjukvårdande åtgärd skulle lagras på kortet – detta skulle vara ett krav för att få det subventionerat i den allmänna sjukförsäkringen.

Fördelar

Säkerheten skulle öka tusenfalt och behandlingseffektiviteten likaså. Kortet kunde användas även på försäkrings-

kassan (givetvis med annan kodning så att endast vissa uppgifter kunde läsas där) och andra instanser som behöver involveras i rehabiliteringsåtgärder.

För vissa sjukdomsområden kan säkert särskilda åtgärder vidtas för att säkra sekretessen, och uppgifterna finge införskaffas på annat sätt vid behov, men det borde kunna ordnas med särskilda kort för det (t ex psykvården, kvinnosjukvården).

Ställ krav på patientens medverkan. Fordra att de ska veta vilka mediciner de tar. Låt dem själva ansvara för sina anamnestiska uppgifter. Finns det ingen som är besjälad av att göra den vård vi har kvar så effektiv som möjligt?

Gunnar Nyberg

docent, leg läkare, Mölndal
ggnyberg@telia.se

Postpunktionell huvudvärk vid lumbalpunktion bör så långt möjligt undvikas

■ I vårt tidigare inlägg (LT 12/2004, sidorna 1121-2) hade LTs redaktion ändrat den av oss satta mellanrubriken »Epidural bloodpatch-behandling« till »Profylax med patientens eget blod« utan att vi uppmärksammade detta. Detta medförde att vårt budskap blev förvanskad. I texten framgår dock att vi endast diskuterade *behandling* av svår postpunktionell huvudvärk (PPH).

EBP en etablerad metod

Vi håller med Linde och Dahlöf (LT 12/2004, sidan 1123) om att man med dagens kunskaper inte bör rekommendera profylaktisk epidural bloodpatch (EBP). Vid behandling av invalidiserande PPH där inga andra behandlingsalternativ hjälpt är dock EBP sedan decennier en etablerad och effektiv behandlingsmetod med låg frekvens allvarliga biverkningar [1-3]. Bristen på randomiserade studier [4] innebär naturligtvis ett problem men talar inte mot att behandlingen är effektiv.

Orsaka inte smärta

Huvudbudskapet i vårt tidigare inlägg, liksom i dagens, är emellertid att vi bör göra allt vi kan för att inte onödigtvis förorsaka patienten PPH då en diagnostisk lumbalpunktion utförs. Det viktigaste härvidlag är således att använda en tunn atraumatisk nål. Kostnadsökningen på ca 50 kr per patient jämfört med dagens situation torde inte utgöra något

hinder för ett nålbyte; likvortrycket går fortfarande utmärkt att mäta via exempelvis 24G eller 25G pencilpoint-nålar, och ovanan vid dessa nålar går att träna bort.

P-G Rösblad

överläkare, anestesikliniken,
Danderyds sjukhus
p-g.rosblad@ane.ds.sll.se

Gunnar Dahlgren

överläkare, med dr, anestesikliniken,
Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Claes Frostell

professor, anestesikliniken,
Danderyds sjukhus

Referenser

- Berger CW, Crosby ET, Grodecki W. North American survey of the management of dural puncture occurring during labour epidural analgesia. *Can J Anaesth* 1998;45:110-4.
- Duffy PJ, Crosby ET. The epidural blood patch. Resolving the controversies. *Can J Anaesth* 1999;46:878-86.
- Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating postdural puncture headache (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 1*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2004.