



Göran Nilsson, överläkare, Centrum för klinisk forskning, Centrallasarettet, Västerås, samt institutionen för elektronik, Mälardalens högskola (goran.nilsson@ltvastmanland.se)

En bra doktor kan knappast kvalitetsmätas

|| Vilka mått skall användas för att definiera en bra doktor? Frågan utmanar ambitiösa räknemissar i sjukvårdens kvalitetsarbete. Hittills har den gode doktorn varit en svårfångad figur. Vissa kvalitetsvariabler är relativt enkla, t ex operationsresultat. Det blir betydligt svårare att ge siffror på kvaliteten av doktors insatser på en allmänläkarmottagning med dess mångfasetterade sjukdomar av skiftande svårighetsgrad. I synnerhet är det svårt att mäta den psykologiska effekten av doktors insatser.

Ett ambitiöst försök att tackla problemet har presenterats av Peabody och medarbetare från Institute of Global Health, San Francisco [1]. I en multicenterstudie mätte de kvaliteten av doktors handläggning av vissa konstruerade patientfall (diabetes, kronisk obstruktiv lungsjukdom, depression, kärlsjukdom), där klara evidensbaserade vårdkriterier finns. Tre metoder användes:

- *»Standardiserade patienter«*. Dessa var specialutbildade skådespelare som presenterade en symtombild för läkaren. Man registrerade sedan om doktorn ställde adekvata frågor, gjorde väsentliga undersökningar och gav riktiga ordinationer. En standardiserad patient kan exempelvis specialisera sig på lätt försämring av kronisk obstruktiv lungsjukdom i kombination med högt blodtryck.
- *Kliniska »vinjetter«*. Dessa innebar att doktorn »såg« en fingerad patient på datorn. Patienten presenterade symtom, och doktorn fick i tur och ordning ange vilka frågor han ställer, vilka basala undersökningar som görs, vilka laboratorieprov som beställs, vilka specialundersökningar som ordineras och vilken behandling som sätts in. Varje del i processen var en sluten enhet. Först efter att ha meddelat undersökningsledaren svaren på de anamnestiska frågorna fick doktorn således i nästa del av undersökningen beskriva vilka undersökningar han rekommenderade.
- *Bedömning av doktors insats via journalen*.

Skilnaderna mellan metoderna var små men statistiskt signifikanta. Standardiserade patienter gav bäst resultat, åtföljda av kliniska vinjetter. Journalbedömning gav det sämsta resultatet. Variationen mellan läkare inom undersökta centra var betydligt större än variationen mellan centra. Påtagliga diskrepanser mellan metoderna noterades av och till. I journalen angiven hjärtauskultation bekräftades exempelvis inte alltid av den standardiserade patienten.

Författarna drar slutsatsen att kliniska vinjetter är det bästa måttet. Det är enkelt och billigt och kan användas i stor skala. Det mäter också onödig undersökning och behandling, vilket är viktigt i ekonomiskt bistra tider. Journalen utgör ingen bra grund för mätning av vårdkvalitet. I USA utformas journalen tydligen alltmer som ett dokument avsett för rättsprocesser och underlag för sjukvårdsräkningen.

Det omätbara

Ovanstående kvalitetsmätning ger naturligtvis bara en skugga av sanningen. En känd sjukhistoria är illustrativ:

Professorn i gastroenterologi och chefredaktören vid The

Sammanfattat

Ett försök att kvalitetsmäta läkares handläggning av konstruerade patientfall har gjorts i en amerikansk multicenterstudie.

Trots ett ambitiöst upplägg ger mätningen endast en skugga av sanningen. Vad som utmärker den gode doktors kompetens, »kliniska blick« och trygga pondus är omöjligt att definiera med enkla mått.

New England Journal of Medicine, Franz Ingelfinger, 65 år, kunde en dag 1979 plötsligt inte svälja en äppelbit. Ett par dagar senare fick han inte ner en brödbit och sökte en radiolog. I röntgenrummet fick han demonstrerat sin cancer på övergången mellan magsäck och matstrupe. Kirurgi var uppenbarligen nödvändig och utfördes framgångsrikt. Än så länge var handläggningen tveklös. Den prominente patienten bombarderades sedan av expertkolleger med en uppsjö av råd om den fortsatta behandlingen. Strålning? Cytostatika? Båda? Ingetdera? Både patienten och hans familj gick alltmera ner sig av osäkerhet och oro för framtiden. Vändningen kom genom ett råd från en god vän. Rådet var enkelt: Du måste söka en doktor! En lämplig doktor utsågs, med stor lättnad för patienten och hans familj som följd.

Denna berättelse[2] kan jämföras med den ovan refererade artikeln om kvalitetsmätning. Den kirurgiska behandlingen var klart evidensbaserad och uppenbart nödvändig för symptomlindring. Behandlingen efteråt fordrade liksom många (flertalet?) kliniska vardagssituationer delikata avvägningar och »klinisk blick« som inte låter sig fångas av raffinerade kliniska vinjetter eller välutbildade standardiserade patienter. Det fordras helt enkelt en bra doktor. Till och med en fullfjädrad expert behöver få slappna av i en sjukroll. Doktors kompetens att hantera denna situation med trygg pondus på ett medicinskt vettigt sätt är omöjlig att mäta med enkla mått. Se t ex Clarence Crafoords förträffliga bok »Hjärtats oro«.

En bra doktor behöver bred människokänedom, eftersom människor är så olika, både medicinskt och psykologiskt. Detta fordrar betydlig patienterfarenhet. En bra doktor måste också kunna åta sig långsiktighet och kontinuitet i patientkontakten, vilket ofta saknas i dagens sjukvård med många stiftläkare och tillfälliga vikarier.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Intern Med* 2004;141(10):771-80.
2. Ingelfinger FJ. Arrogance. *N Engl J Med* 1980;303(26):1507-11.