

DEN PROBLEMATISKA LÄKARROLLEN I SJUKVÅRDSKRISENS TID

Sjukvårdskrisen är ett mångdimensionellt problem intimt sammankopplat med förändringar av läkarrollen. Den enskilde läkarens position har blivit allt svårare i en tillvaro präglad av nya etiska problem, klivna lojaliteter, tids- och resurspress, tvingande byråkrati och skarp eftergranskning.

Sjukvårdskrisen är inom mycket vida ramar ett relativt begrepp som botten i förhållandet mellan omgivningens förväntningar, våra möjligheter och det humana i vårt handlande. Det gäller orealistiska förväntningar på den medicinska teknologins kraft att hindra sjukdom och död, orealistiska förväntningar på en felfri sjukvårdsapparat, orealistiska förväntningar på våra resurser att ge allt åt alla.

Dessa krav som sjukvårdsapparaten inte uppfyller finns såväl hos allmänheten som hos expertisen längst bak inom den högt specialiserade vården. På detta absurda sätt tycks krisen djupare idag än i 1700-talets Sverige med 12 provinssiällkare. (Den nordligaste fanns i Gävle. Man övervägde att stationera en provinssiällkare i Västerbotten, men riksdagen ansåg det vara obehövligt ...! [1].)

Förhållandet läkare-patient-huvudman

Urholkning av den gamla läkarrollen i en hierarkisk struktur är ofrånkomlig men inte enbart av godo. Läkarens position har förändrats från att vara patientens ombud till att bli en av de bioteknologiska experterna i produktionsteamet, med dubbla lojaliteter gentemot såväl patienten som huvudmannen [2].

Patienten har utvecklats till konsument av vård, och det »gammaldags»

Författare

MILOS KESEK

avdelningsläkare, kardiologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

förtroendet för en auktoritet har ersatts av en kritisk granskning av den levererade »produkten».

Min första klinikchef påstod för 16 år sedan att det är den nonchalante och otrevlige läkaren som anmäls och fälls, inte den ambitiöse läkaren som gör vad som i efterhand visar sig vara fel. Detta gäller i lägre grad idag, se t ex HSAN 1027/96 [3].

Huvudmannens roll är tvetydig, med begränsande, resursmässigt motiverade krav som samtidigt i det enskilda fallet inte erkänns som förklaring till en suboptimal vård.

Mångdimensionella beslut

Våra medicinska möjligheter har utvecklats i rasande fart. Det är fascinerande att det faktiskt går att ostraffat förankra en tjock ICD-elektrod i en florstunn, skadad högerkammare eller föra upp en PTCA-kateter till kranskärlen genom en förkalkad artär som krasar vid punktion. I vår positivistiska värld tas detta närapå för givet; vinsten är in-tecknad.

Antalet parametrar enligt vilka vi utvärderar patienterna har ökat explosionsartat. Resultaten är ofta motsägande; utvärderingen måste ske felfritt och under tidspress. Jag har tidigare i detalj [4] beskrivit en konkret pressad journalsituation med beslut som vid formell eftergranskning kan te sig mycket tveksamma.

Ur mina nyare anteckningar kan jag redogöra för en likvärdig situation med 17 patienter och ett 30-tal sökningar under en natt. De flesta ärenden kommer under kvällen och jag har ett antal andra problem på kö samtidigt med det beskrivna fallet (se ruta).

Även utan tidspress förblir en hel del av vardagssammanhangen ogenomträngliga. Hur inverkar en ACE-hämmare på kombinationen antikoagulantia och kortison hos en äldre med uppseglande hjärtinfarkt? Den ökande ansamlingen bradykinin kan plötsligt tänkas få helt oväntade effekter i en hämrad koagulationskaskad utsatt för adrenalin och steroider – ingen vet. Det logiskt hållbara nätet för beslut finns bara inte att tillgå. De välformaliserade

DEBATT

”Alternativet är att acceptera en sämre sjukvård bestående av mångdubbelspecialister i neurokirurgi och kardiologi längst fram och en kontrollapparat med journalister och jurister längst bak. Vi kommer att datortomografera allt och trombolysera gallstensanfall för säkerhets skull.”

svaren saknar inte sällan fast förankring i verkligheten.

Eftergranskningen och offentlighetens krav

I ovanstående situationer förlitar vi oss på vårt doktorssinne. Hur håller detta för den kommande dubbla kritiken, expertisens eftergranskning lutad mot en struktur som vid tillfället inte fanns »men borde finnas» och lekmannens eftertolkning, eventuellt reflekterad och ytterligare förvrängd i massmedierna, kompletterad med en touch av jurister? Alltid finns det någon varg beredd att hugga till.

Man jämför vår verksamhet med flyget eller kärnkraftsindustrin och förundrar sig över våra incidenter. Vi har att lära från dessa områden t ex beträffande kontrollrutiner och reglerad utbildning på avancerad teknisk utrustning.

Många svåra problem är dock unika för sjukvården. På diagnossidan tamps vi med biologins stora variation och oförutsägbarhet och våra sensorers begränsade förmåga. I vår terapi har vi att ta hänsyn till den sjuka organismens på sina håll mycket begränsade reserver. I själva verket »hanterar vi dagligen ett Tjernobyl och flyger i oväder». (Det ska medges att en katastrofs konsekvenser är begränsade till den enstaka patienten, läkaren störar inte.)

Kravet på oss är 100-procentigt. Kravet är orimligt. Ett bittert referat [5] redogör för en nyligen inträffad tragisk

En läkare måste under ibland stark tidspress fatta beslut som kan vara av avgörande betydelse för patienten. De logiska efteranalyserna kan te sig oantastliga, men visar inte sällan bara ordets makt och likgiltighet inför verkligheten. Dignande under mångfalden av krav har läkaren blivit en allt blekare företrädare för humaniteten och trösten.

händelse där en ung kvinna avlider i streptokocksepsis två dygn efter tidig hemgång från förlossningsavdelningen.

Författaren anger frekvensen av det skedda till 1/100 000 och drar av detta slutsatsen att »det ska helt enkelt inte hända». Det ska tyvärr hända – just en gång på 100 000.

Vi måste alltid i det enskilda ställa oss frågan *varför* men samtidigt vara medvetna om att det på ett eller annat sätt kommer att hända igen. I efterhand

är det i detta fall uppenbart att en känsla av ruggighet och trötthet föregick ett fulminant sepsisförlopp. Det är en truisem att det inte var uppenbart före.

Ordets makt över verkligheten

Problemet med eftergranskning kan beskrivas i specificitets- och sensitivitetstermer – de eftergranskande experterna sätter med sina värderingar normer för vårt handlande. Expertens position är präglad av patientgruppen med

den inträffade infarkten eller PTCA-komplikationen snarare än av den primära populationen.

Hans riktlinjer applicerade på den oselektade patientpopulationen kan mycket väl medföra att antalet botade sjuka blir mindre än antalet livsfarliga kontrastreaktioner och blödningar hos överdiagnostiserade friska.

De logiska efteranalyserna som ter sig så oantastliga demonstrerar inte sällan bara ordets makt över och likgiltighet inför verkligheten. Resonemangen är på ytan lättillgängliga medan den bakomliggande verkligheten är dunkel och mångtydig.

Det lössläppta ordets sprängkraft visades i samband med Socialstyrelsens infarkttrapport 1996. En statistik på felaktig rapportgrund utpekar i massmedierna ett sjukhus som katastrofalt dåligt (Läkartidningen 44/96, 45/96, 46/96).

Konsekvenserna är allvarliga, såväl för det offentliga förtroendet som för inblandad sjukvårdspersonal. Frågan är om sådan statistik antingen ska vara konfidentiell eller om läkarkåren överhuvudtaget inte bör medverka till att ta fram liknande uppgifter.

Förmågan att se människan betyder allt mindre

Vi kan idag upprätthålla fysiskt liv långt bortom tidigare gränser. Någonstans, svårt att säga var, passerar vi gränsen för det absurda och det ovärdiga. Förmågan att se människan har kommit att betyda allt mindre jämfört med balansen mellan de bioteknologiska möjligheterna och de begränsande resurserna. I detta spel har läkaren fått

Analys av ett jourfall

En 80-årig allmänpåverkad patient som står på ett tiotal mediciner är ett mycket vanligt akutfall. Han kan inte ordentligt redogöra för sina mediciner. En sådan patient står troligen på potenta diuretika, sannolikt på ACE-hämmare och kan behandlas med en skön blandning av t ex antikoagulantia, cytostatika och klass III-antiarytmika.

Hur värderar man hans tillstånd både snabbt och pålitligt samtidigt? Jag hade i detta läge ett flertal andra ärenden som väntade, bl a en kvinna i 50-årsåldern med hjärtfrekvens 190 som »inte mår bra».

En ganska uttömmande akut bedömning av tillståndet och dess orsak rör sig ungefär efter följande hållpunkter: Är det habituell tillstånd eller ett nytillkommet problem? Generellt tillstånd: Feber, anemi, något kirurgiskt? Cerebralt? Respiratoriskt: Objektiv andningsfrekvens, subjektiv dyspné, ta en blodgas, finns det en gammal journal, finns det någon gammal blodgas, gammal spiro-

metri? Kardiellt–hemodynamiskt: Blodtrycket, något mått på CVP-halsvenstas, benvullnad? Vänstersidan, lungrassel, finns det gammal lungröntgen, gammalt hjärtultraljud? Kardiellt–elektriskt: EKG, jämför med gammalt EKG, finns det något gammalt arbetsprov? Kolla elektrolyter, krea; kan koagulationsstatus vara intressant? Endokrint, socker, står han kanske på steroider? (Det gjorde han ... och på Waran också ...)

Den självklara frågan är: »Är allt detta nödvändigt? Skriv bara in gubben så brukar det visa sig vad det blir.» Problemet är dock att patientens komplexitet egentligen kräver en sådan omständlig bedömning medan min situation tvingar mig till en praktisk chansning.

Jag stödjer mig då på ett fåtal formella parametrar: »Måttligt påverkad, puls 110, blodtryck 180/80, EKG vänster skänkelblock»... alla insatta torde vara mycket medvetna om dessa »fotografiskt objektiva» termers varierande innebörd.

en svår position som en allt blekare företrädare för humaniteten och trösten.

Nya och krångliga sjukintyg, ny kodifiering av diagnoser, nya receptblanketter med förskrivarkoder, nya kardexblad som kräver kurs för att förstås, utlåtanden med preliminärsvår och slutsvår, överhetens krav på signering av journaler kombinerat med kraftig ovilja mot handskrivna anteckningar.

Den sammanlagda summan av dessa och liknande enskilda punkter utgör en apparat som bringar även den effektivaste på knä. Vår arbetssituation har vissa likheter med Östeuropa under 1980-talet: Arbetet regleras av tämligen låsta ramar som är orimliga och måste kringgå för att vardagen ska fungera. Vid en granskning plockas förordningarna fram som efterhandsargument mot den enskilde.

Darwins urvalsprincip tillämpad på sjukvårdspersonal

Kvar längst fram i verksamheten blir ett visst urval människor. De kan inte, eller har inte vett att, söka sig en mer skyddad plats. De bär ansvaret för att inte missa hjärtinfarkten eller hjärnblödningen på 80-åringen med fyra andra åkommor. De är klämda i en omöjlig struktur med begränsade resurser och absoluta krav på säkerhet i en värld som i sig är osäker.

Så vad gör man längst fram för att överleva? Jo, krånglar sig ur alla dessa »förbättringar», glömmer taxikvitton och PAL-lappar så gott det går, smiter från ett ansvar som pressas på en, hoppar över daganteckningar som kan nåla fast en vid senare problem och slingrar sig ur besluten genom att koppla in konsulter och göra ytterligare undersökningar.

Detta ger i ett nötskal kombinationen av högteknologisk, dålig och dyr vård. Problemet avhjälps inte av ändrade samarbetsformer, ytterligare kontrollmekanismer eller teknologiska landvinningar. Dessa lägger möjligtvis bara ytterligare dimma över svårigheterna.

Sunt förnuft mot dagens kaos?

Sunt förnuft är idag ett »otillåtet hjälpmedel» som i objektivitetens namn är bannlyst från argumentationen. Jag efterlyser mer utrymme för förnuftet, kopplat till mandat att även få göra fel.

Såväl allmänhetens som expertisens eftergranskare måste lätta på sitt tryck mot den enskilde läkaren, visa respekt för den nonverbala verkligheten och acceptera det sunda förnuftet som giltigt argument vid sidan av våra logiska strukturer.

Respekten bör finnas även i fall där det sunda förnuftet har slagit fel: »Inte

bra i efterhand men de gjorde så gott de kunde och vi var inte där.»

Det sistnämnda kravet kan tyckas absurd. Frågan är dock vad som återstår om man bara respekterar sunda förnuftet som princip men förkastar det varje gång det visar sig ha fel.

Alternativet är att acceptera en sämre sjukvård bestående av mångdubbel-specialister i neurokirurgi och kardiologi längst fram och en kontrollapparat med journalister och jurister längst bak. Vi kommer att datortomografera allt och trombolysera gallstensanfall för säkerhets skull.

Vad göra åt resursbegränsningen?

Vi kan inte avskaffa resursbegränsningarna men vi bör göra dem synliga och skilja ut dem från förhållandet mellan enskild läkare och patient. Vi ska inte själva ta på oss uppgiften att ge resursmässiga argument en medicinsk förklädning. De resursmässiga riktlinjerna måste synliggöras av huvudmannen.

För sådan verksamhet som HIA-vård, dialys och hjärtkirurgi föreställer jag mig faktiskt en obehaglig lista med ålderskriterier, kreatininvärden och antal sjukdomsmanifestationer, och en lokal grupp experter med vilka jag som behandlande läkare kommer att argumentera beträffande avsteg från listan.

Expertgruppen måste förstås ha kraft motsvarande dessa riktlinjer. Frågan är om någon idag legitimt kan utöva sådan makt när massmedierna börjar ställa sina frågor i ett enskilt tragiskt fall.

Referenser

1. Öhman L. Hur sjukvården kom till norr. Arvidsjaur: Loanna förlag, 1987: 17.
2. André-Sandberg Å. Efter Hippokrates – etik baserad på nya medicinska förutsättningar. Hässle Information 1995;10: 25-7.
3. Ansvarsärenden. Erinran: Lade inte in patient med bröstsmärta och EKG-förändringar. Läkartidningen 1997; 94:1112.
4. Kesek M. Vad rätt du tänkt fast fel det blev. Läkartidningen 1995; 92: 4572-6.
5. Wijk E. Vården, krisen och döden. Svenska Dagbladet 4 maj 1997: 4.

Referenslistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter referenslistan skrivs då: »En fullständig referensförteckning kan rekvideras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan, skriv ut hela namnet.

Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i referenslistan. Undvik referenser till sammanfattningar (abstracts).

Författare skall alltid anges. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadautredningen. Synskadade och samhället . . .»

Finns ej angiven författare anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken [ledare]. Läkartidningen 1986; 83: 75-6.»

Seriebeteckning för vissa publikationer – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges i slutet av referensen. Exempel: Rannek J, Wahren H, Ringné Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. Socialstyrelsen redovisar 1981:9.

Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag/utgivare och utgivningsort.

Vid hänvisningar till Svenska Läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89(5): 67.

Om en referens är en akademisk avhandling anges [dissertation] före slutpunkten i titeln.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.