

Sammanlänkning av information från samverkande vårdenheter och även uppgifter om läkemedelsförskrivning, andra vårdtillfällen, diagnoser mm kunde göras med envägs-kryptering.

Man skulle därmed föra den process som skisseras i figuren längre än till att ställa behandling mot resultat (som vid kvalitetssäkring). Möjligheter skulle öppnas att kritiskt värdera effekterna av (och inte bara följsamheten till) gällande vårdprogram och behandlingssriktlinjer. Den relativa betydelsen för behandlingsresultaten av olika faktorer (och störfaktorer) som har med patientmixens sammansättning att göra skulle också kunna bestämmas, med motsvarande möjligheter till utformning av mer individualiserade behandlingsstrategier.

I varje fall vore det väl värt ett försök att pröva hypotesen att det går att integrera klinisk hypotesprövning i den vanliga vården.

Med närmare 18 000 uppslagord i diagnosförteckningen ICD-10, men med etablerade vårdprogram för högst ett par hundra sjukdomstillstånd – 1996 redovisar Cochranenätverket 32 review-genomgångar – kommer förstas den fullständiga manualen över vårdens rätta bedrivande aldrig att kunna skrivas.

Läkares öde är och förblir att simma i ett hav av osäker kunskap och endast ibland nå stranden av en ö med upp-trampade stigar. Men vi måste alltid vara på väg – mot bättre vetande. Eller skall vi avstå, mot bättre vetande?

Referenser

1. Örn P. Varför bedrivs inte sjukvården rationellt? – Läkemedelsförskrivning och läkarrollen – traditionella möster måste brytas. Läkartidningen 1997; 94: 1669.
2. Krakau I. Praktiken som vetenskapens övningsfält. Läkartidningen 1997; 94: 4088-9.
3. Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. BMJ 1997; 315: 1109-10.
4. Hammar N, Sandberg E, Ahlbom A, Alfredsson L, de Faire U, Leimanis A. Epidemiologisk bevakning av hjärtinfarkter visar färre fall men stor regional skillnad. Läkartidningen 1991; 89: 1770-6.
5. Clauson P, Linnarson R, Gottsater A, Sundkvist G, Grill V. Relationship between diabetes duration, metabolic control and beta-cell function in a representative population of type 2 diabetic patients in Sweden. Diabetic Med 1994; 11: 794-801.
6. Walley T, Mantgani A. The UK General Practice Research Database. Lancet 1997; 350: 1097-9.
7. Carmichael LP. The relational model: a paradigm of family medicine. J Fla Med Assoc 1980; 67: 860-2.
8. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 96/97. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.

Social inkompetens hos kolleger?

Bemöt patienterna med vanligt hyfs!

Detta är egentligen en insändare jag önskar att jag inte hade behövt skriva. Under min korta tid som läkare har jag till min stora förvåning upptäckt att det finns en arbetsuppgift som vi inte fått lära oss någonting om.

Inte alltför sällan berättar patienter att de blivit illa bemötta av andra läkare. En del av besökstiden går sedan åt till att be om ursäkt för kollegans uppträdande. Det är en arbetsuppgift jag helst skulle vilja slippa. Ibland är det samma kollega som dyker upp i de här berättelserna vilket gör att jag drar slutsatsen att det inte har varit en engångsföreteelse.

Vad gör jag med sådan här information? Det är uppenbart att det finns läkare med mycket bristfällig social kompetens bland oss. Jag blir rent ut sagt förbannad över en del av patienternas berättelser. Jag kan av egen erfarenhet intyga att det ibland tyvärr är på det sättet som patienterna säger. Det förefaller som om det för en del kolleger är mycket svårt att bemöta patienten på ett vänligt och respektfullt sätt. Jag hamnar på grund av detta i ett dilemma.

Vad ska jag göra? Ska jag uppmana patienten att anmäla läkaren till ansvarsnämnden eller förtroendenämnden? Ska jag kontakta läkaren själv och berätta vad som framkommit? Gå till dennes chef? Hur populär blir man om man framför sådan här kritik?

En sak är i alla fall säker; någonting måste göras! Vi kan inte tolerera att vissa kollegers bemötande ger upphov till det lidande som faktiskt uppstår. Vi har som läkare ett ansvar att arbeta för ett varmt och medmänskligt klimat. Det är beklämmande att människor ska behöva fara illa av att träffa en doktor utan hyfs!

Jag tar gärna emot tips och råd om hur man bör göra när den här situationen uppstår.

Hur skulle jag själv vilja få reda på om patienter eller personal upplevt sig som kränkta av mitt uppträdande? Det är ingen lätt fråga.

Ett av de viktigaste momenten i vår kontakt med patienten är just kontakten. Om patienten känner sig respek-



KRÖNIKÖR

JÖRGEN HELLSTRÖM
leg läkare, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Köping.

”En del av besökstiden går sedan åt till att be om ursäkt för kollegans uppträdande. Det är en arbetsuppgift jag helst skulle vilja slippa”

terad och hörd har vi vunnit mycket för det fortsatta jobbet. Det är en självklarhet som alla läkare fått lära sig – jag funderar mycket över vad som är orsaken till att en del ändå inte klarar det.

Jag ser fram emot att få ta del av era synpunkter på det här. Om tonen i denna text upplevs som upprörd är det korrekt uppfattat. •