

Personcentrerad vård – klinikerns comeback

Anamnesen och patientens symtom åter i fokus



KARL SWEDBERG, professor, chef, avdelningen för akut och kardiovaskulär medicin, Sahlgrenska akademien; överläkare, verksamhetsområdet medicin och geriatrik, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
karl.swedberg@gu.se

Organiseringen av den moderna medicinen från mitten av 1800-talet och framåt har inneburit att diagnostik och behandling av sjukdom och etablering av begreppet »klinik« och läkaren som kliniker fick sitt genombrott [1].

Anamnesen var hörnstenen i diagnostik och behandling, även om beskrivningar av sjukliga förändringar också hade stort utrymme. Kopplingen mellan symtom och bakomliggande organiska förändringar var begränsad och diagnostiska undersökningar få, inte minst eftersom metoder för avbildning saknades.

Genom en teknisk utveckling kring förra sekelskiftet utvecklades diagnostiska metoder som röntgen och elektrokardiografi, vilka började förändra synsättet på framför allt diagnostik, även om behandlingsmetoderna var grundade på främst empirism.

Under de senaste 50 åren har såväl behandling som diagnostik förändrats dramatiskt, eftersom vi fått möjligheter att minska dödlighet och sjuklighet vid flera stora folksjukdomar genom såväl påverkan av riskfaktorer som olika behandlingsformer. Därtill har en fantastisk teknisk utveckling förändrat diagnostiken och dokumentationen av sjukdom.

Förändrad läkarroll på gott och ont

Under de 40 år som jag varit kliniskt verksam har jag fått vara med på denna spännande resa. Jag har då upplevt att läkarrollen förändrats på både gott och ont. På gott genom möjligheterna att kunna lindra och bota. På ont då jag vill hävda att tekniken har stimulerat en fo-

kusering på patientens »tecken«, medan symtomen och sjukhistorien fått minskad betydelse.

Trots att symtom utgör grunden för hur vi klassificerar sjukdom innebär såväl det kliniska mötet i dagens sjukvård som merparten av medicinsk forskning att man fokuserar på kroppens patologiska förändringar (tecken), och patientens egen upplevelse (symtom) lyfts inte fram på samma systematiska sätt.

Detta tar sig uttryck framför allt i patientjournalen där tecken beskrivs betydligt mer utförligt och exakt, tex i form av blåsljud eller olika undersökningsresultat som elektrolyter, levertransaminaser och ejektionsfraktion.

Patientens syn på obehagen – anamnesen – har fått allt mindre betydelse. I vår datajournal, Melior, finns exempelvis ingen standardiserad information om vad patienten känner eller tycker.

Trots detta kan patientens egen upplevelse ha lika stor prediktiv betydelse som olika objektiva fynd. Vi har visat att när patienter med stabil kronisk hjärtsvikt svarade på frågan »Hur andfädd är du?« med en siffra mellan 1

och 5 hade detta en oberoende prognostisk betydelse för överlevnad under fem år justerat för alla kända riskfaktorer vid hjärtsvikt [2].

Dagens sjukvård illa rustad

Komplexiteten i dagens sjukvård skapar stora utmaningar för såväl patient som vårdgivare. Samtidigt ökar andelen patienter med långvariga sjukdomar, och prognoser visar att denna ökning kommer att fortsätta. Dagens sjukvård är illa rustad att hantera dessa utmaningar.

Patienter med kroniska sjukdomar behöver ta sig igenom en fragmenterad vård huvudsakligen organiserad för att klara av akuta sjukdomstillstånd. Forskning inom vårdvetenskap och pedagogik har funnit att kroniskt sjuka patienter besitter en unik kunskap baserad på erfarenhet av att leva med sin sjukdom [3]. Vi behöver därför förändra vårt synsätt

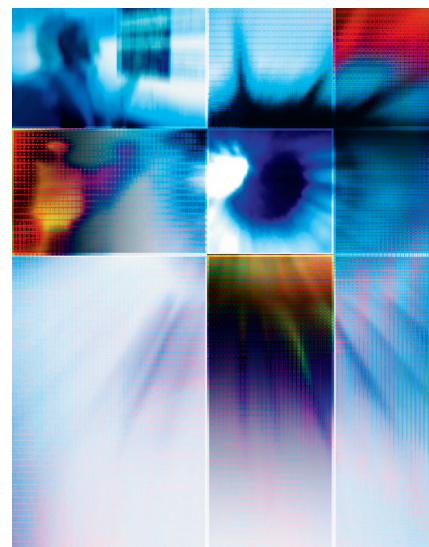


Illustration: Pasieka/SBL/IBL

Genom en enorm teknisk utveckling har vården förändrats dramatiskt. Patientens egen berättelse och uppfattning om sin sjukdom har därmed fått en alltmer begränsad roll. Personcentrerad vård kännetecknas av att anamnesen blir central.

på patienten och vården och mötet där emellan. I denna förändring har ett synsätt kring »patientcentrerad vård« vuxit fram.

Sjukdom – även bortom biologin

Begreppet patientcentrerad medicin började användas under 1950-talet i kontrast till »sjukdomscentrerad medi-

SAMMANFATTAT

Sjukhistorien (anamnesen) har utgjort en fundamental komponent i läkarens arbete som kliniker.

Med dagens tekniska medicin spelar patientens känslor och uppfattningar begränsad roll i diagnostik och behandling. Läkarrollen har förändrats, och arbetet har blivit en fokusering kring så kallade tecken (signs).

Personcentrerad vård kan innebära en möjlighet för klinikers återkomst, där läkaren och patienten tillsammans utvecklar behandling.

cin». I en översikt av detta begrepp har Mead och Bower sammanfattat fyra huvudpunkter [4]:

1. Ett medicinskt synsätt att sjukdom (disease) är något även bortom biologi och innefattar ett psykologiskt och socialt perspektiv.
2. Patienten ses som individ, och patientens upplevelse av sjukdom (illness) är viktig.
3. Delat ansvar mellan vårdgivare och patient.
4. En terapeutisk allians mellan vårdgivare och patient.

I dag är patientcentrerad vård, eller personcentrerad vård som det allt oftare benämns, ett etablerat begrepp och en väsentlig del av vård och behandling av patienter med långvariga sjukdomstillstånd.

Grunderna redan utformade i lagen

Personcentrerad vård innebär således att patientens problem ska definieras på ett sätt som förstås av såväl vårdgivare som patient. Vidare ska en behandlingsplan upprättas med behandlingsmål. Dessutom ska egenvård och egenbehandling uppmuntras.

Är detta egentligen något nytt? I hälso- och sjukvårdslagen från 1982 stipuleras att vården ska »bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet» och »vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten». Vidare står det: »Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns.»

Således finns grunderna för personcentrerad vård redan utformade i hälso- och sjukvårdslagen sedan närmare 30 år.

Patientens berättelse central

Min erfarenhet är dock att skrivningarna i hälso- och sjukvårdslagen tolkas

olika och inte alls i den utsträckning som begreppet personcentrerad vård innebär. Jag vill mena att läkaren i detta sammanhang i stor utsträckning övergivit sin roll som kliniker och överlåtit den till andra. Detta kan illustreras av att klinisk, patientnära forskning för läkare är extremt fokuserad på organfunktioner som kan mätas med test eller avbildas, medan den psykosociala aspekten av patienten har överlåtit till omvårdnadsforskning där sjuksköterskor och andra vårdvetare utvecklat ny kunskap.

Det är nu hög tid att samarbeta mellan disciplinerna och utveckla metoder inom en tvärdisciplinär vårdforskning.

Personcentrerad vård kännetecknas alltså av att patientens berättelse/anamnes blir helt central. En sjukdomsberättelse handlar om tolkningar av sjukdom, och i personcentrerad vård utgår vårdaren/behandlaren från patientens tolkning, som sedan relateras till den evidens som ligger till grund för behandlingen.

Vid kriser som sjukdom har vi ett starkt behov av att berätta för en engagerad lyssnare, och vi lär oss tidigt olika sätt att berätta det som passar vid skilda tillfällen. Den eller de som lyssnar betyder mycket för hur berättelsen formas. Miljön, sammanhanget och deltagarna i en konversation påverkar val av språk och uttryckssätt. I kulturen finns mönster för hur man ska lägga sina ord och vilket slags språk och språkliga bilder man bör använda.

Nytt centrum bildas i Göteborg

I vår forskargrupp har Olsson och medarbetare funnit att personcentrerad vård av patienter med höftfraktur signifikant förbättrade smärtlindring men också halverade vårdtiden på sjukhus [5].

I en pågående studie, PICAP-HF, undersöker vi om vårdtiden av patienter med försämring av kronisk hjärtsvikt kan förkortas med hjälp av personcentrerad vård. I en kontrollerad studie

jämförs två grupper med 120 patienter vardera. Den ena gruppen behandlas enligt den nu gällande rutinen. Inom interventionsgruppen genomförs en strukturerad personcentrerad vård efter omfattande utbildning av personalen.

Sahlgrenska akademien i Göteborg har nyligen erhållit ett anslag om 90 miljoner kronor under fem år från den strategiska satsning som regeringen initierade för ett år sedan. Inom detta anslag ska ett centrum för personcentrerad vård vid långvariga sjukdomar bildas under ledning av professor Inger Ekman. Omkring 30 forskargrupper kommer att ingå i detta centrum, där symtomforskning får en framträdande plats förutom metodutveckling och forskning kring lärande och information.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Foucault M. Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical. Paris: Presses universitaires de France; 1963.
2. Ekman I, Cleland JG, Swedberg K, Charlesworth A, Metra M, Poole-Wilson PA. Symptoms in patients with heart failure are prognostic predictors: insights from COMET. J Card Fail. 2005;11(4):288-92.
3. Ekman I, Ehnfors M, Norberg A. The meaning of living with severe chronic heart failure as narrated by elderly people. Scand J Caring Sci. 2000;14(2):130-6.
4. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med. 2000;51(7):1087-110.
5. Olsson LE, Karlsson J, Ekman I. The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. J Orthop Surg Res. 2006;doi:10.1186/1749-799x-1-3