

Patientens reaktion på sin sjukdom

Läkarna måste ta ökad hänsyn till patientens **upplevelse** av sin sjukdom också när de skriver sina journaler. Annars riskerar man bl.a. onödiga klavertramp med åtföljande psykiska skadeverkningar på patienten, hävdar i denna artikel med. kand. Christer Sundström. Han presenterar också förslag på rutinfrågor beträffande patientens inställning till sin sjukdom.



Christer Sundström

En uppenbar brist i den rådande rutinen för somatisk anamnesupptagning och journalskrivning är den absoluta bristen på dokumentation av uppgifter om patientens reaktioner på sin sjukdom och upplysningar om sitt tillstånd.

För varje medicinare med någon förståelse för patient-läkarrelationens i många fall delikata karaktär måste detta förhållande kännas djupt otillfredsställande. Rutinen vid många sjukhus innebär att patienten ständigt möter nya läkare och andra vårdansvariga. Patienten byter kanske avdelning, skickas på konsultundersökningar, kommer på återbesök eller återintas på en avdelning. För varje ny läkare är patienten en "vit fläck" ur informationssynpunkt. Varje uppgift i journalen blir därför en ovärderlig hjälp vid det rätta omhändertagandet av den särskilda patienten. Ett informationsområde som jag således menar är försummat rör patientens insikter om sin sjukdom, hur han reagerat på upplysningar om denna osv. Klavertramp från läkarens sida som härrör ur okunskap om patientens situation i dessa avseende kan, föreställer jag mig, leda till onödigt psykisk traumatisering av patienten. Sådana upplysningar tror jag dessutom är av värde för bedöm-

ning av patientens psykiska uthållighet inför sin sjukdom och för ett ändamålsenligt bemötande av patientens reaktioner och funderingar.

Anta att patienten lider av en misstänkt thyroideacancer med utbredda skelettmastaser. Förstoringen av thyroideakörteln är obetydlig. Lungröntgen visar multipla metastaser som massivt genomsetter lungorna. Prognosen är klart pessim. Anta vidare att patienten är okunnig om sin sjukdom, att han vid ett flertal tillfällen uttalat sin rädsla för att möjligen lida av kräfta, att anhöriga är införstådda med prognosen och att avdelningsläkaren, avsiktligt med kännedom om patientens "cancerskräck" och på anhörigas inrådan, fört patienten bakom luset beträffande den sannolika diagnosen och prognosen. För konsultradiologen är dessa uppgifter ovärderliga för att han ska kunna bemöta patienten på ett riktigt sätt. Det är därför nödvändigt att han har tillgång till den information som krävs för detta. Uppgifterna bör därför stå att finna i patientjournalen.

Mitt förslag till förbättring av den rådande rutinen är enkelt. Varje anamnesupptagande ska förutom de vanliga rubrikerna rutinmässigt omfatta ytterligare en rubrik, lämpligen benämnd "Sjuk-

domsinsikt". Under denna titel samlas uppgifter av ovan skisserade karaktär och som skall specificeras nedan.

Mitt förslag innebär således att anamnesupptagningen skall omfatta följande moment:

Hereditärt

Socialt

Tidigare sjukdomar

Nuvarande sjukdom(ar)

Aktuellt

Sjukdomsinsikt

Allmänt

Medicinering

Mer i detalj kan man tänka sig att följande informationer kunde inrymmas under den nya titeln.

1. Patientens egna åsikter om sin sjukdom (orsak[er], diagnos, prognos, ev. behandling).

2. Huruvida patienten fått sådana upplysningar om sin sjukdom att han kan anses ha uppfattat innebörden i dessa informationer (orsak[er], diagnos, behandlingsresultat [förväntat/reellt], behandlingsrisker och möjliga komplikationer [inkl. mortalitet], prognos [utan/med behandling]). Om patienten avsiktligt förts bakom ljuset i dessa avseenden.

3. Patientens direkt uttalade eller underförstådda önskan resp. icke önskan att få informationer enl. (2).

4. Patientens ev. reaktioner på upplysningar enl. (2).

5. Om patienten kan anses ha uppfattat innebörden av dessa upplysningar.

6. Huruvida anhöriga delgivits dessa informationer om patientens tillstånd, samt deras reaktioner på dessa.

7. Slutsatser om det slags bemötande patienten kan förväntas fordra med kunskap om och med hänsyn till dennes sociala, psykiska och fysiska status.

Uppgifterna för denna särskilda del av anamnesen inhämtas man lämpligen i största möjliga utsträckning från patienten själv under penetrationen av sjukhistorien. I fall som bedöms speciellt

känsliga och även i övrigt kompletterar man sina uppgifter genom anhöriga eller indirekta frågor till patienten. På samma sätt som man följer upp förändringar i patientens somatiska status noterar man i daganteckningar även förändringar i patientens sjukdomsinsikt. Man antecknar t.ex. när man berättat för patienten vilken sjukdom han lider av, om man kommit underfund med att patienten har "cancerskräck" o. likn. Här noterar man vidare patientens oro över att kanske aldrig bli bra, små korta ordväxlingar med patienten som ibland kan säga förvånansvärt mycket, kontakter med anhöriga rörande patienten osv. Man bör heller inte glömma bort att den övriga vårdpersonalen vid avdelningen ofta sitter inne med ytterst värdefulla informationer, iakttagelser och förtroenden.

Jag ser mitt förslag som en möjlighet till ökat hänsynstagande till patienten i en alltmer rationaliserad sjukvårdsrutin. Jag tror att ett systematiskt genomförande av mitt förslag skulle öka möjligheterna till individualisering av vården utan alltför stora ansträngningar. Förändringen är ett okomplicerat förfarande, som innebär ett medicinskt etiskt ställningstagande från den praktiska sjukvårdens sida. Sådana är ibland nödvändiga.

LITTERATUR

- Bejerot, N.* Sjukvårdens journal- och arkivproblem. Läkartidn. 62, 1346, 1965.
- Biörck, G.* Medicinska databehandlingsproblem. Läkartidn. 62, 746, 1965. Vilka krav skall sjukhusjournalen tillgodose? Läkartidn. 62, 2921, 1965. Journalproblematik och datateknik. Läkartidn. 64, 1727, 1967.
- Biörck, G. och Engkvist, O.* Sjukhusjournalens uppgifter och utformning — sammanfattning av en diskussion. Läkartidn. 62, 2937, 1965.
- Hall, P.* Medicinska databehandlingsproblem. Läkartidn. 62, 749, 1965.
- Holmberg, G.* Den psykiatriska journalens funktioner och innehåll. Läkartidn. 62, 2930, 1965.
- Schlaug, R.* Vad är en läkarjournal? Läkartidn. 64, 2240, 1967.
- Söderström, N.* Sjukhusjournalens uppgifter och utformning. Läkartidn. 62, 2924, 1965.
- Vuille, J-C.* Läkarna och ADB-system. Läkartidn. 64, 2963, 1967.