

Legers egenbehandling – riktig eller galt?

Jeg har inntrykk av at de fleste leger har lært at det er galt å behandle seg selv, men at nesten alle gjør det allikevel. Mine egne erfaringer tyder på at det er behov for noen retningslinjer.

Legers egenbehandling har lenge vært vel dokumentert (1), men verken helsepersonelloven, journalforskriften eller Legeforeningens etiske regler omtaler emnet. Jeg har hatt paroksyttisk takykardi fra jeg var 15 år gammel – medikamentelt behandlet fra jeg var 48 år og med tre mislykkede ablasjoner da jeg var i 60-årene. Jeg er nå 74 år og har frekvenskontroll med betablokker og bruker warfarin profylaktisk. I tillegg fikk jeg diagnostisert pernisiøs anemi for halvannet år siden og har dessuten i årenes løp hatt noen behandlingstrenende infeksjoner og ryggplager.

Som lege har jeg 50 års erfaring, hvorav 36 år som kirurg, med behandling av infeksjoner og regulering av antikoagulasjonsbehandling. Jeg har også vært stipendiat ved Farmakologisk institutt ved Universitetet i Oslo og i bistilling i korte perioder hatt egen praksis, kjørt legevakt og vært konsulent i klinisk farmakologi.

Alle yrkesutøvere bruker sin yrkesmessige erfaring også i privatlivet, og det ville være unaturlig om ikke leger skulle gjøre det samme. Det tar tid å få en formell konsultasjon hos en spesialist, og selv fastlegen er ikke alltid tilgjengelig samme dag. Å få tatt prøver hos fastlegen og få svar tar også lengre tid enn å rekvirere dem selv, gå direkte til laboratoriet og få svarene telefonisk neste dag! I tillegg koster det penger både hos fastlegen og på poliklinikken.

Jeg har da også behandlet mine infeksjoner og mindre plager selv, og har bare kontaktet kolleger hvis behandlingen ikke har vært vellykket. Nå erger det meg at jeg ikke har laget journalnotater – det er vanskelig å huske detaljene mange år etterpå.

Paroksyttisk takykardi og pernisiøs anemi har jeg ikke hatt noen særlig yrkesmessig erfaring med. Diagnostisering og behandling har derfor skjedd i samarbeid med indremedisinske spesialister, men jeg har selv stort sett styrt prøvetaking og dosering av medikamenter. Det har også hele tiden i stor grad vært opp til meg selv å henviser, følge opp, skaffe papirer og sørge for de nødvendige undersøkelser. Kollegene har vært hjelpsomme og hensynsfulle, men har latt det skinne igjennom at det er jeg

selv som har hovedansvaret. De gangene jeg har forsøkt å kvitte meg med ansvaret, har det glippet – stort sett har jeg måttet purre på hver enkelt oppfølging og har selv måttet sørge for laboratorieundersøkelsene.

Siste gang jeg var hos min fastlege, etter at diagnosen pernisiøs anemi var stilt, sa han: «Du kan mer om dette enn meg!»

«Hovedinnvendingen mot egenbehandling er manglende objektivitet, men dette oppveies i stor grad av personlig engasjement»

Det var utvilsomt riktig – jeg hadde brukt mye tid på å lese tilgjengelig litteratur, både fra medisinske kilder og Google.

Medbestemmelse eller egenbehandling

I stortingsmeldingen *God kvalitet – trygge tjenester* legges det opp til en mer aktiv pasient- og brukerrolle enn tidligere. I avsnittet Aktiv medbestemmelse heter det: «Et viktig kjennetegn ved en brukerorientert tjeneste er at pasienter og brukere oppmuntres til å delta aktivt i beslutninger om eget behandlings- eller omsorgstilbud» (2). En slik aktiv rolle forutsetter selvsagt at det tas hensyn til pasientens kunnskap og innsikt, og for leger blir det vanskelig å sette grenser mellom medbestemmelse og egenbehandling. Min rolle i undersøkelser og behandling av mine egne sykdommer mener jeg er helt i tråd med det som er foreslått i stortingsmeldingen.

Hovedinnvendingen mot egenbehandling er manglende objektivitet, men dette oppveies i stor grad av personlig engasjement – man har bare én «seg selv», mens en fastlege har 1 200–3 000 pasienter. Det har vært hevdet at legers egenbehandling er dårligere enn den behandlingen de gir sine pasienter (3). Både denne påstanden og

dokumentasjonen for at de fleste leger behandler seg selv, er basert på spørreundersøkelser, dvs. legenes hukommelse, ikke på prospektive undersøkelser. Det er heller ikke sikkert at den behandlingen som oppfattes som den riktige er den beste, siden den ikke foretrekkes av legene selv.

En annen innvending mot egenbehandling er at dokumentasjonen blir dårligere. Det tror jeg er helt riktig. Jeg har ikke laget systematiske journalnotater i forbindelse med behandling av mine egne sykdommer, og jeg tviler på at andre leger gjør det. Heller ikke i mine kollegers journaler fremgår det at jeg har behandlet meg selv eller vært aktiv i medbestemmelse, behandling og oppfølging.

Ut fra dette mener jeg at egenbehandling både er naturlig og i tråd med myndighetenes forslag. Langvarig behandling bør bare iverksettes innen medbestemmelsens rammer. Egenbehandling bør dokumenteres i egen journal, og Legeforeningen bør utforme retningslinjer for legers egenbehandling.

Jon Haffner
jon.haffner@gmail.com

Jon Haffner (f. 1940) er pensjonert kirurg og professor emeritus dr.med.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3533–5.
2. Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025 (21.10.2014).
3. Chambers R, Belcher J. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 153–6.

Mottatt 13.10. 2014 og godkjent 21.10. 2014.
Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.