

Flera fall av malaria falciparum från ön Lombok i Indonesien

I en grupp av 24 svenska resenärer har fyra insjuknat i malaria falciparum. De hade deltagit i en tvåveckors sällskapsresa till Thailand, Bali och Lombok. I Thailand vistades de i områden med mycket liten eller ingen risk för malaria. På Bali anses det att det ej finns malaria i turistområden. Ön Lombok ligger öster om Bali. Deltagarna tillbringade tre dygn på denna ö 24–27 november. De bodde på ett lyxhotell, men en av kvällarna serverades middagen utomhus. De senaste åren har vi i Sverige haft flera fall av malaria falciparum. De har sannolikt blivit smittade på Lombok.

Tre av resenärerna hade tagit klorokinprofylax och insjuknade 7, 8 och 9 december. De kom snabbt under läkarvård och behandlades utan problem med kombinationen kinin-doxycyklin (2 patienter) eller enbart meflokin (en patient). Den fjärde resenären hade inte tagit någon malariaprofylax. Han insjuknade den 8 december med feber, torrhosta och måttliga diarréer. Först efter flera avvisande telefonsamtal till sjukvårdsupplysningen och insatt behandling med doxycyklin mot misstänkt luftvägsinfektion kom han den 14 december till infektionsklinik. Då konstaterades en höggradig parasitemi (6 procent parasiterade röda blodkroppar), lever- och njurpåverkan. Kinin gavs parenteralt. Efter ett dygns intensivvård och totalt 8 dagars sjukhusvistelse kunde han skrivas ut fullt återställt.

Alla resenärer informerade

Den stora faran för malaria-patienterna är en missad diagnos – Doctor's delay (illustreras tyvärr av patient 4). Av denna anledning har smittskyddsläkaren i Jönköpings län skrivit brev till alla resedeltagarna. I brevet görs de uppmärksammas på risken för malaria och rekommenderas ta kontakt med infektionsklinik vid feberinsjuknande.

Att våra patienter verkligen smittats på Lombok går naturligtvis inte att bevisa. Vi anser ändå att misstanken är så stor

att alla resenärer till Lombok måste informeras om risken att få potentiellt dödlig malaria falciparum och upplysas om hur man skyddar sig mot myggstick. De som stannar mer än någon enstaka natt bör dessutom rekommenderas meflokin (Lariam) som malariaprofylax.

Johan Darelid
överläkare, infektionsklinik, Länssjukhuset Ryhov

Urban Hellgren
tf högskolelektor, infektionsklinik, Huddinge sjukhus

Kurt Lantorp
smittskyddsläkare, Jönköpings län

Möjligheten att registrera allt styr verksamheten

Det finns inga pengar. Landstingen måste spara. Personal sägs upp. Sjukhus läggs ner. De återstående arbetstagnarna i sjukvården måste arbeta effektivare. Detta har också i hög grad åstadkommit. Medelvårdtiden på en invärtesmedicinsk klinik är numera en dag, vilket i sin tur innebär mycket in- och utskrivande och en väldig omsättning på papper, journaler etc.

Nya blanketter

Till vår hjälp i denna stressade tillvaro inrättar centrala myndigheter med Socialstyrelsen i spetsen nya förordningar och blanketter. Sjukintygen omfattar numera två A4-sidor. Temp-medicinlistor är av utvinningsmodell, vilket för tanken till Pandoras ask. Nya listor med åtgärds-koder i såväl öppen som sluten vård införs.

Vi har bytt till en ny diagnoskod, ICD 10, som faktiskt tycks bättre än den gamla, men som självklart är mer omfattande.

För att ytterligare rationalisera vården, så att vi hinner hjälpa fler patienter, införs nu nya receptblanketter där vi skall skriva in fullständigt personnummer, kod för vem jag är som receptutfärdare, kod för

var jag arbetar samt kod för diagnosen som utgör indikationen för läkemedlet. Detta förutom de tidigare införda speciella receptblanketterna för nar-kotika.

Själv har jag medverkat till att alla diabetiker i Dalarna nu årligen registreras via en ganska omfattande blankett. Så egentligen är jag ej den som skall kasta första stenen!

Möjligheternas tyranni

För mig är bilden helt klar. Sjukvården är en organisation som drabbats av möjligheternas tyranni. Möjligheten att i alla lägen med hjälp av dessa små grå databurkar kunna registrera allt och göra statistik på allt börjar numera styra verksamheten.

Nyligen publicerades en undersökning där det påvisades att engelska kirurger opererar fyra gånger så mycket som sina svenska kolleger, dvs de engelska kollegerna sysslade med det de är utbildade för. Sannolikt är deras patienter nöjda med det. Vi internister träffar inte så sällan patienter med kanske tio recept som skall förnyas. Det skall nu ske med personnummer och fyra koder på varje recept. Detta försök att med datorernas hjälp rationalisera vår »recepttillvaro» innebär att vi kan se fram emot att kunna klara betydligt färre patienter per arbetspass. Men det har ju mindre betydelse, så länge vi får allt dokumenterat, signerat, kodifierat och statistikbearbetat.

Det är nödvändigt att denna möjligheternas tyranni bekämpas. Fortfarande är mötet mellan läkare/sköterska och patient det centrala. Detta möte skall dokumenteras, signeras, kodifieras och statistikbearbetas så minimalt som möjligt och ej så maximalt som möjligt.

Johan Asplund
överläkare, Falun

Empatiska förmågan kan tränas och utvecklas

Patient-läkarrelationen sätts i fokus genom den enkät

om patienters och anhörigas synpunkter i samband med HSAN-anmälan som redovisats i Läkartidningen 46/96 av Bo S Lindberg, Andreas Källander och Kaj Wedenberg.

De konkluderar »att patienten klagar beror inte enbart, kanske inte ens främst, på de fel som de anser ha begåtts utan också på en bristande förmåga att möta en människa med behov att få svar, att få kommentera och ge uttryck för sina ofta mycket starka känslor».

Vidare skriver de att en »ökad medvetenhet om vikten av en professionell hållning i mötet med missnöjda patienter och anhöriga borde kunna minska antalet 'onödiga' anmälningar».

Samtidigt konstaterar de »att det finns inga enkla metoder för att öka patienternas tillfredsställelse med vården».

Metod till träning finns

Jag tror emellertid att alla de läkare i landet som har erfarenhet av att delta i Balintgrupp, anser att det finns en metod som ger möjlighet att träna och utveckla den empatiska förmågan, att spegla sig själv och i grupp agera i förhållande till andra, vilket jag belyst bla i Läkartidningen 3/96.

Ett gott bemötande – en god patient-läkarrelation – måste tränas i grupp och kan inte ske enskilt. Det säger sig självt. En god patient-läkarrelation ger en tillitsfull arbetsallians med en ömsesidig respekt patient och läkare emellan.

Anmälan till HSAN blir då inte lika aktuell.

Utveckla läkarnas empatiska förmåga!

Dagens medicinarutbildning lägger stor tonvikt vid att lära ut och träna blivande läkare i ett gott förhållningssätt till sina patienter. Det vilar därför ett stort ansvar på landets chefsöverläkare att ta vara på de unga läkarnas engagemang och bereda dem möjlighet att i grupp få träna och på så sätt vidmakthålla sin empatiska förmåga för uppnåendet av ett så gott patientbemötande som möjligt.

Hur det kan göras visades i Läkartidningen 25/96 från S:t Görans sjukhus, där en 2-årig läkarhandledning genomförts i syfte att utveckla läkarnas empatiska förmåga. Mycket positiva erfarenheter redovisades av berörda läkare.

Ann Malmquist
specialist allmän psykiatri, Kristianstad