

## Tvärtom HSAN, patienten fick en bra behandling!

Angående »ST-läkare ordinerade adrenalin iv trots att det inte fanns indikation« (HSAN 803/05).

Ansvarsnämnden borde vid avkunna- de domar göra en konsekvensanalys av sina beslut. I detta fall skulle det leda till att många läroböcker måste skrivas om.

**Patienten kommer på remiss** till sjukhuset. Hon har ätit trimetoprimsulfa och fått utslag, svullnad i ansiktet, halsen, extremiteterna och bålen. Hon angav att hon kände sig svullen i nedre delen av halsen och hade svårt att andas.

Den remitterande läkaren var säkert mycket orolig för vad detta skulle kunna leda till och därför skickade han henne till sjukhus.

ST-läkaren på sjukhusets akutmottagning bedömde att patienten hade en relativt svår allergisk reaktion, gav adrenalin långsamt iv under EKG-övervak-

ning och stannade hos patienten under behandlingen.

Behandlingen var obehaglig och inte ofarlig men svullnaden minskade och utslagen bleknade.

Sedan fick hon Betapred och Tavegil och lades in.

En klockrent exemplarisk behandling enligt läroböckerna.

Läkemedelsboken 2005/2006: »Tidig adekvat tillförsel av adrenalin kan hindra att en anafylaktisk reaktion utvecklas till livshotande cirkulationskollaps och respirationssvikt.«

»Intensivvård« (2005) under redaktion av Anders Larsson: »Om man är osäker på reaktionens svårighetsgrad bör man behandla som om det vore den svåraste formen, eftersom underbehandling är farligare än överbehandling.«

Enligt denna bok måste hennes reak-

tion klassas som måttlig eller allvarlig. I båda fallen rekommenderas adrenalin.

Adrenalin iv eller im, steroider och antihistamin ges för att stoppa ett förlopp som kan bli livsfarligt. Ingen vet hur patienten mår efter 15–30 minuter om man avvaktar eller behandlar för lätt. Hos 5–20 procent av patienterna uppträder dessutom en bifasisk reaktion som innebär att nya, ibland mycket kraftiga symtom återkommer efter 1–8 timmar.

ST-läkaren har genom att ordinera adrenalin intravenöst *inte* av oaktsamhet åsidosatt sina skyldigheter. Tvärtom! Patienten har fått en god behandling, kanske livräddande.

Hans Huldt

anestesiöverläkare,

Helgelands sjukhus, Sandnessjöen, Norge

hans.huldt@telia.com

## »Jag vet hur det känns« – går det att lära ut?

I slutet av sommaren som gick vårdades jag inläggande på medicinklinik i tre dygn. Jag, sextitalist, delade rum med tre herrar födda på 10- respektive 20-talet. De vårdades, förstod jag, på grund av terapiresistent pneumoni, sick sinus syndrome och läkemedelsorsakad akut njurinsufficiens. Jag lät inte mina rumsgrannar veta mitt yrke. Emedan sekretess inte existerar överhuvudtaget när man »gårondar med flera läkare och sköterskor, hörde alla på salen allt som sades till alla vid ronderna. Dessutom fick jag ett unikt tillfälle att höra hur därvid givna besked lät, då de berättades för anhöriga vid dessas besök senare på dagarna.

**Den gamle mannen** i sängen bredvid mig vårdades uppenbarligen på grund av akut njursvikt. Svår klåda hade varit det symptom som fått honom kontakta sin vårdcentral, där behandlande läkare remitterat honom till sjukhuset. Tillståndet bedömdes som orsakat av att han fått samtidig behandling med NSAID-preparat och ACE-hämmare av sin husläkare. Vid rondon, hållen av överläkare med specialistkompetens i kardiologi samt två AT-läkare, fick patienten besked, på ett neutralt och i mina öron oklanderligt vis att kombinationen av läkemedel ibland visar sig olämplig vid behandling av äldre. De anhöriga, ivrigt



Foto: BL

### Prya som patient?

ställande mängder av frågor, fick samma eftermiddag av patienten veta att »överläkaren sagt att jag fått fel mediciner«. Anhörigas respons blev omedelbart: »Fel mediciner? Varför då? Av vem då? Vems fel är det? Det här måste vi anmäla!« Så fel kan det alltså bli trots att vi i vården anstränger oss för att ge saklig och för lekmän begriplig information.

En slutsats är given: Läkare kan aldrig vara övertydliga. Vi tjänar på att ge information i närvaro av anhöriga, oavsett patientens ålder. De av oss som har erfarenhet av att vara patienter kan ha tillgång till värdefulla erfarenheter som man annars saknar.

**Förslag:** Låt några dagar av den 5,5 år långa läkarutbildningen ägnas åt rollspelet »Jag, patient?«. Låt alla studenter lottas till en fiktiv krämpa/åkomma/ut-

redningsdiagnos som i normalfall skulle föranleda inläggande vård och/eller utredning. Låt studenterna leva ett par dygn som patienter, uppleva vad det betyder att förlora stora delar av sin autonomi, dela rum med främlingar, i bästa fall ha ett draperi att avskärma sig med, inte få sova ostört, undergå undersökningar som ibland sker på utsatt tid, ibland flyttas av för patienten okänd anledning, vänta i köer, möta mängder av vårdpersonal, besvara personliga och ibland till synes irrelevanta frågor om det mest privata från fullständiga främlingar, äta det som serveras, i det skick det serveras ... och så vidare.

**Det finns utbildningsavdelningar** på flera håll i landet, där studenter i olika värdeyrken med beledsagande legitimerade handledare utför arbete. Dessa vore väl ytterligt lämpade att hysa studenter i behov av att uppleva vårdens andra sida?

Empati är inte lätt att lära, än mindre att lära ut, men min tro är att egen erfarenhet i det här sammanhanget är en metod svår att överträffa. Vad säger företrädarna för våra medicinska fakulteter?

Patrik Anderson

överläkare, Mölndal

phacit@comhem.se