

Replik:

## Hedervärt att ha tredje man i åtanke och att vara en laglydig tjänsteman

När kollegan Hans Malv tar upp frågan om läkarens rätt att helt på egen hand avgöra om han/hon vill följa demokratiskt fattade lagar undrar jag om jag verkligen läst rätt. När han dessutom tycker att »Det är viktigt att få behålla sitt körkort, inte minst för självkänslan« undrar jag vad det är för »etiska« värden han egentligen avser när han uppmanar kollegorna att strunta i den av riksdagen fattade lagbestämmelsen som säger att läkare skall anmäla den som är uppenbart olämplig att inneha körkort.

Skall vi värdera patientens självkänsla mot en uppenbar fara att i trafiken orsaka andra människors lidande och död? En sådan gudalik handling, att på eget bevåg, helt utan styrning av regler och bestämmelser, bedöma vem som skall anmälas och vem som på den »gode doktors« ansvar slipper det, tror jag lätt ger ett farligt godtycke.

I sammanhanget är det inte minst viktigt att påpeka att det oftast är vår sjuka patients eget liv som sätts på spel i de olyckor som då och då inträffar som en följd av kollegors oförmåga eller ovilja att följa lagens bestämmelser.

**Att på juren anmäla** varje berusad patient är förstås inget att rekommendera, men att vid uppföljning av den som har ett alkoholberoende överväga lämpligheten att ha körkort är säkert något som de flesta kollegor tycker är vettigt. Det dödas och skadas alltför många oskyldiga av alkoholister på våra vägar för att vi bara skall strunta i den frågan. Och inte sällan kan körkortet vara en morot för den alkoholist som i sin rehabilitering strävar efter ett nyktert liv.

För de flesta sjuka äldre är det naturligt att behandlande läkare är den som diskuterar den medicinska lämpligheten att köra bil och ger en från trafiksäkerhetssynpunkt lämplig behandling när det är möjligt. Men det är också naturligt att samma läkare kan ge ett välgrundat råd om att upphöra med bilkörning när det är dags och att läkaren också är beredd att stå för en anmälan om sjukdomen gör att patienten inte är följsam.

**Många äldre säger också** att de »kör tills doktorn säger ifrån«. I klara fall, där man kan lita på sin patient, är det heller inte nödvändigt med läkares anmälan. I

den nämnda utredningen föreslår Vägverket att den nu gällande »brasklappen« om muntligt körförbud skall bli tidsbegränsad, men också att man helt kan avstå från anmälan när patienten uppenbart inte längre kommer att köra bil.

**När det gäller de diagnostiska** svårigheter som Malv beskriver, är utredningens förslag om att i sjukvården tillskapa en landstäckande trafikmedicinsk verksamhet, som finansieras genom ett årligt uttag om 15 kr på fordonsskatten, kanske just svaret på hans farhågor i denna del.

Naturligtvis måste vi alla vara bekymrade om det är så att patienter inte söker hjälp för att de värderar körkortet högre än hälsan. Jag bedömer ändå att detta inte är ett så stort problem som många kollegor, som brottas med egna svårig-

heter att leva upp till läkarens myndighetsroll, vill få oss att tro.

Förslaget om att låta andra än läkare stå för medicinska kontroller tror jag inte Läkarförbundet vill stödja, och jag tror heller inte att parkeringsvakter skulle vara bättre lämpade för en sådan uppgift där också polisen ibland går bet på att bedöma medicinskt orsakad farlighet i trafiken.

Att som läkare vara den som gör gott för sin patient är hedervärt, men det är också hedervärt att ha tredje man i åtanke och att vara den laglydige tjänstemannen, åtminstone om man verkar i en fungerande demokrati.

Lars Englund

chefläkare, trafikmedicinska rådet, sektion Trafikant, Vägverket, Borlänge  
lars.englund@vv.se

Slutreplik:

## Kan bli svårare för vissa patienter

Chefläkare Lars Englund undrar vad det är för etiska värden jag »egentligen avser«. Ja, det är bara de etiska regler som antagits av Läkarförbundet och World Medical Association.

Om den föreslagna angiverilagen går igenom kommer detta att uppmärksammas av massmedia. Jag tror att det t ex skulle medföra att våra paranoidea pati-

enter blev ännu mera misstänksamma mot sjukvården, och att alkoholstustrur, av rädsla, skulle dra sig för att för läkare berätta om sina män.

Hans Malv

leg läkare, specialist i allmän psykiatri och rättspsykiatri, Malmö.  
malv@telia.com

## Fler barn med höjd föräldraförsäkring

I Läkartidningen 7/2006 (sidan 445) redovisar Claudia Lampic sin studie som visar att studenter på långa universitetsutbildningar vill få sitt barn sent och att de överskattar fertiliteten hos kvinnor mellan 35 och 39 års ålder. Lampic föreslår kunskapsökning som botemedel eftersom många »vill skjuta fram sitt barnafödande till efter det att de avslutat sina studier«.

Gott så, men större effekt tror jag, som mamma och läkarstudent, att en förbättring av föräldraförsäkringen för studenter skulle få. Idag får en student 180 kronor per dag i föräldrapenning, dvs 5 400 kr/månad före skatt. För de stu-

denter som inte kan få barnvagn, kläder, spjalsäng och allt vad ett nyfött barn behöver från föräldrar och vänner är det omöjligt att försörja sig och sin bebis på den summan. Med en föräldraförsäkring för studenter i nivå med (eller ännu hellre högre än) studiemedlet på 6 900 kr/månad är jag övertygad om att fler av mina kursare skulle ha fått barn tidigare. Kanske vore det en fråga att driva för Sveriges gynekologer?

Cecilia Chrapkowska

läkarstudent termin 10, Göteborg, och mamma till Hedvig  
cecilia.chrapkowska@snf.se

## 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! Patienterna 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