

Apropå oombedd medicinsk intervention ...

När läkaren Heribert Kaltenbrunner läste artikeln om oombedd medicinsk intervention i Läkartidningen 7/99 kom han, i all hast, på fem fall där han själv ingripit utan att vara tillfrågad. Här berättar han om dessa fall.

I Läkartidningen 7/99 diskuterar Stefan Bremberg och Tore Nilstun några fiktiva fall, där det förefaller mer eller mindre tveksamt huruvida man som läkare skall lägga sig i ärenden som man av en slump blir vittne till, och engagerad i, utan att vara ombedd.

Eftersom det rör sig om tre olika fall i fyra olika länder, med tre olika bedömargrupper, är det klart att spridningen i uppfattningen måste bli stor. Och till slut vet man ändå inte vilket som är det rätta svaret.

Jag vågar påstå att alla läkare som har varit med i yrket i några år har varit utsatta för liknande problem, för att inte säga dilemman. Utan att tänka efter alltför mycket drar jag mig till minnes fem fall som jag vill referera i all korthet och visa hur »patienterna» reagerade.

Granne med läppcancer

Fall 1: I ett miljöärende var jag ute på en icke medicinsk förrättning och skulle inhämta en berörd grannes åsikt. Det var en man i pensionsåldern, och när jag mötte honom såg jag omedelbart att han hade en ungefär ärtstor läppcancer. När den officiella delen var avklarad blev det litet snack över en kopp kaffe och »patienten» tände sin pipa. Jag kom försiktigt in på »utslaget» på läppen, men det viftades bort eftersom mannen var under behandling hos dr A, som hade ordinerat en kortisonsalva – »så det skulle nog snart bli bra». Nu hörde till saken att dr A och

jag inte alltid harmonierade särskilt väl – för att uttrycka det lindrigt. Så här stod jag – och vad skulle jag göra? Låta den här stackars mannen gå med sin cancer eller desavouera min kollega? Som tur var gled samtalet över och handlade om en dam i trakten som jag kände och som ägnade sig åt en viss social verksamhet. Henne kontaktade jag, och hon löste frågan på ett mycket fin känsligt sätt.

»Patienten» kom till onkologen och fick sin cancer botad, och min kollega fick aldrig veta att jag låg bakom det hela. Ibland har man tur.

På praktiken

De resterande fyra fallen utspelade sig på min praktik. Så där var min situation en annan.

Fall 2: Jag hade en längre tid behandlat en kvinna i 50-årsåldern för en lindrig hypertoni och i förekommande fall för olika akuta åkommor. Man kunde beteckna henne som stampatient. Hennes make var också min patient. Vid en sedvanlig blodtryckskontroll tyckte jag mig märka att konfigurationen på hennes buk hade ändrats och jag uppmärksammade henne på det, men hon menade att hon helt enkelt hade blivit fet. Jag frågade om jag fick känna på magen och det fick jag. Diagnosen var enkel att ställa – kvinnan hade en cirka handbollsstor ovarialcysta.

Men se – den upplysningen föll inte i god jord. Visserligen »fick» jag skriva remiss till gynekologen för operation, men sedan har jag aldrig mera hört eller sett vare sig patienten eller hennes make.

Fall 3: En kvinna i 40-årsåldern sökte för första gången för diffusa besvär, och jag var snart inne på arbetsdiagnosen depression (vilket senare visade sig stämma). Men innan jag brukade ställa en psykiatrisk diagnos ville jag i möjligaste mån utesluta somatiska åkommor. Därför bad jag henne att ta av sig för en undersökning. Hon var mager. Det var inte svårt att vid bukpalpationen känna en stor, hård resistens, som kom upp från bäckenet – det var en myomatös uterus, över dubbelt så stor som en knyt-näve. Hon fick remiss till gynekologen och blev opererad. Hennes depression

behandlades av mig, och jag hade nöjet att under lång tid få träffa en glad och tacksam patient.

Fall 4: En kvinna i 50-årsåldern sökte för blodtrycks- och hjärtkontroll. Efter anamnesupptagning och hjärt- och blodtrycksundersökning frågade jag henne om jag skulle se på hennes bröst också. Det hade hon inget emot, samtidigt som hon ansåg det vara onödigt eftersom hon för inte så länge sedan hade varit hos dr B för gynekologkontroll, och denne hade undersökt bröstet också och sagt att allt var normalt. Men det var det nu inte – hon hade utan tvekan en malign förändring i det ena bröstet. Så det fanns intet annat att göra än att skriva remiss till kirurgen – där dr B var överläkare – och få patienten opererad. Här hade jag skaffat mig en tacksam patient. Tyvärr fick hon många år efter operationen metastaser som ändade hennes liv. Men dr B, som jag var god vän med, tog aldrig illa upp.

Fall 5: En kvinna i 70-årsåldern sökte för hjärtbesvär för första gången, och det fanns sjukliga förändringar som kunde och borde åtgärdas. Medan jag ägnade mig åt hennes hjärta såg jag att det var något fel med det vänstra bröstet. Hon hade en malign förändring som kunde ses med blotta ögat. Huden satt fast mot den underliggande tumören. Jag ansåg det som min plikt att uppmärksamma henne på detta. Men då fick jag en helt överraskande reaktion från henne. Hon slöt sig som en mussla, slet kläderna på sig och fräste: »det sökte jag inte för», varefter hon lämnade mig i vredesmod. Vad skulle jag göra?

Cirka en månad senare kom en vän till kvinnan till mottagningen och bringade litet ljus i dunklet. Kvinnan var Jehovas vittne och som sådan erbjuden att motta blodtransfusion. Det var det hon fruktade när hon hörde att det var nödvändigt att operera henne. Nu ville hon i alla fall ha remiss till kirurgen för att diskutera sin situation. Hon fick sin remiss och jag fick senare svar från lasarettet att allt hade gått bra. Men patienten såg jag aldrig mera.

Det är som i antiken. Slaven som kommer med dåliga nyheter skall piskas. •

Författare

HERIBERT KALTENBRUNNER
leg läkare, Trelleborg.