

Hypertonistudier – för vem?

Vilken är läkarens roll i dagens samhälle? Skall sjukvården ägna sig åt de patienter som redan är sjuka, eller skall man ta hand om de friska som riskerar att bli sjuka även om det ökar väntetiderna för de sjuka att bli omhändertagna? Den akademiska medicinen måste ta ställning, menar Lars Werkö.

Att det finns en kontrovers mellan de siffer- och bokstavstroga som deltar i författandet av riktlinjer för behandling av hypertoni [1] och de allmänläkare som skall tillämpa reglerna [2] är inte enbart en svensk företeelse [3, 4].

Det är många som ifrågasätter värdet av de många behandlingsstudierna, orsakade av mängden av mediciner med liknande profil. Som en krönikör i Lancet skrev: »Man kan bli yr i huvudet av den kontinuerliga uppsjö av kliniska prövningar som visar att en typ av blodtrycksbehandling är bättre än en annan, eller, vilket blivit vanligare, epidemiologiska undersökningar som visar att ett slags läkemedel är sämre än ett annat. Gå till biblioteket och läs om hur behandlingen av högt blodtryck utvecklades för ett halvt sekel sedan och du frestas att säga 'so what'.«

MacMahon, Neal och Rodgers tar upp en annan fråga av betydelse, nämligen vad det är man skall behandla [3]. De många riktlinjer som numera styr behandlingen av patienter med högt blodtryck har, efter hand som de reviderats, sänkt gränsen mellan förhöjt och normalt blodtryck. Den framtida risken för kärlkomplikationer i förhållande till blodtryckets höjd har samma relation inom

normalområdet som vid högt blodtryck, vilket motiverat ett nytt begrepp – prehypertoni [5].

Detta blir en lek med ord, anser MacMahon, Neal och Rodgers och föreslår en annan lösning på problemet. De vill inte längre tala om behandling av hypertoni utan anser att det är fråga om att behandla ett blodtryck som utgör en riskfaktor. De drar en parallell med lipidrubbnings, där det inte längre fordras ett högt lipidvärde – alla som befinner sig i en viss riskgrupp för kärlsjukdom skall behandlas med statiner oavsett kolesterolvärde [3].

De ansluter sig därmed till dem som anser att man kan placera individer i en viss riskkategori enligt en beräknad riskekvation. En sådan ekvation tar hänsyn till ålder, kön, blodtryck, cigarettrökning, lipider, diabetes, fetma, EKG-förändringar och klinisk bild. Patienter i vissa riskzoner skall behandlas oavsett värdet på de enskilda riskfaktorer som ingår i ekvationen. Vilka mediciner som skall användas blir en senare fråga.

Detta resonemang leder emellertid till ett annat problem, nämligen: Är essentiell hypertoni verkligen en sjukdom i sig [5]? Vi har vant oss vid denna diagnos, ofta baserad enbart på det uppmätta blodtrycket. Den blodtrycksstegring som vi möter i dag – »hypertoni« – ger inga symtom och ger inte heller i tidiga stadier patologisk-anatomiska förändringar. Först när kärlsjukdom utvecklats förekommer fynd från hjärta, njurar och eventuellt centrala nervsystemet. Dessa fynd beror då på en kärlsjukdom, som också är beroende av en rad andra riskfaktorer. Den skulle antagligen inte utvecklas om inte flera andra riskfaktorer förelåg. *Malign hypertoni*, som förekom tidigare, kännetecknades av flera symtom, objektiva fynd och hög dödlighet, men detta tillstånd är numera sällsynt.

Skall vi ha kvar diagnosen hypertoni eller avskaffa hypertoni som sjukdom? Är inte sjukdomsbegreppet oklart om det antas vara ett livsstilssyndrom, som Kottke, Stroebel och Hoffman anser högt blodtryck vara: »För många är högt blodtryck bara en manifestation av vad

som kan kallas för ett livsstilssyndrom, som är ett kluster av tillstånd och sjukdomar som beror på konsumtion av för många kalorier, för mycket mättat fett, natrium och alkohol i kosten, på att inte utnyttja tillräckligt många kalorier och att använda tobak eller utsättas för tobaksrök« [6].

Avskaffar vi sjukdomen hypertoni skall blodtrycksvärdet användas bara som en del av den riskekvation som anger de individer som har stor risk att inom ett antal år utveckla kärlsjukdom, vanligast ateroskleros, ledande till symptom och död. Samtidigt innebär idén med risker och riskekvationer att prevention blir en del av sjukvården – primär eller sekundär.

En som tagit ställning till detta begrepp är Iona Heath, mångårig allmänläkare i ett centralt distrikt i London: »Betoningen på förebyggande vård skadar patienter i rika länder genom att tippa över dem mot misär (elände). Denna process bygger på en grund av fruktan och blåses under av ekonomiska och politiska påtryckningar« [4].

Hon anser att diskussionen om sjukvårdens mål i medicinsk och lekman-napress överdriver kravet att medborgarna skall leva så länge som möjligt – kvaliteten på ett lands sjukvård mäts av WHO bland annat med livslängden. Sverige hör till de länder med längst livslängd i världen utan att medborgarna anser sig höra till de friskaste i världen, eller sjukvården till den bästa.

Även om WHO med sitt ansvar för hälsostatistik världen över betonar vikten av prevention, torde det vara den samlade läkemedelsindustrin som utgör den mest engagerade påtryckningsmekanismen för att sprida budskapet om förebyggande behandling – med mediciner – för att förlänga livet.

Heath påpekar: »Det är avslöjande, åtminstone i Storbritannien, att jämföra de enorma summor som investeras i den stora byråkrati som sysslar med hälsoinformation med de väntetider som förekommer i fråga om medicinska åtgärder med bevisad effektivitet och det ointresse som finns för behandling av svaga äldre, i synnerhet för dem med Alzhei-



LARS WERKÖ
professor, Stockholm

mers sjukdom eller andra former av demens» [4].

Här finns alltså två diametralt motsatta åsikter, bägge framförda av seriöst arbetande läkare med lång erfarenhet. Egentligen kan deras inställning beskrivas som en fråga om vad som egentligen är sjukvårdens – och läkarens – roll i dagens samhälle. Skall man ägna sig åt de patienter som redan är sjuka, eller skall man ta hand om friska och därmed öka väntetider för de sjuka att bli omhändertagna? I synnerhet som intresset för de friska kan leda till att de känner sig sjuka?

Skall medicinsk terapi baseras på diagnos eller riskekvation? Detta är en fråga som den akademiska medicinen måste ta ställning till. Diskussionen om behandling av högt blodtryck är bara en del däri och har inte kommit till den punkt där det kan sägas råda konsensus. I stället har utvecklingen lett till ett ifrågasättande av hur värden som blodtryck (kanske också hemoglobin, glukos eller kolesterol i blod) och kroppsvikt eller midjemått skall betraktas – som ett måtvärde på en risk, eller som ett tidigt tecken på sjukdom. Begreppet riskekvation har satt sjukdomsbegreppet i gungning, och det torde fordras mera kunskaper och många – ingående och kritiska – diskussioner innan den akademiska medicinen kan bestämma sig för hur sjukvården bäst skall utvecklas till patienters fromma.

Genetisk medicin kommer kanske till en början att komplicera begreppen, men kompletteras de medicinska riskerna med de genetiska kan det öka möjligheterna att begreppen klarnar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Nilsson P, Håkansson J. Små effektskillnader kan ha betydelse vid val mellan likvärdiga alternativ. Läkartidningen 2005;102:3568-9.
2. Hjelmqvist B. Hypertonistudier – för vem? Läkartidningen 2005;102:3567.
3. MacMahon S, Neal B, Rodgers A. Hypertension – time to move on. Lancet 2005;365:1108-9.
4. Heath I. Who needs health care – the well or the sick? BMJ 2005;330:954-6.
5. Werkö L. När är högt blodtryck en sjukdom? Läkartidningen 2002;99:256-60.
6. Kottke TE, Stroebel RJ, Hoffman RS. JNC 7 – it's more than high blood pressure. JAMA 2003;289:2573-5.

Kinoloner bör inte ges i monoterapi vid infektion med *Pseudomonas aeruginosa*

Eftersom det är svårt att nå upp till den koncentration som krävs för att förebygga resistens, bör kinoloner endast i ett par specifika undantagsfall administreras som monoterapi, anser Christian G Giske och Bengt Wretling.

I artikeln »Kinoloner – bot som blivit hot« omtalar Lytsy och medarbetare det ökande problemet med kinoloners selektion av resistens [1]. De skriver också att kinoloner är det enda perorala behandlingsalternativet vid infektioner orsakade av *Pseudomonas aeruginosa* och föreslår att detta skall vara ett av indikationsområdena för preparatgruppen.

Spontana mutationer i resistensgener för kinoloner uppträder mycket frekvent hos *Pseudomonas aeruginosa* [2]. Administration av kinoloner i monoterapi kan sedan selektera fram sådana mutanter, vilket kan orsaka terapivikt [3]. På grund av att vissa resistensmekanismer även orsakar korsresistens kan man också selektera fram stammar med nedsatt känslighet för bland annat meropenem [4], ett viktigt antibiotikum för behandling av allvarliga infektioner orsakade av *Pseudomonas aeruginosa*.

I olika *in vitro*- och *in vivo*-modeller har tidigare studier visat att mutanter selek-

teras frekvent, även vid relativt höga antibiotikakoncentrationer [5, 6]. För att undvika selektion bör maximal serumkoncentration uppgå till 2–4 mg/l (8 × stammens MIC) [5], medan man jämförelsevis vid administration av 500 mg ciprofloxacin oftast uppnår endast 1,5–2,9 mg/l (www.fass.se). Den koncentration som behövs för att förhindra mutantselektion kallas också mutant preventive concentration (MPC) och har blivit en allt viktigare parameter [7].

Ett annat ofta använt mått är AUC/MIC (Figur 1), som enligt djur- och humanstudier bör ha ett värde på 100–150 för att förebygga resistensutveckling [8]. Matematisk modellering har visat att sannolikheten för att uppnå AUC/MIC upp emot 150 med vanlig dosering av kinoloner endast

är runt 60 procent [8], vilket starkt talar för att monoterapi med kinoloner utgör en stor riskfaktor för selektion av resistens hos *Pseudomonas aeruginosa*. Två undantag är keratit och extern otit, där den goda observerade utläk-

ningen av *Pseudomonas aeruginosa*-infektioner med topikalt applicerade kinoloner visar att den lokala koncentrationen blir tillräckligt hög för att undvika mutantselektion [9, 10].

Ett antal kliniska studier stöder också observationer från *in vitro*- och djurstudier. I en relativt nyligen publicerad studie av 102 patienter visade Juan och medarbetare att ciprofloxacinresistent *Pseudomonas aeruginosa* kunde isoleras från 26,5 procent av patienter som hade behandlats med kinoloner [11].

Liknande siffror kunde erhållas från två studier av svåra pneumonier, där utveckling av kinolonresistens under pågående behandling kunde observeras i

»... vilket starkt talar för att monoterapi med kinoloner utgör en stor riskfaktor för selektion av resistens hos *Pseudomonas aeruginosa*.«



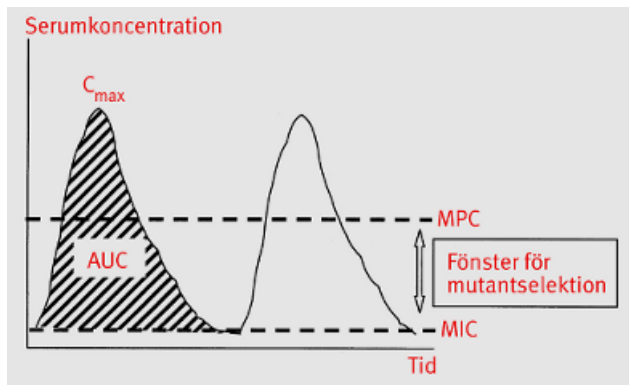
CHRISTIAN G GISKE

ST-läkare, klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
christian.giske@karolinska.se



BENGT WRETLING

professor, överläkare, klinisk mikrobiologi, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge



Figur 1. Figuren visar relationen mellan area under the curve (AUC), maximal serumkoncentration (C_{max}), minimal inhibitorisk koncentration (MIC) och mutant preventive concentration (MPC). I det aktuella exemplet ses ett relativt stort selektionsfönster, vilket indikerar stor risk för resistensutveckling under behandling.

33 procent respektive 27,6 procent av fallen för *Pseudomonas aeruginosa* [12, 13].

En jämförelse av monoterapi med olika antipseudomonala antibiotika visade en hazard-kvot på 9,2 för selektion av resistens under behandling med ciprofloxacin, och endast imipenem i monoterapi var förknippad med högre risk [14]. Kinolonbehandling av patienter infekterade med *Pseudomonas aeruginosa* har i en studie också visat sig vara den största riskfaktorn för nosokomial infektion med multiresistent *Pseudomonas aeruginosa* [15].

Mot bakgrund av dessa data föreslår vi en skärpning av indikationen för användning av kinoloner vid *Pseudomonas aeruginosa*-infektioner. Kinoloner bör initialt användas endast i kombination med andra preparat med antipseudomonala aktivitet (betalaktamer eller aminoglykosider) [16, 17]. När infektionen är under kontroll kan man i vissa fall troligen avsluta kombinationsterapi och fortsätta med kinolon i monoterapi, i och med att mängden bakterier (och därmed selektionsrisken) under tiden har reducerats avsevärt.

Vi föreslår även att återhållsamhet med antibiotikabehandling överhuvudtaget iakttas vid hantering av odlingsfynd av *Pseudomonas aeruginosa*. Bakterien är oftast en kolonisations, men i de fall där den räknas som en patogen föreslår vi parenteral eller lokal behandling. Vid kateterinfektioner är den viktigaste behandlingen troligen kateterbyte, och vid behandling av sår med *Pseudomonas aeruginosa* kan man hantera bakterien med lokalbehandling [18]. Vi tror att en sådan strategi är av stor vikt för att begränsa resistensutvecklingen hos *Pseudomonas aeruginosa*.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Lytsy B, Cars O, Torell E. Kinoloner – bot som blivit hot. *Läkartidningen* 2005;102:3651-9.
2. Kohler T, Michea-Hamzehpour M, Plesiat P, Kahr AL, Pechere JC. Differential selection of multidrug efflux systems by quinolones in *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother* 1997;41:2540-3.
3. Zhao X, Drlica K. Restricting the selection of antibiotic-resistant mutants: a general strategy derived from fluoroquinolone studies. *Clin Infect Dis* 2001;33 Suppl 3:S147-56.
4. Masuda N, Sakagawa E, Ohya S, Gotoh N, Tsujimoto H, Nishino T. Substrate specificities of MexAB-OprM, MexCD-OprJ, and MexXY-OprM efflux pumps in *Pseudomonas aeruginosa*. *Antimicrob Agents Chemother* 2000;44:3322-7.
8. Burgess DS. Use of pharmacokinetics and pharmacodynamics to optimize antimicrobial treatment of *Pseudomonas aeruginosa* infections. *Clin Infect Dis* 2005;40 Suppl 2:S99-104.
9. Lomholt JA, Kilian M. Ciprofloxacin susceptibility of *Pseudomonas aeruginosa* isolates from keratitis. *Br J Ophthalmol* 2003;87:1238-40.
11. Juan C, Gutierrez O, Oliver A, Ayestaran JI, Borrell N, Perez JL. Contribution of clonal dissemination and selection of mutants during therapy to *Pseudomonas aeruginosa* antimicrobial resistance in an intensive care unit setting. *Clin Microbiol Infect* 2005;11:887-92.
14. Carmeli Y, Troillet N, Eliopoulos GM, Samore MH. Emergence of antibiotic-resistant *Pseudomonas aeruginosa*: comparison of risks associated with different antipseudomonas agents. *Antimicrob Agents Chemother* 1999;43:1379-82.
15. Defez C, Fabbro-Peray P, Bouziges N, Gouby A, Mahamat A, Daures JP, et al. Risk factors for multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* nosocomial infection. *J Hosp Infect* 2004;57:209-16.
17. Drago L, De Vecchi E, Nicola L, Tocalli L, Gismondo MR. In vitro selection of resistance in *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter* spp. by levofloxacin and ciprofloxacin alone and in combination with beta-lactams and amikacin. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:353-9.

Läs mer Fullständig referenslista finns på <http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Nya knäleder för 11 månader sedan – i år åkte Björn HalvVasan ...



Foto: Ulla Ekblom

Artikelförfattaren passerar i god stil Mora kyrka på väg mot målet.

Min berättelse om betydelse av reparativ ortopedisk knäledskirurgi kan sluta här, den 28 februari 2006.

Knappt 11 månader efter en total bilateral knäledsrekonstruktion kan jag glida förbi Mora kyrka in mot målet för HalvVasan.

Tack till »Pelle« Olerud och hans medarbetare på ortopedi på Södersjukhuset i Stockholm.

Snacka om ökad livskvalitet!

Björn Ekblom
professor,
Gymnastik- och Idrottshögskolan,
Stockholm

*

Tidigare artiklar av Björn Ekblom i denna »serie« har varit införda i *Läkartidningen* 40/2004 (sidan 3098) och 40/2005 (sidan 2889). HalvVasan är ett halvt Vasalopp, 45 km, med start i Oxberg och målgång i Mora.

red →

Sekretessen hotas om vi skall anmäla trafikfarliga bilförare

Hur många gravt alkoholpåverkade patienter har jag inte haft under mina journeyer? Om läkare i framtiden riskerar att anmälas till HSAN om de »flagrant mis-sar att anmäla trafikfarliga patienter«, ja, då är det väl lika bra att anmäla såväl rubb som stubb. Hellre anmäla tio gånger för mycket än en gång för lite, och riskera publicering, med namn och allt, i kvällspressen.

För våra patienter är i regel läkaren auktoritet. Det kan vi utnyttja genom att ägna några minuter åt att tala om för honom varför han tills vidare skall avstå från att köra bil. Min erfarenhet är att det överväldigande flertalet av de äldre själva inser när det är dags att sluta köra, med eller utan påtryckningar från anhöriga.

I Läkartidningen 49/2005 (sidan 3761) står att läsa: »Minst 40 liv om året kan räddas om läkarna får bättre möjligheter att anmäla medicinskt olämpliga bilförare. Det hävdar Vägverket som i samråd med Socialstyrelsen utrett läkarnas anmälningsskyldighet. Totalt handlar det om tiotusentals körkort som bör återkallas, troligen fler. (...) Enligt nuvarande körkortslag är läkaren skyldig att anmäla uppenbara fall till länsstyrelsen. I framtiden ska det enligt utredningen räcka med en välgrundad misstanke för att läkaren ska kunna agera. Och om patienten vägrar gå med på en föreslagen utredning, ska läkaren kunna anmäla detta till länsstyrelsen. (...) Vidare vill Socialstyrelsen utreda om läkare som flagrant mis-sar att anmäla trafikfarliga patienter ska kunna anmälas till HSAN«. I artikeln nämns »bilförare med demenssjukdomar, strokepatienter och aktiva alkoholister« [1].

Det finns situationer då läkare är skyldig att lämna ut uppgifter om patienter. Det finns ett drygt femtiotal sådana sekretessbrytande regler som berör läkares verksamhet (www.lakarforbundet.se).

»Läkaren skall iakttaga tystlåtenhet om all information rörande enskild patient, såvida det inte äventyrar patientens väl.« (Från Sveriges läkarförbunds Ethiska regler.)

»Av vikt är inte minst att en konflikt mellan en juridisk regel och en etisk alltid bör lösas så, att den juridiska regeln står tillbaka för den etiska. Principen att man inte får göra vad som är moraliskt orätt, inte ens om lagen befaller en det, ligger i själva betydelsen av orden etisk och moralisk« [2].



Foto: Pressens Bild

Flertalet äldre inser själva när det är dags att sluta köra bil, anser skribenten.

Tänkvärda inlägg om sekretess av har även skrivits av Schöldström [3] och Wachtmeister [4].

Jag anser att Läkarförbundet skall se över nuvarande sekretessregler och arbeta för lagändringar.

Anmälningsskyldigheten bör hållas på en minimumnivå. Människor skall inte behöva vara rädda att förlora sitt körkort när de besöker läkare.

Tilltagande minnessvårigheter behöver inte bero på demenssjukdom. Orsaken kan vara »utbrändhet«, depression, endokrinologiska rubbningar, hjärtsjukdomar osv, dvs botbara tillstånd, medan patienten, och då även yngre sådana, inte sällan ger uttryck för farhågor om en begynnande demens.

Med en ökad anmälningsskyldighet riskerar vi att en del av dessa patienter drar sig för att gå till läkare, för att sedan, vid läkarbesöket, desimulera. Det är viktigt att få behålla sitt körkort, inte minst för självkänslan.

Patienter är inte alltid pålitliga. En deprimerad patient kan mycket väl överdriva sitt missbruk och svartteckna sig själv. Kommer den som vet med sig att han dagligen tar en drink eller två att vara villig att diskutera sina alkoholvanor med sin läkare, eller kommer han ens att vilja söka hjälp om han vet att detta riskerar hans körkortsinnehav? Ofta har de starka tvivel på att de kommer att klara av att leva nyktert, ens med läkarhjälp. Att riskera körkortet genom att anförtro sig till sin läkare bäddar inte

för en bra patient-läkarrelation. Och förlorar man sitt körkort, hur lätt är det sedan att få igen det?

Naturligtvis vill även jag förebygga att någon kör ihjäl fyraåriga Emma och hennes lillebror. Därför vill jag bidra med ett förslag till hur vi skall få en säkrare trafikmiljö. Satsa på utökad trafikövervakning inklusive stickprovvis blåsning i alkometer, avkrävande av urinprov m m, för att fånga upp missbrukare m fl. En cannabissmissbrukare kan mycket väl vara en kostymklädd medelålders man. Sammanför parkeringsvakterna i varje län till en mobilorganisation med uppdrag att kontrollera all trafik. Det skulle avlasta polisen och så har man för övrigt gjort i Italien.

Hans Malv

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

REFERENSER

1. Heldmark T. Ökade möjligheter för läkare att anmäla olämpliga bilförare. Läkartidningen 2005; 102:3761.
2. Hedenius I. Den medicinska etikens nödvändighet. Läkartidningen 1978;75: 211-5.
3. Schöldström U. Tystnadsplikt kontra samhällsnytta vid misstanke om rattfylleri. Läkartidningen 2004;101:3178.
4. Wachtmeister H. Befogad kritik mot bristande sekretess vid § 7-undersökningar. Läkartidningen 2002;99:318-9.

Nästa sida: Lars Englund svarar.

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 jouten 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 tex skulle medföra att våra paranoidea pati-

enter blev ännu mera misstänksamma mot sjukvården, och att alkoholisthustrur, 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, spjalsång 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 sjukhu-
set. 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 akutmottag-
ning bedömde att patienten hade en re-
lativt svår allergisk reaktion, gav adre-
nalin 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 Tavegyl
och lades in.

En klockrent exemplarisk behandling
enligt läroböckerna.

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

»Intensivvård« (2005) under redak-
tion av Anders Larsson: »Om man är
osäker på reaktionens svårighetsgrad
bör man behandla som om det vore den
svåraste formen, eftersom underbe-
handling är farligare än överbehand-
ling.«

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 för-
lopp 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 reak-
tion som innebär att nya, ibland mycket
kraftiga symtom återkommer efter 1–8
timmar.

ST-läkaren har genom att ordinera
adrenalin intravenöst *inte* av oaktsam-
het åsidosatt sina skyldigheter. Tvärt-
om! Patienten har fått en god behand-
ling, kanske livräddande.

Hans Hult

anestesiöverläkare,

Helgelands sjukhus, Sandnessjöen, Norge

hans.hult@telia.com

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

I slutet av sommaren som gick vårdades
jag inlagd på medicinklinik i tre
dygn. Jag, sextitalist, delade rum med
tre herrar födda på 10- respektive 20-ta-
let. De vårdades, förstod jag, på grund av
terapiresistent pneumoni, sick sinus
syndrom och läkemedelsorsakad akut
njurinsufficiens. Jag lät inte mina rums-
grannar veta mitt yrke. Emedan sekre-
tess 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
symtom som fått honom kontakta sin
vårdcentral, där behandlande läkare re-
mitterat honom till sjukhuset. Tillstån-
det bedömdes som orsakat av att han
fått samtidig behandling med NSAID-
preparat och ACE-hämmare av sin hus-
läkare. Vid rondens, hållen av överläkare
med specialistkompetens i kardiologi
samt två AT-läkare, fick patienten be-
sked, på ett neutralt och i mina öron
oklanderligt vis att kombinationen av
läkemedel ibland visar sig olämplig vid
behandling av äldre. De anhöriga, ivrigt

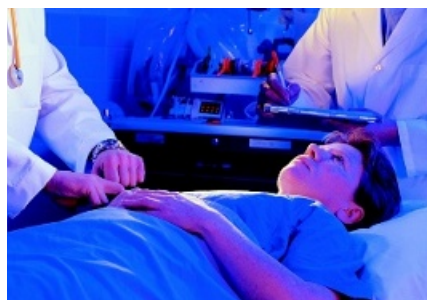


Foto: BL

Prya som patient?

ställande mängder av frågor, fick samma
eftermiddag av patienten veta att »över-
läkaren 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 in-
formation i närvaro av anhöriga, oavsett
patientens ålder. De av oss som har erfa-
renhet av att vara patienter kan ha till-
gång till värdefulla erfarenheter som
man annars saknar.

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

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

Det finns utbildningsavdelningar på fle-
ra håll i landet, där studenter i olika
vårdyrken med beledsagande legitime-
rade handledare utför arbete. Dessa
vore väl ytterligt lämpade att hysa stu-
denter 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 erfa-
renhet i det här sammanhanget är en
metod svår att överträffa. Vad säger
företrädarna för våra medicinska fakul-
teter?

Patrik Anderson

överläkare, Mölndal
phacit@comhem.se