



**Karolinska  
Institutet**

# **Att undervisa med case i utbildningar inom hälso- och sjukvården:**

**Om främjande av autentiskt interaktivt lärande,  
interprofessionalism och organisatoriskt lärande**

**Innehåller 27 undervisningscase från nio av Karolinska Institutets utbildningsprogram**

*Jonas Nordquist & Linda Johansson*

**Medical Case Centre**

ISBN 978-91-633-4198-4

© Författarna och Medical Case Centre, Karolinska Institutet 2009

Layout & Illustrations: Universitetservice AB, Stockholm  
Tryck: E-PRINT 2009

## Förord

*Medical Case Centre vid Karolinska Institutet är en centrumbildning under styrelsen för utbildning (med Institutionen för medicin på Huddinge som hemmainstitution) som har till uppdrag att 1) främja användandet av interaktiva lärandeaktiviteter som bygger på autentiska situationer, 2) främja interprofessionalism inom ramen för hälso- och sjukvårdens utbildningar samt att implementera detta uppdrag genom 3) nära internationell samverkan med andra aktörer inom detta område. Det arbete som nu presenteras ligger inom ramen för de två första uppdragen – främjande av användandet av interaktiva lärandeaktiviteter och interprofessionell samverkan.*

*Det casematerial som har producerats på KI är sällan tillgängligt för andra utanför den undervisningsgrupp som arbetar med materialet. I syfte att sprida både kunskap om hur olika case kan se ut i olika ämnen och att inspirera andra till caseskrivande har föreliggande arbete tillkommit. Materialet vänder sig både till aktiva lärare och till studieledningar som avser att införa någon form av interaktivt lärande i sin utbildning, samt övriga personer som är intresserade av att lära sig mer om casepedagogik och produktion av casematerial.*

*Materialet görs på detta sätt tillgängligt för en större grupp och det är Medical Case Centres ambition att bygga upp en casebank som är tillgänglig via Medical Case Centres hemsida [www.medhs.ki.se/mcc](http://www.medhs.ki.se/mcc) där nya case successivt kan läggas in. Materialet är tillgängligt kostnadsfritt och får inte säljas vidare. Det får användas i egen undervisning, men författarnamn måste alltid anges och ändringar får inte göras i casen. Kontaktinformation finns för varje caseförfattare i anslutning till varje case.*

*Jag vill rikta ett stort tack till leg. psykolog Philippa Borgh vid Polishögskolan som gett värdefulla kommentarer och synpunkter i samband med slutproduktionen av detta material. Ett stort tack till alla modiga caseförfattare som på detta sätt gör sitt eget, ofta privata, undervisningsmaterial tillgängligt för andra. Ett särskilt tack måste också riktas till leg. audionom Linda Johansson, forskningsassistent vid Medical Case Centre, som varit själva motorn i arbetet med att identifiera alla case och caseförfattare. Utan Lindas insats hade alla de case som nu publiceras förmodligen inte nått dagens ljus utan stannat i trygghet bakom undervisningslokalernas höga murar.*

*Karolinska Institutet i februari 2009*

**Fil.dr. Jonas Nordquist**, *Föreståndare Medical Case Centre*



# Innehållsförteckning

<b>Förord .....</b>	<b>1</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>7</b>
Avgränsning .....	7
Vad är casepedagogik?.....	9
Casematerialet .....	10
<i>Urvalet av material som lämpar sig för case</i> .....	13
Att använda case – till vad och med vilket syfte? .....	15
<i>Lärandemål</i> .....	16
Case och annan undervisning .....	17
<b>Att undervisa med case .....</b>	<b>19</b>
Kunskapssyn .....	20
Förberedelser .....	21
Genomförande .....	23
Casepedagogik och examination .....	26
Att beakta i samband med introduktion av caseundervisning.....	26
<b>Till sist - Casepedagogik som ett medel för att stärka professionslärande.....</b>	<b>28</b>

## **Casesamlingen.....31**

Greta

*Hélène Fitinghoff*..... 32

Eva

*Annika Öhman*..... 34

Chefen och receptionisten

*Linda Johansson*..... 36

Pias huvudbry

*Linda Johansson*..... 40

Den osäkra studenten

*Linda Johansson*..... 42

Mia Berg

*Annette Kaplan och Anna Hjelmstedt* ..... 45

Handläggande och förlopp vid preeclamps och eclamps under förlossning

*Sabine Blix-Lindström* ..... 47

Gunilla

*Iris Ronnevi* ..... 49

En handledares dilemma

*Louise Seimyr* ..... 50

Hajmannen

*Hans Karlsson*..... 52

På en medicinavdelning på ett mindre svenskt sjukhus

*Anders Höög*..... 61

Övre gastrointestinal blödning

*Mats Lindblad*..... 64

Den screenade patienten

*Magnus Hellström*..... 66

Totalt stopp!

*Marie Dahlin* ..... 70

Den aggressive fadern <i>Marie Dahlin</i> .....	74
Aldrig får man vara riktigt glad <i>Torbjörn Holm</i> .....	77
Eriks första jour <i>Torbjörn Holm</i> .....	80
Såra samtal <i>Torbjörn Holm</i> .....	83
Den gula patienten <i>John Blomberg</i> .....	86
Den rödfläckiga patienten <i>Eva Wikström-Jonsson</i> .....	93
Akut ischemi <i>Rebecka Hultgren</i> .....	95
Flebografin <i>Linda Wennberg</i> .....	98
Anna <i>Ingrid Lindquist</i> .....	101
Att möta anhöriga <i>Anna Pettersson</i> .....	102
Anna <i>Ingvor Ultenius</i> .....	103
Mia-Lena <i>Rose-Marie Gabrielson</i> .....	107
Lena <i>Annsöfi Johannsen</i> .....	110

**Om organisatoriskt lärande.....113**

Organisatoriskt lärande och *The Scholarship of Teaching and Learning* inom KI .....117

Casesamlingen som en del i ett större *Scholarship of Teaching and Learning*.....118

**Om författarna .....119**

**Referenser .....120**



# Inledning

*Det här arbetet handlar om det som är. Inte om hur det borde vara, utan just om det som är, precis som det är, just där det är och precis för vad det är.*

Det finns många skickliga lärare som arbetar hårt för att främja studenters lärande. Det finns en flora av teorier och idéer om hur undervisning och lärande bäst och effektivast ska bedrivas. Föreliggande arbete bygger helt och utslutande på det arbete som idag faktiskt utförs i undervisningen på Karolinska Institutet. Arbetet syftar ytterst till att sprida inspiration och praktiska idéer mellan lärare inom samma program och mellan olika program. Ett viktigt underliggande antagande med denna text är att många bra idéer föds i en verksamhet direkt av verksamhetens företrädare och att stora vinster på en institutionell nivå kan göras om erfarenheterna av olika arbetssätt och material sprids till andra inom samma, eller närbesläktade, områden. Kunskap om vad andra gör, och att ta lärdom och låta sig inspireras av andra, är viktiga förutsättningar för att i verkligheten skapa interprofessionalism och integration.<sup>1</sup> Arbetet med att främja interprofessionell samverkan börjar delvis i att veta vad andra gör, när, hur, på vilket sätt och med vilka mål.<sup>2</sup> Att veta vad andra gör är också en viktig förutsättning för att möjliggöra integration inom en utbildning, oavsett om denna integration är avsedd att ske vertikalt – där exempelvis basalvetenskapliga ämnen integreras inom ramen för ett organsystem – eller horisontellt – där ett perspektiv såsom professionell utveckling, vetenskapligt arbete, kommunikation, genusfrågor integreras i en kurs över en längre tidsperiod, utan att vara självständiga och direkt avgränsade ämnen.<sup>3</sup>

I detta första material – som gått under arbetsnamnet casesamlingen – finns undervisningscase från nio av Karolinska Institutets program. Till antal program räknat omfattar detta 40% av Karolinska Institutets utbildningsverksamhet även om antalet case inom de program som är representerade varierar till antal. Från vår sida är det av stort värde att presentera spridningen av de case som används och olikheterna i hur materialet kan se ut.

## Avgränsning

Föreliggande arbete handlar om caseundervisning inom ramen för Harvardtraditionen.<sup>4</sup> Den definition av case som nedan kommer att ges, och vad som sedan beskrivs om att undervisa med case, följer av denna tradition. Vi arbetar med denna metod för att den tillkommit just för professionsutbildning och för att den så starkt betonar vikten av att ta in autentiska händelser i undervisningen beskrivna utifrån ett professionsspecifikt perspektiv. Professionalism betonas ofta i den akademiska diskussionen om lärande och det är just professionalism och att tänka inom ramen för, en viss profession, som caseundervisning a lá Harvard tillkommit.<sup>5</sup> Det är emellertid viktigt att framhålla att det enligt vår mening inte

---

1 Se bland annat diskussionen om curriculum mapping. Harden, R.

2 Se bland annat Prideaux, D. där en av de första nivåerna för integration just är samordning och kunskap om vad andra gör.

3 Ibid. Se också Harden, R.

4 Mauffette-Leenders, L. Erskine, J. Leenders, M. (1981, 1981, 1987); Barnes, L. Christensen, C. Hansen, A. (1987, 1987); Christensen, C. Garvin, D. Sweet, A; Egidius, H; Silverman, R. Welty, W. Lyon, S. (1994, 1995); Lynn, L; Nordquist, J. (2003, 2004, 2004).

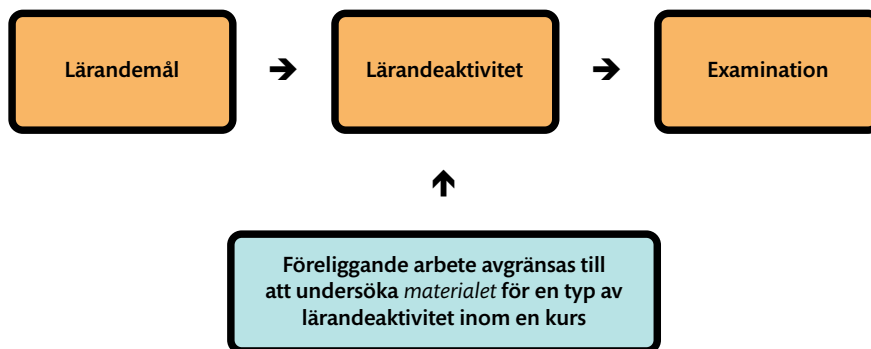
5 Garvin, D.

finns en metod som är den bästa inom något så komplext som en professionsutbildning, utan alla professionsutbildningar är betjänta av att använda en variation av olika metoder. Ference Marton och Keith Trigwell hade som rubrik i en artikel ”Variatio Est Mater Studiorum” där vikten av att använda olika lärandeaktiviteter inom en utbildning framhålls, vilket vi också försöker tillämpa i detta arbete.<sup>6</sup>

Föreliggande material handlar om en metod inom ramen för en specifik tradition. Denna metod måste ses i ljuset av specifika lärandemål tillsammans med andra lärandeaktiviteter, samt examinationen för en given utbildning. Det som i litteraturen kallas för *constructive alignment* – en röd tråd mellan lärandemål, metoder och examination – är av stor betydelse att framhålla.<sup>7</sup> Lärande börjar inte i metoder, utan i tydligt definierade och klargjorda lärandemål. Därefter kommer metoder och examination. Inom vårt arbete vid Medical Case Centre är vi därför noga med att försöka få de lärare och program vi arbetar med, att förstå vikten av att klargöra lärandemålen, både för att på bästa sätt kunna använda – i vårt fall – caseundervisning för de mål denna undervisningsform lämpar sig, men också hur caseundervisning kan samverka med andra undervisningsformer inom samma kurs.

Det material som nu följer är avgränsat till caseundervisning och på en ännu mer specifik nivå, själva materialet som används i caseseminarier, de så kallade casen. För att på djupet kunna förstå och optimalt använda ett case, krävs emellertid ett helhetsperspektiv och en insikt om vad casematerialet och caseundervisning är till för, samt hur case kopplar samman med annan undervisning. Först följer därför en diskussion om att undervisa med case.

## Constructive alignment – den röda tråden



Figur 1. Avgränsning.

<sup>6</sup> Marton, F. Trigwell, K.

<sup>7</sup> Biggs, J; Andersson, L. (et al).

## Vad är casepedagogik?

Inledningsvis är det kanske på sin plats med ett terminologiskt klagörande; casepedagogik (case-based learning/case method learning) har kommit att bli också den svenska benämningen på denna lärandeaktivitet. En direktöversättning till svenska skulle emellertid kunna vara ”fallbaserad undervisning/fallmetoden etc.”. För att tydligt särskilja den samhällsvetenskapliga forskningsmetoden *fallstudier* från den pedagogiska form som casepedagogik representerar beslutades i början av 1990-talet när det nationella centret för casebaserat lärande inrättades, att behålla den engelska terminologin. Inom medicin och utbildningar i stort inom hälso- och sjukvården har patientfall alltid använts och detta är knappast något nytt. Patientfall kan användas på olika sätt och i olika former; allt från bedside-undervisning till fall som återberättas i en föreläsning för att illustrera, exemplifiera eller problematisera olika förhållanden.

Caseundervisning med sitt ursprung på Harvarduniversitetet i USA, anses ha sin begynnelse på 1870-talet när dåvarande juridikprofessorn Langdell ville förändra juristutbildningen.<sup>8</sup> Vid den tiden undervisades studenterna i juridik på ett sätt som innebar att de skulle lära sig olika rättsfall utantill och därmed bygga upp en kanon av avgöranden i högsta domstolen och andra viktiga instanser. Med utgångspunkt i denna bakgrundskunskap av, det som i juridiska termer kallas för jurisprudence, skulle studenterna sedan själva kunna döma och förbereda fall för domstolsförhandling med mera. Den historiska kunskapen om rättsfall betonades således starkt. Professor Langdell, å sin sida, ansåg i stället att studenterna skulle lära sig tänka som jurister, inte att primärt memorera tidigare avgöranden. Från ett pedagogiskt perspektiv ställde detta krav på andra lärandeaktiviteter. Istället för föreläsningar skulle nu studenterna själva tvingas tänka som domare/advokater etc. och agera utifrån denna roll och rollens distinkta perspektiv. Pedagogiskt kom detta att ställa krav på andra lärandeaktiviteter än de som användes för den traditionella juristutbildningen, och just i detta föddes själva caseseminarier. I en caseseminarier, som skulle träna tänkande, blev det viktigt att tvinga in studenterna i den professionella roll utifrån vilket ett beslut skulle fattas eller bedömning göras.

Således kom *perspektivet* från vilket caset var skrivet att bli mycket centralt. Ett enhetligt och centralt perspektiv skapades där studenterna tränades att utifrån *en* given professionell roll, tänka, analysera och fatta beslut. Ett sådant material måste förstås, för att fungera, vara *open-ended*, det vill säga utan en enkel lösning eller *ett* rätt svar.

För att förstå pedagogiken och själva lärandeaktiviteten i sig, samt kraven på casematerialets utformning, är det viktigt att förstå den grundläggande tanken bakom casepedagogikens tillkomst och vilken form av lärande den var avsedd att främja. Enkelt uttryckt var den pedagogiska tanken att träna studenternas professionella tänkande och beslutsfattande. Det centrala var inte överföring av kunskaper, eller att lära sig protokoll för vissa rutiner, utan just träning i att definiera, förstå och analysera olika situationer samt fatta beslut, i den professionella roll studenterna utbildades för.

---

8 Garvin, D.

Senare under början av 1900-talet togs denna pedagogik upp av den då nygrundade Harvard Business School. På samma sätt som inom ramen för juristutbildningen blev det viktigt att träna studenterna i att tänka och fatta beslut utifrån en given yrkesroll. Detta gjorde att pedagogiken utformades på precis samma sätt med case, vars perspektiv var tydligt och fokuserat, inte innehöll ett rätt svar eller en enkel lösning utan skrivet open-ended för att belysa hur det faktiskt kunde se ut i verkligheten. Det som hände på Harvard Business School var att ytterligare ett krav på casematerialet tillkom, *autenticiteten*, (som egentligen redan fanns men som bara skärptes till ytterligare). Ett case skulle vara autentiskt för att få användas, just för att skapa trovärdighet och fånga verklighetens komplexitet. Under 1900-talet har sedan caseundervisning kommit att användas i många utbildningar, bland annat statsvetenskap och lärarutbildningar.<sup>9</sup>

## Casematerialet

För att något ska kunna anses vara ett undervisningscase i Harvardtraditionen måste i huvudsak fyra kriterier vara uppfyllda:

- 1) Caset bör skrivas från *en persons perspektiv* och det måste vara mycket tydligt vilket perspektivtagande som görs. Detta betyder att läsaren måste gå in i den professionella rollen som sjuksköterska, logoped, sjukgymnast eller valfri profession och verkligen se situationen från den yrkesverksammes perspektiv. Läsaren måste både kliva i skorna och ta på sig rocken vid läsning av caset. Detta är viktigt eftersom studenterna ska tränas i att agera utifrån ett givet perspektiv. Den allvetande berättaren som ”från ovan” beskriver en situation och olika personer bör alltid undvikas helt. Däremot bör casen inte skrivas i första person, utan i tredje person. Detta för att läsaren ytterligare ska tvingas kliva in i någon annans roll. Casen bör inte skrivas som ”du är” och i presens, utan i tredje person och i imperfekt. När ”du är” och att handlingen sker ”här och nu” skalas viktiga kontextuella faktorer bort som sätter begränsningar på situationen. Relationer mellan kollegor, hierarki, tidigare erfarenheter med mera har alltid betydelse för någons handlande och sätt att definiera en situation. Att skriva casen så att studenterna tvingas tänka i tredje person, och utgå från denne persons perspektiv, kunskap och erfarenheter, i en situation som faktiskt redan har inträffat är en viktig del i lärandet med case.
- 2) Casen bör skrivas *i narrativ form*, alltså som en historia. Det är i detta sammanhang viktigt att inte skala av historien all den rikedom och motstridighet som ett patientmöte eller arbetssituation ofta innebär. Case bör naturligtvis vara autentiska och utgå från ett verkligt fall, men även om detta villkor är uppfyllt är det lätt hänt att överflödiga data skalas bort och att saker läggs tillräta eller att bara den information som behövs för att ställa en viss diagnos eller för att utföra viss behandling tas med. Inkonklusiva data, tidigare sjukdomar, allergier, andra mediciner, hereditet etc. blir i detta sammanhang mycket viktiga för att inte göra det för enkelt för studenterna och för att tvinga dem sortera.

---

<sup>9</sup> Se bland annat Garvin, D; Lundeberg, M. (et al).

- 3) Case bör vara *open-ended*, det vill säga de måste ha mer än en möjlig tolkning. Case lämpar sig mycket dåligt för förhållanden där det finns ett facit eller där det finns en mängd fakta som studenterna ska lära sig. Faktakunskaper kommer dock indirekt genom att de frågor som ställs i ett caseseminarium bör befinna sig på en hög kognitiv nivå. I seminariet kommer enskilda kunskaper till användning i de diskussioner som förs och studenterna förstår snabbt det omöjliga i att föra en bra diskussion utan grundläggande faktakunskaper.

Casen bör alltid vara dilemman eller frågeställningar att hantera, inte gåtor där en eller två pusselbitar saknas för att kunna "lösa fallet". Case som lärandeaktivitet bygger i stället på att studenterna ska lära sig analysera, argumentera och göra bedömningar, konsekvensanalyser och så vidare. Det är därför av yttersta vikt att caset inte har en enkel snitslad bana i termer av symptom, diagnostiska tester och sedan några alternativa behandlingsformer. I de fall där ett case har *en* lösning eller innehåller överdrivet mycket överföringskunskap i termer av protokoll eller rutiner att följa, kommer det inte att fungera undervisningsmässigt. Case är aldrig ett "omvänt läxförhör" av faktakunskap utan det handlar om att tillämpa den faktakunskap studenterna redan har och sedan sätta in den i ett autentiskt sammanhang och agera utifrån ett givet perspektiv, alltså en viss profession.

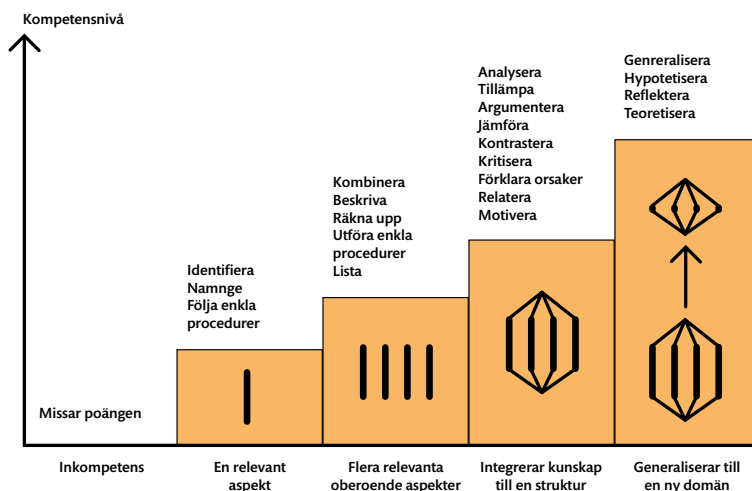
- 4) *Autenticitet*. För trovärdighetens skull, och för att fånga all den komplexitet verkligheten ofta är beskaffad med, är en grundförutsättning att casen är skrivna utifrån verkliga händelser. Case ska anonymiseras genom att egennamn samt orsnamn byts ut. Det är dock i sammanhanget viktigt att orter eller sjukhus byts ut till motsvarigheter där liknande resurser och verksamheter finns. Konfidentiell information får givetvis inte spridas med casen. Även annat material som knyts till casen bör vara autentiskt, exempelvis laboratoriesvar, remisser, eller röntgenbilder. Påhittade historier ryms inte inom ramen för Harvardtraditionen av casepedagogik. Detta gäller också case som skrivs utifrån ett antal autentiska händelser, men som slagits samman och där den historia som presenteras i sig inte är autentisk. Grunden för alla case ska vara en händelse som är autentisk, men som har avidentifierats.

För att kunna precisera lärandemålen (se också nedan) är det av stor hjälp att använda sig av den så kallade SOLO-taxonomin (Structure of the Observed Student Learning Outcome).<sup>10</sup> Denna taxonomi har fem steg, SOLO 1 till SOLO 5. Taxonomin är till sin utformning ackumulativ vilket innebär att om en person befinner sig på exempelvis SOLO 4-nivå så har personen med automatik redan passerat de SOLO-nivåer som föregår SOLO 4.

---

10 Biggs, J.

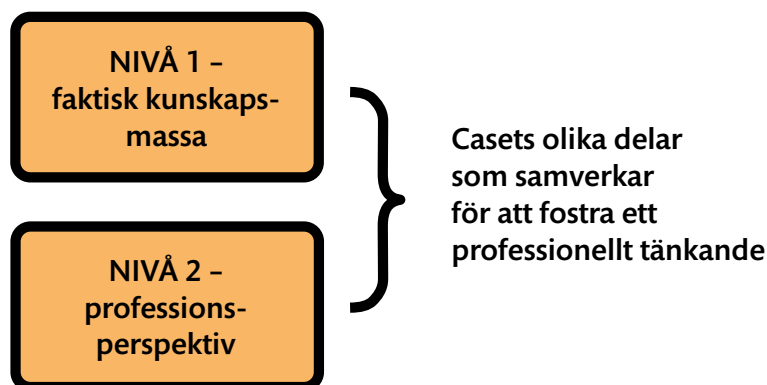
## SOLO-taxonomin: Biggs, J. 2003.



Figur 2. SOLO-taxonomin.

SOLO 1 innebär i princip att en person helt missförstått något och således inte uppfyllt lärandemålen. SOLO 2-3 är båda "kvantitativt inriktade" i termer av att här betonas, i olika grad, att studenterna ska kunna räkna upp, lista, memorera, kombinera och så vidare (enklare på SOLO 2 än på SOLO 3 förstås, men det är tydlig betoning på "mängd" kunskap som går att på olika sätt kvantifiera). SOLO 4 däremot börjar istället betona kvalitén i kunskapen. Här ska studenterna kunna integrera, bedöma konsekvenser, utvärdera, jämföra och så vidare. Detta är komplexare kognitiva processer som dock kräver att de grundläggande kunskaperna finns med från tidigare steg. I SOLO 5 nås den högsta komplexiteten av lärandet och här kan studenten ställa sig utanför en viss kontext och överföra kunskaperna till ett annat sammanhang och tänka ut nya paradig. Det är mycket svårt att nå SOLO 5-nivå om den tolkas alltför bokstavligen.

Som tidigare framhållits måste undervisningscase förstås både som bryggor i att lära faktisk kunskapsmassa inom ett visst område (nivå 1 – se figur 3) samt att möjliggöra att studenterna tränas i att tänka och agera utifrån en viss professions referensram (nivå 2 – se figur 3). Kombinationen av att casen är skrivna från en persons perspektiv, i narrativ form med en hög grad av autenticitet är tänkt att medverka till "nivå 2"-lärande, alltså professionskunnande och inskolning i professionens sätt att förhålla sig till världen i stort. Inom ramen för detta måste förstås studenterna läsa in den kunskapsmassa och de fakta som de behöver för att kunna hantera den situation som caset faktiskt behandlar (nivå 1). Ytterst blir därför casen en brygga mellan olika nivåer i SOLO-taxonomin (SOLO 3 och SOLO 4), genom att det studenterna förväntas kunna hantera i caset (SOLO 4) förutsätter den mer kvantitativa kunskapsmängd som de måste läsa in (SOLO 3). På samma sätt blir casen i sig ett sätt att träna studenternas professionella förhållningssätt i en given situation.



**Figur 3. Casets olika delar.**

Allmänt kan sägas att de case som har potential att bli bra i undervisningssituationen engagerar och väcker studenternas nyfikenhet. När en kursdeltagare får läsa något som väcker nyfikenhet och engagemang, stimuleras han eller hon att vilja lära sig och inhämta ny kunskap.<sup>11</sup> Detta går att göra med alla case – förutsatt att det finns ett eller flera dilemman. Det är därför viktigt att hela tiden tänka på hur caset skrivs så att det blir så spännande och dynamiskt som möjligt för studenterna. Avskalade, okomplexa eller entydiga case har mycket dålig prognos att överleva ett seminarium. Tydlighet i vad studenterna faktiskt ska lära sig med ett case är också viktigt att kommunicera med dem, både före och efter caseseminarier.

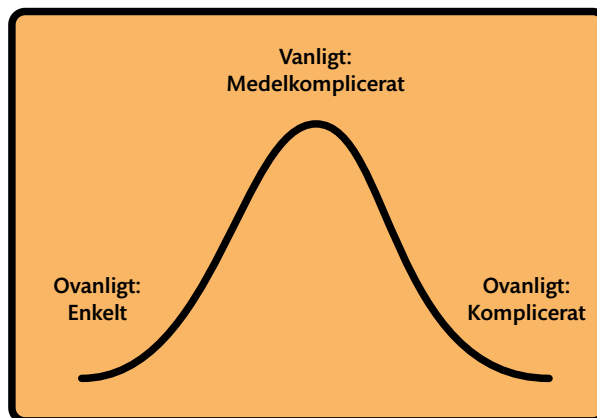
### *Urvalet av material som lämpar sig för case*

Det finns mycket material från verkliga livet som innehåller olika former av dilemman, eller situationer som kräver noggranna överväganden. Inom Karolinska Institutets utbildningar finns många sådana dilemman eller överväganden: vilken sjukdom lider någon av? Hur kan den behandlas, förebyggas eller hur kan ett irreversibelt tillstånd bäst hanteras för patient och anhöriga? Vilka rehabiliteringsalternativ är möjliga? Kan patienten rehabiliteras i bostad eller måste rehabilitering ske på annat sätt? Hur bemöts patienter i olika situationer? Vilka epidemiologiska och befolkningsmässiga effekter får olika former av beslut?

I hälso- och sjukvården uppstår löpande olika situationer med följd att ett stort antal beslut ständigt måste fattas om fortsatt handläggning. Alla dessa beslut har förstås direkt återverkning för den enskilde patienten, men får också indirekt återverkning på samhällsnivå. Alla de dilemman enskilda personer inom hälso- och sjukvården ställs inför varje dag, och allt som måste vägas in i enskilda beslut, är ett rikt material att använda i undervisningen. Dessa beslut opererar både på individ-, grupp-, organisatorisk- och samhällsnivå samtidigt.

<sup>11</sup> Knowles, M. (et al).

En viktig fråga att ta ställning till rör urvalet av material till ett case. Vi har använt oss av normalfördelningskurvan för att illustrera vår tanke. Vid den ena extrempunkten finns de fall, inom vilket område som helst, som sällan inträffar och som är väldigt okomplicerade. I mitten av normalfördelningskurvan finns alla de fall som har en hög inträffandefrekvens och som är medelkomplicerade. Vid andra extrempunkten finns de ytterst sällsynta fall som ibland inträffar och som är mycket komplicerade. Normalfördelningskurvan kan appliceras på alla tänkbara områden. Det kan exempelvis gälla rehabilitering av en patient, handikappanpassning av bostad, patienter med viss sjukdom och så vidare. Vilken typ av händelse som utgör underlaget till ett case måste styras av lärandemålen och målgruppens kunskapsnivå samt erfarenhet. Ibland kan det vara i linje med lärandemålen att använda mer sällsynta case (både enkla och svåra sådana), medan det i andra fall tjänar lärandemålen bättre att använda case som inträffar mer frekvent.

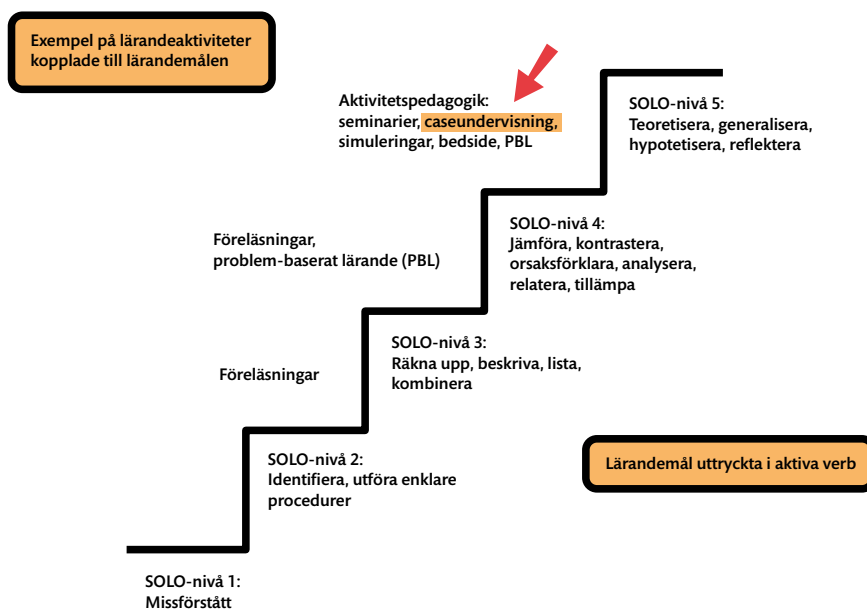


Figur 4. Normalfördelningskurvan som tankestöd vid urval av material till case.



## Att använda case – till vad och med vilket syfte?

Förutom att veta vilken typ av situation ett casematerial ska avspegla finns några andra viktiga frågor att ta ställning till innan själva skrivandet kan börja. Vad är det jag vill att studenterna ska lära sig? Var är studenterna i sitt lärande och vilken förkunskap och erfarenhet besitter de? För att göra det enkelt att skapa lärandemål och precisera innehållet i en kurs har Biggs kopplat aktiva verb till de olika SOLO-nivåerna (se tidigare diskussion om SOLO-taxonomin) för att tydliggöra vad det faktiskt är studenterna ska kunna göra. Vi har valt att skapa en trappa där de olika stegen representerar SOLO-nivåer där vi skrivit ut några exempel på aktiva verb för varje nivå. Vi har sedan på trappstegen gett exempel på några lärandeaktiviteter som kan lämpa sig att kombinera med de aktiva verben för korresponderande SOLO-nivå.



Figur 5. SOLO-nivåer och lärandeaktiviteter.

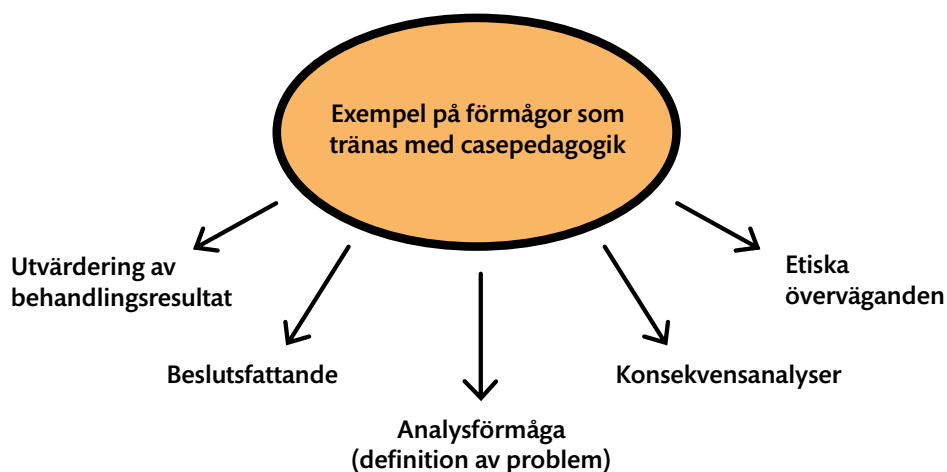
Med denna trappa som utgångspunkt kan den som avser skriva ett case och införa caseundervisning själv göra ett enkelt test. Om de kunskaper studenterna ska kunna visa upp efter avslutad kurs i huvudsak ligger på SOLO 2-3, är caseundervisning inte att rekommendera, utan andra lärandeaktiviteter bör sökas. Caseundervisning lämpar sig dåligt för ”kunskapsöverföring” om detta är det primära syftet. Vårdprotokoll och rutiner fungerar dåligt som utgångspunkt för caseundervisning. Caseundervisning, och casematerial i sig, bör operera på en SOLO 4-nivå (och/eller SOLO 5) för att det ska bli intressant att använda.

Det inträffar ibland att någon vill försöka införa caseundervisning utan att tänka igenom, dels vilken form av situation som lämpar sig som case, dels vilka lärandemål studenterna faktiskt ska uppnå. Det visar sig då ofta att de tänkta lärandemålen både ligger på SOLO 3 och SOLO 4-nivå, men vid en närmare granskning är det faktiskt ”veta, kunna räkna upp och så vidare” på SOLO 3 som är de egentliga lärandemålen. Risken är stor att det material som då skapas inte blir tillräckligt open-ended eftersom caseundervisning primärt inte syftar till kunskapsöverföring eller att enbart hitta ”den rätta lösningen”.

## Lärandemål

För att casepedagogik ska fungera är det absolut nödvändigt att tänka igenom vad studenterna ska lära sig med hjälp av casen. Lärandemålen måste tydligt artikuleras och det är av betydelse att medvetandegöra vad själva caset är tänkt att uppnå, både innehållsmässigt och processmässigt. Antalet lärandemål per case bör också minimeras. Med alltför många lärandemål riskeras precision och djup i diskussionen att gå förlorade. Ett enskilt case-seminarium kan inte täcka in hela innehållet i en kurs.

Det skapar ofta frustration bland lärare, såväl som studenter, om dessa frågor initialt inte klargörs eftersom lärarna får svårt att förklara för studenterna vad casen syftar till, varför de är skrivna som de är och varför studenterna måste delta på det vis som de förväntas göra. För studenternas del blir det svårt att förstå hur de ska läsa caset och hur de ska förbereda sig. Lärandemål bör aldrig vara hemliga för studenterna, utan istället klargöras och kommuniceras väl. Nedan ges några exempel på förmågor som kan tränas med hjälp av casepedagogik.



Figur 6. Exempel på olika förmågor som tränas med casepedagogik.

## Case och annan undervisning

Som en följd av detta resonemang är det lämpligt att fundera vidare över hur case kan kombineras med andra lärandeaktiviteter. Casepedagogik är inte en totalitet som utesluter andra lärandeaktiviteter, exempelvis föreläsningar eller annan seminarieundervisning. Det är viktigt att inte se case som den enda giltiga pedagogiska metoden inom en utbildning och att den helt ska ersätta andra lärandeaktiviteter. Enligt vår mening är detta en felsyn och case måste förstås i sitt utbildningsmässiga sammanhang. En viktig utgångspunkt är att noga tänka igenom vad casepedagogik är till för att träna. Klinisk färdighetsträning är mindre lämpligt att genomföra med hjälp av case eftersom studenterna faktiskt inte tränar på att praktiskt utföra något. För denna typ av lärandemål och områden för lärande, finns utmärkta möjligheter i många av våra kliniska tränings centra (KTC), eller direkt under den kliniska utbildningen. En del färdighetsträning kan också genomföras i olika former av simulerade miljöer och för detta finns flera olika simuleringscentra. Inom dessa centra kan också mycket av teamarbete och patientsäkerhetsarbete tränas.

När det gäller teoretisk kunskap bör föreläsningar inte på något sätt avfärdas då föreläsningar har ett stort värde i undervisning. Faktakunskap, och även memorerad sådan har enligt vårt förmenande stort värde (SOLO 3). Problemen är snarare hur olika lärandeaktiviteter (med sina styrkor och svagheter) kan balanseras mot varandra och skapa en helhet för studenterna i deras lärande. Hur kan föreläsningar kombineras med exempelvis casepedagogik? Kort sagt, hur säkerställs kopplingen mellan olika lärandeaktiviteter?

Nedan ges några exempel på vad vi försökt framhålla om behovet av ett helhetsperspektiv inom en utbildning när det gäller att kombinera lämpliga lärandeaktiviteter med givna lärandemål samt hur detta kan kopplas till lämplig examinationsform, det vill säga alignment i utbildning (se också sidan 8, figur 1).<sup>12</sup> Det som skiljer nedanstående modell från det sätt på vilket Biggs använder constructive alignment är att vi tar sikte på en hel utbildning, och inte kopplingen mellan mål – metod – examination, inom *en kurs* (vi kallar detta *mikro-alignment*). Det som nedan beskrivs kallar vi för *makro-alignment* eftersom fokus ligger på *en hel utbildnings pedagogiska utformning*. I en sådan makroanalys blir det centralt att försöka se hur enskilda pedagogiska metoder bildar en helhet och utifrån en helhetssyn försöka skapa positiva synergier. Just denna typ av analyser är helt centrala för att kunna finna det utrymme som ger bland annat casepedagogik optimal effekt för studenternas lärande.

Nedanstående matris kan ge vägledning och hjälpa till i arbetet med att förstå och strukturera upp både mål, lärandeaktiviteter och examination inom de ofta mycket komplexa områden som KI:s utbildningar behandlar.

---

12 Biggs, J.

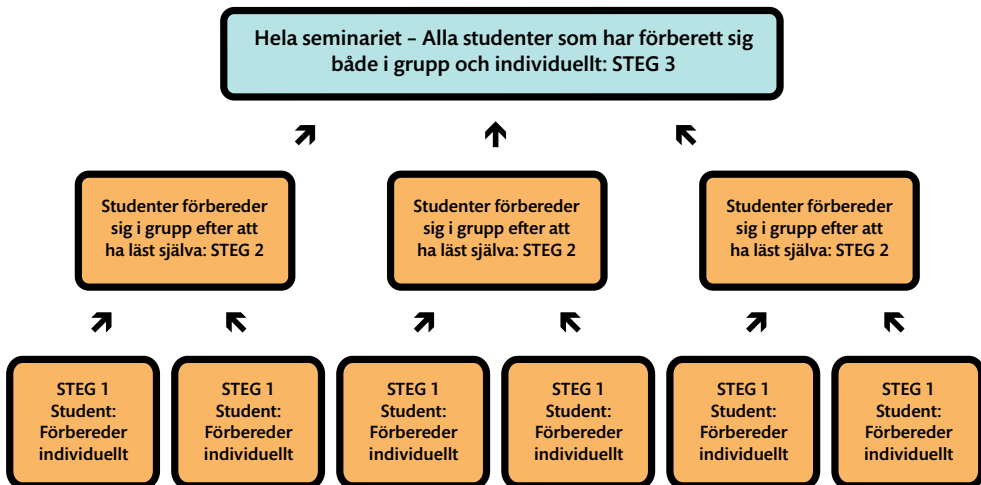
	<i>Exempel på kognitiv nivå för lärandet (lärandemål)</i>	<i>Exempel på lärandeaktiviteter</i>	<i>Exempel på examinationsformer</i>
<i>Teoretisk kunskap</i>	Diskutera, analysera, tillämpa	<b>Case, föreläsningar, seminarier, övningar</b>	MEQ, hementor, MCQ, Papers, seminariediskussioner
<i>Praktiska färdigheter</i>	Utföra	<b>Klinisk utbildning, bedside, simuleringar</b>	Kliniska prov, observationer, OSCE, MiniCEX, DOPS
<i>Attityder / värderingar</i>	Analysera, reflektera, utvärdera	<b>Case, simuleringar, bedside</b>	MEQ, PM, seminariediskussion, portfolio

Tabell 1. Alignment.

## Att undervisa med case

För att på ett bra sätt skildra hur case kan användas i undervisning har vi valt att göra en indelning i två faser; förberedelse och caseseminarier. Båda faserna kommer att beskrivas från både student- och lärarperspektiv. Innan varje fas diskuteras mer ingående är det på sin plats med några klargöranden: lärandet med case börjar inte i caseseminarier, utan långt tidigare, genom de individuella förberedelser som utgör en viktig förutsättning för att diskussionen mellan studenterna ska bli så rik som möjligt. Förberedelser är förstås viktiga i alla lärandesituationer, men inom ramen för casepedagogik blir de extra viktiga då caseundervisningen i sig bygger på diskussion och interaktion utifrån själva casematerialet mellan studenterna samt studenterna och läraren. Om någon då är oförberedd får detta återverkningar för hela gruppen och för diskussionens kvalitet.

Hela lärandeprocessen kan illustreras på följande sätt:



Figur 7. Lärandeprocessen i casepedagogik.

Studenterna förutsätts alltså först själva ha läst och begrundat caset mycket noga. Lärandet börjar således när studenterna på individuell nivå ombeds förbereda sig för seminariet. Det sker genom individuella studier av caset och tillhörande litteratur. I läsandet av casematerialet sker ett möte mellan studentens tidigare egna erfarenheter, kunskaper samt nya kunskaper och den specifika situation och kontext caset berör.<sup>13</sup> Nästa steg blir ofta att deltagarna möts i mindre grupper om högst fyra personer för att gå igenom och diskutera caset. Var och en får då möjlighet att ta del av andras tankar och reflektioner, vilket i sin tur både bidrar till det egna lärandet, samt kan utgöra en trygghet genom att den egna bedömningen får stämmas av mot andras; ”jag kanske inte tänkte så tokigt i alla fall!”. En sådan diskussion i mindre grupper syftar också till vad som i litteraturen kallas peer-learning, alltså att deltagarna lär aktivt av varandra genom att både låta sig undervisas av andra, samt att själva undervisa.<sup>14</sup> Efter denna mindre gruppsammankomst (som kan ske före eller i direkt anslutning till själva caseseminariet) diskuteras sedan caset i den stora gruppen (som kan bestå av allt från 20-80 personer). Diskussionen i den mindre gruppen om 3-4 personer kan också ske under själva seminariet genom att caseledaren inleder med att låta deltagarna snabbt diskutera några frågor i ca 5-10 minuter innan diskussionen startas upp i storgrupp.

När det gäller gruppstorlek så förekommer de största grupperna i USA där det bland annat på Harvarduniversitetet är vanligt med 80-grupper. I detta sammanhang är det viktigt att ha i åtanke den mer orala tradition som präglar amerikansk utbildning. För svenska förhållanden, där både studenter och lärare normalt är vana vid mindre gruppstorlekar, kan storleksordningen 20-40 personer kanske kännas tryggare men större grupper fungerar också. Alltför små grupper är inte att rekommendera då det krävs en viss gruppstorlek för att case ska blir riktigt dynamiska. Det krävs också tillräckligt många deltagare för att många olika perspektiv och erfarenheter ska komma till tals, något som i sig bidrar till dynamiken.

## Kunskapssyn

Vissa deltagare börjar sina studier i en dualistisk föreställning (om sant/falskt, samt om rätta/felaktiga svar), men ett sådant synsätt krockar direkt med själva tanken om perspektivseende och olika möjliga tolkningar som varje case ska inbjuda till. Det kan därför utmynna i frustration, ibland till och med stark sådan, och det är viktigt att läraren har beredskap för detta. Efterhand brukar denna ”dualistiska kramp” släppa och övergå i en mer relativistisk hållning. Detta gäller också i minst lika hög grad vissa lärares kunskapssyn och syn på undervisning och lärande.<sup>15</sup> Enligt William Perrys klassiska forskning från 1970-talet genomgår studenterna en stegvis utveckling i sin kunskapssyn från en helt dualistisk till en mer relativistisk hållning.<sup>16</sup> En relativistisk hållning innebär dock inte en total avsaknad av sanna och falska svar, utan en relativistisk kunskapssyn lyfter fram vikten av kontext och specifik situation. Sanning och riktiga sätt att hantera ett visst problem är situationsberoende och sanning och giltighet är beroende av den specifika situationen och kontexten. Utvecklingen från de lägre stegen (dualism) till de högre (relativism) följer över tiden då en person genomgår en utbildning.

---

13 Se bland annat Biggs diskussion om konstruktivism och social konstruktivism.

14 Boud, D.

15 Gilbert, J.

16 Perry, W.

För studenter som påbörjar sina studier med en dualistisk kunskapssyn kan det bli frustrerande att delta i caseundervisning eftersom kontext och situation betonas så starkt. För lärare kan det bli ansträngande att "tappa kontrollen" över vad som exakt kommer att behandlas i seminariet eftersom diskussionen kan ta olika vändningar. Det är således svårt att vara helt förberedd på ett sätt som gör att "alla frågor" kan besvaras. Det är också svårt att behålla den totala kontrollen över seminariets förlopp i jämförelse med en välordnad presentation där extra kunskap inhämtats för alla tänkbara frågor som kan uppkomma i samband med enskilda bilder.

Studenter som vill "veta hur det är" och "vad som är sant och falskt" och/eller lärare som helst vill ha kontroll över situationen och känner krav på att kunna sitt område genom att vara beredda på att svara på alla frågor som kan uppkomma, gör att det kan bli svårt att få casepedagogik att fungera. Från ett lärarperspektiv är det därför viktigt att återvända till grundläggande frågor om pedagogisk grundsyn och syn på lärande samt vilken lärarroll som följer av detta. Grundläggande acceptans av den starka betoning som casepedagogik gör av situationen och kontextens betydelse och hur detta sedan påverkar handlande, är nödvändig för att caseundervisning ska fungera. Lärare som vill förmedla kunskap och sanningar är olämpliga som caseledare, medan lärare som gärna diskuterar olika ingångar i ett casematerial med studenterna, samt försöker syna vilka antaganden studenterna gör genom sina olika ställningstaganden, har större och bättre möjlighet att lyckas inom ramen för case. För studenternas del brukar den dualistiska krampen släppa efter en tid då de börjar förstå kontexten och situationens betydelse. För många kan det vara väldigt plågsamt att inse att svaren inte finns på en viss sida i någon lärobok, utan att ställningstaganden måste göras beroende på situation, person och utifrån de grundkunskaper studenten själv besitter.

## Förberedelser

Bra caseundervisning kräver noga förberedelse både för lärare och studenter.

För läraren börjar all caseundervisning i lärandemålen: vad exakt är det studenterna ska kunna efter ett caseseminarium? Vilka förkunskaper måste studenterna ha för att kunna läsa och förstå caset? Det är viktigt att caset läses tillsammans med någon litteratur som förser studenterna med den bakgrundsfakta som behövs för att kunna föra en diskussion om de frågor som caset berör, för det är knappast någon diskussion som blir bra utan grundläggande kunskaper. Läraren måste också noga sätta sig in i caset och verkligen lära känna casets innehåll, perspektiv och tänkbara tolkningar av det. Under själva diskussionen är det högst vitalt att en caseledare aldrig funlar när det gäller vad som står i caset, utan likt en ambulansförare bör caseledaren veta olika vägar inom ett geografiskt område och vilka tänkbara genvägar, rondeller, återvändsgränder och enkelriktade gator som finns. Caseledaren behöver också, likt ambulansföraren, veta vilka tider på dagen eller dagar i veckan, det är lämpligt att undvika vissa gator på grund av risk för köbildning, för att på ett bra och enkelt sätt ta studenterna till de lärandemål för vilket caset är ett instrument.

En caseledare förbereder sig således dels genom att läsa in sig på materialet som finns i anslutning till caset, dels genom att lära sig casets geografi och gatunät. Sedan blir det viktigt att fundera runt vilka frågor caseseminarier bör fokusera kring och i vilken ordning. En caseledare kan exempelvis efter sina förberedelser komma fram till följande:

1. Öppning: "Vad handlar caset om?" (diagnostisk fråga).
2. "Vad är centralt i statustagandet av denna patient?" (analytisk fråga)
3. "Vilka differentialdiagnostiska överväganden gör Du?" (analytisk fråga)
4. "Vilka behandlingsalternativ rekommenderar Du?" (beslutsfråga)
5. "Vilka konsekvenser ser Du av Ditt val av behandling?" (beslutsfråga)
6. Avslutning: "Vad handlar caset om? I förhållande till lärandemålen som är ZZ, vad har ni med er?" (utvärderingsfråga/diagnostisk fråga)

Andra tänkbara frågor i denna frågestruktur kan också vara om riskbedömning av någots farlighet eller tidsdräkt, konsekvenser för rehabilitering, etiska överväganden, prioritering och så vidare. Vilka de exakta frågorna är måste helt vara avhängigt lärandemålen, men frågorna som läraren förbereder måste vara öppna till sin form på det sätt som ovan beskrivits. Läraren måste också fundera över tidssekvenserna i seminariet; i vilken ordning ska frågorna ställas? I de flesta fall bör ett caseseminarium inte innehålla mer än två till tre huvudfrågor och sedan byggs seminariet tidsmässigt kring detta, exempelvis: Öppning (10 minuter), huvudfråga 1 (10-15 minuter), huvudfråga 2 (10-15 minuter), huvudfråga 3 (10 minuter), avslutning (10 minuter).

Det är viktigt att läraren har kontroll över att den aktuella huvudfrågan diskuteras och inom ramen för detta kan studenterna komma upp med egentligen vad som helst så länge detta inte opererar utanför själva frågan. Läraren kan hela tiden följa upp med "hur tänker Du nu?", "vad grundar Du detta på för antagande?", "kan Du se några nackdelar med vad Du föreslagit?", "hur förhåller sig det Du nu säger till det xx just framförde?", "kan Du se någon koppling till zz" och så vidare. Caseledaren styr hela seminariet med frågorna och själva seminariets disposition styrs av de huvudfrågor som väljs och de ungefärliga tidsramar som caseledaren skapat för sig själv. Vi rekommenderar inte att läraren säger, "först diskuterar vi xx" i 10 minuter och sedan zz i 15 minuter innan vi avslutar". Hur länge en huvudfråga diskuteras måste alltid bero på vad som finns i gruppen och hur länge gruppens energi räcker för just denna fråga. Den kan mycket väl inträffa att en caseledare planerade enligt det exempel som lämnades ovan, men att utfallet blir 20 + 5 + 10 i stället. När det är dags att byta huvudfråga måste avgöras av caseledarens känsla för ämnets mättnad och gruppens energi och om just den delen av diskussionen kan avslutas med hänsyn till lärandemålen. När tiden börjar bli knapp och caseledaren anser det nödvändigt att gå vidare till nästa huvudfråga, kan han/hon exempelvis säga "vi måste dessvärre gå vidare och lämna denna fråga för ögonblicket. Låt oss nu i stället fokusera på xx. Anders, vad anser Du om.....". En caseledare ska inte vara rädd för att löpande justera tidsplanen och det kan ibland hända att en huvudfråga behöver



lämnas eftersom tiden inte räcker. Det är då bättre att hoppa över frågan helt och i stället landa för en bra avslutande diskussion än att forcera fram en snabb och förmodligen relativt ytlig diskussion för att täcka alla frågor som förberetts innan seminariet. Att framhålla är också att caseledaren bör försöka begränsa antalet huvudfrågor för att kunna hålla en mer djup diskussion snarare än ytlig med ambitionen att täcka av ett stort område. Case är till för djup, och resonemang, inte bredd och ytlighet.

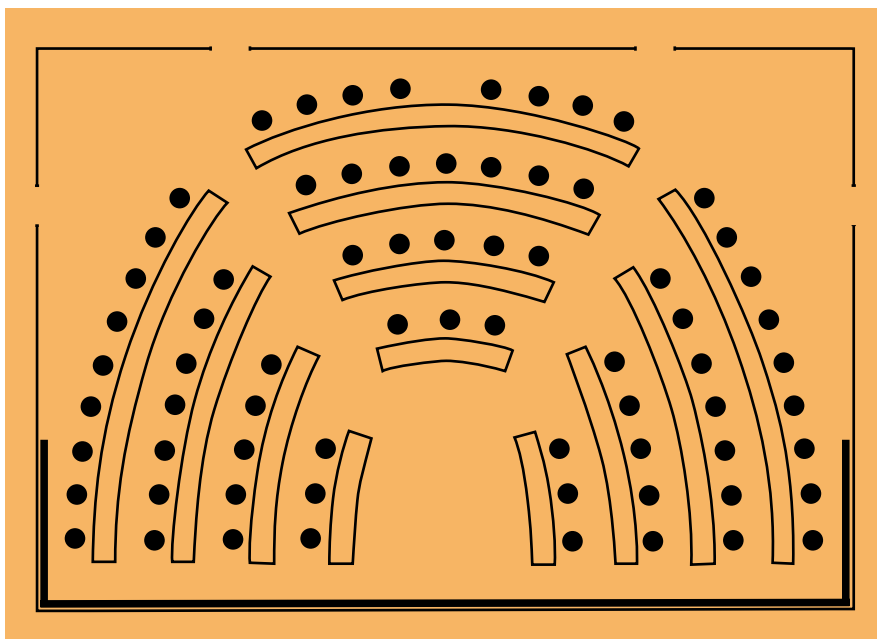
För studenternas del så handlar det om i första hand att läsa caset och fundera kring olika aspekter av casets dilemman. Det kan vara mycket värdefullt för studenterna att få några allmänna frågor att läsa tillsammans med caset, som exempelvis ”vad är problemet?”, ”ser Du några intressekonflikter?”, ”vad bör XX göra?”, ”vad skulle Du ha gjort om Du var i samma situation?” och så vidare. Det är också väldigt viktigt att studenterna förstår lärandemålen samt att de läser nödvändig litteratur. I annat fall kommer dels studenterna att vara oförberedda i sin läsning av caset, dels sakna den faktagrund som ett bra case är förankrat i. Om studenterna dessutom är osäkra över lärandemålen gör detta situationen om möjligt ännu värre.

## Genomförande

Från lärarens sida är det viktigt att inleda med att läsa upp lärandemålen så att alla påminns om dessa. Vid de första caseseminiarierna med en grupp är det också viktigt att klargöra spelreglerna; hur begärs ordet – tas detta direkt av någon, eller förväntas alla räcka upp handen? Hur ska inläggen göras? Vikten av att klargöra respekterande av andras uppfattningar, samt att läraren också visar studenterna respekt. Hur ser upplägget för dagen ut, alltså de yttre tidsramarna? Är det andra aktiviteter som är planerade efter casediskussionen? Spelregler skapar trygghet och det är viktigt att de efterlevs.

När sedan själva seminariet inleds kan läraren göra detta på två sätt; i det ena fallet ombeds en eller några personer utan tidigare förvarning att inleda seminariet genom att besvara någon öppen, allmän fråga som läraren ställer (detta kallas för ”cold-call” genom att det är ett oförberett inlägg studenterna ska göra). I det andra fallet vet studenterna redan om att de ska inleda och har haft tid på sig (kanske bara 10 minuter) att förbereda en kortare inledning utifrån samma typ av fråga (”warm-call” genom att det är förberett).

Rummet bör vara möblerat på ett sätt som gör att studenterna kan se varandra i så hög utsträckning som möjligt. Den absolut sämsta miljön för den interaktiva undervisningsform som caseundervisning representerar, är att sitta i en hörsal där deltagarna endast ser varandras nackar och där ögonkontakt mellan deltagarna i det närmaste är omöjlig. Nedan visas en skiss av hur undervisningslokalerna är byggda bland annat på Harvard. Själva designen är tänkt att möjliggöra bästa möjliga kontakt mellan lärare och studenter samt mellan studenter och studenter.



**Figur 8. Rummets utformning för casepedagogik.**

En annan viktig del i själva möbleringen eller rummets utformning i caseundervisning är att ha gott om tavelutrumme (detta representeras i bilden av den tjockare svarta linje som finns i bildens nedre fond och på kanterna av denna). I de lokaler som nyttjas vid caseundervisning på Harvard är dörrarna alltid placerade i bakre delen av rummet, allt i syfte att minska den distraktion det kan innebära för en diskussion att deltagare kommer och går. Deltagarna bör också ha särskilda namnskyltar som tydligt och synligt talar om vad de heter, så att läraren kan tilltala deltagarna vid förnamn och att deltagarna kan referera till varandra på samma sätt.

Som redan framgått leder läraren seminariet genom sin frågestruktur. Det värsta som kan inträffa i ett seminarium näst efter total tystnad där det inte går att få igång en bra diskussion, är avsaknad av olikhet. Om gruppen framför samma åsikter och ställningstaganden blir det inte någon intensiv diskussion och det är därför viktigt att läraren letar efter punkter där deltagarnas inlägg skiljer sig från varandra. Det är också viktigt att läraren försöker skapa diskussion mellan deltagarna i gruppen så att seminariet inte blir ett tennisspel mellan lärare och studenter i olika omgångar (som ball, set och game sedan vidare till nästa huvudfråga, ball, set, game och så vidare).

Läraren kan använda tavlan för att synliggöra för hela gruppen det som tas upp. Hur läraren väljer att disponera tavlan och vad läraren väljer att använda den till är helt beroende av individuella preferenser, men allmänt sett kan tavlan vara ett viktigt redskap för att synliggöra innehållet i det som sägs samt förhållandet mellan olika ställningstaganden och aspekter i ett case.

En annan del i själva genomförandet gäller den respons läraren ger en student som gjort ett inlägg. Hur ska respons bäst ges? Det finns flera tekniker att beakta. Parafraisering, som innebär att återge med andra ord det någon just har sagt, används av vissa caseledare. Läraren tar in det studenten har sagt, tolkar det med egna ord och frågar sedan om det är rätt uppfattat. Detta syftar till att locka fram nya sätt att tänka hos studenten själv men också hos resten av gruppen. Andra lärare väljer att endast skriva på tavlan eller att bara lyssna och ställa några motfrågor för att sedan gå vidare. Ytterst har kanske inte den exakta tekniken störst betydelse, utan det som har vikt är att läraren genom sin respons ska försöka få studenterna att tänka och stimulera deras hjärnor.

Genom casediskussionen kommer läraren automatiskt att få gratis information om två saker: dels vad studenterna tycks kunna och förstå genom deras sätt att resonera, dels vilken språklig nivå de befinner sig på rent medicinskt. Att kunna använda adekvat medicinsk eller vetenskaplig terminologi är av stor vikt och detta kan indirekt tränas i seminariet. Tidigare erfarenheter och kunskaper bland studenterna ska ses som en källa i diskussionen. Det är viktigt att försöka bygga upp seminariet så att det ger studenterna punkter med vars hjälp de kan förankra nya kunskaper i caset med de gamla kunskaperna och erfarenheterna de bär med sig.

Avslutningen är särskilt viktig och här är det betydelsefullt att återvända till lärandemålen. Vad handlade caset om? Vad skulle studenterna kunna göra efter seminariet? Att låta studenterna själva få aktivt vara med i en sammanfattning är att rekommendera. Detta kan göras genom att fråga studenterna vad de har lärt sig av diskussionen och be dem redogöra för vad de tar med sig därifrån. På detta sätt medverkar studenterna till att konstruera ett så kallat take home message, något som ger en känsla av att säcken har knutits ihop. Om caseledaren avslutar diskussionen med att tala om för studenterna att "det här har ni lärt er idag", så stängs lärandeprocessen och det är viktigt att fortsätta hålla den öppen, även om casediskussionen är avslutad.

Från ett studentperspektiv handlar seminariet självklart om att delta i diskussionen och göra inlägg samt vara lyhörd för andras tankar och ställningstaganden. Det är betydelsefullt att försöka vara så närvarande som möjligt och att göra adekvata inlägg vid rätt tidpunkt. Att försöka koppla caset och diskussionen till egna erfarenheter och tidigare lärande är avgörande för inläggets kvalité och casediskussionens nivå. Det är inte bara lärarens ansvar att få diskussionen att lyfta och landa.

## Casepedagogik och examination

Examinationen utgör ett av de absolut viktigaste instrumenten för studenters lärande och det blir därför extra viktigt att beskriva förhållandet mellan casepedagogik och examination. Förhållandet bör relateras till vilka andra lärandeaktiviteter som används inom samma kurs. I regel är inte case den enda lärandeaktivitet som används, utan snarare är case en form bland andra. Om casen inte alls examineras blir det förstås relevant att fundera över vilken motivation som finns för studenterna att över huvud taget lära med case. Om case ingår i examinationen, vad examineras då med hjälp av casen och vad examineras på annat sätt?

Ska diskussionerna i caseseminarier examineras? Om alla studenter i ett seminarium vet att deras inlägg betygsätts, ökar det i så fall möjligheten till intressanta och spontana meningsutbyten eller kan det hämma diskussionen? Vissa argument stödjer att löpande examination under seminarierna skärper kraven och preciserar inläggen samt skalar bort överflödiga och mindre genomtänkta inlägg. Andra hävdar att den riktigt intressanta spänningen i ett caseseminarium helt eller delvis kan försvinna. Hur caseseminarier bör examineras och hur examinationen utformas måste varje enskild lärare avgöra och ytterst måste detta återföras till syftet med att använda case i undervisningen samt till lärandemålen (se också tabell 1, sidan 18).

## Att beakta i samband med introduktion av caseundervisning

Inom vårt arbete vid Medical Case Centre samlar vi ständigt på oss ny erfarenhet vad gäller implementering av casebaserat lärande. Här följer några aspekter att beakta för den som vill införa caseundervisning:

- **Syftet.** Vad ska caseundervisningen bidra med till studenternas lärande? Vad är det *exakt* caseundervisningen är tänkt att bidra med?
- **Lärandemålen:** Vilken nivå ligger lärandemålen på? Är det i huvudsak SOLO 3-mål som står i fokus för lärandet, då rekommenderas inte case. SOLO 4-mål (eller SOLO 5) bör vara de centrala för att caseundervisning ska fungera.
- **Materialiet:** Casematerialet bör skrivas väl genomtänkt. Det är viktigt att stor omsorg läggs både på perspektivet och berättelsen. Ofta blir berättelserna avskalade och "fixas till" genom att lite bakgrundsinformation läggs till. I ett professionellt skrivet case finns ingen bakgrundsinformation och miljöbeskrivning utan ett klart syfte. Hela tanken med den narrativa delen är att ge förståelse för en persons tankar, agerande och beslut i en given situation. Just därför blir miljöbeskrivningar och perspektiv så viktigt. Det är inte i första hand en skönlitterär uppsatstävling där miljöbeskrivning är ett krav.
- **Koppling till andra undervisningsaktiviteter:** Hur kan caseundervisning kopplas samman med andra undervisningsaktiviteter så att casen inte blir ett " eget moment" i kursen? Koppling till lärandemål, annan undervisning och framför allt examination måste finnas.

- **Studenternas och lärarnas underliggande föreställningar om lärande:** Det är viktigt att både de lärare som ska undervisa med case, och de studenter som är föremål för caseundervisning förstår varför case används och att det primärt inte handlar om överföring av kunskap. Här blir det av stor vikt att lärarna kan hålla sig till de noggrant utarbetade lärandemålen.
- **Att leda seminariet:** Det är inte lätt att byta undervisningsform från att vara en lärare som undervisar genom faktaöverföring till att leda en diskussion. Träning i att leda gruppdiskussioner, förbereda bra frågor, ge bra respons och att leda gruppen framåt är en viktig framgångsfaktor.

## Till sist - Casepedagogik som ett medel för att stärka professionslärande

Hur utbildar vi personer till att ingå i en distinkt och väl avgränsad profession?<sup>17</sup> Att utbildas till sjukgymnast, tandläkare, sjuksköterska, läkare eller psykolog innebär att utbildas till en specifik profession. Att tillhöra någon av dessa professioner, eller för den delen yrken som polis eller brandman, kräver inte bara en speciell utbildning av varierande längd och omfattning, utan också en avancerad insocialisation i professionen eller yrket.<sup>18</sup>

När det gäller den rent faktiska professions- och yrkeskunskapen får de formella utbildningarna som ges vid exempelvis några av landets universitet inom hälso- och sjukvårdens område, polisutbildningarna, statens räddningsskolor med flera anses vara de institutioner som faktiskt lär upp noviser till att bli behöriga personer att arbeta inom ett visst område. De formella utbildningarna blandar teori och praktik på olika sätt och själva läroplanen ger information om vad som anses vara viktiga lärandemål för noviserna. Ofta har professionsföreningar – eller försöker skaffa sig – inflytande över läroplanens innehåll. Inom ramen för dessa utbildningar, som är formellt behörighetsgivande, har mycket gjorts för att stora delar av utbildningarna ska kunna tränas i mer eller mindre autentiska sammanhang. Inom hälso- och sjukvården har mycket stora landvinningar gjorts bland annat med hjälp av simuleringsteknik för att i möjligaste mån efterlikna en verklig situation, utan att äventyra patientsäkerhet.

Till detta kommer dock den tysta, informella och ofta oartikulerade kunskap som finns inom varje profession och yrkesgrupp. Hur överförs denna kunskap mellan olika generationer inom samma profession- eller yrkesgrupp? Den tysta kunskapen omfattar både rent teoretiska sammanhang och samband, till kunskap om hur olika tekniska procedurer faktiskt ska och kan utföras, samt själva varandet inom professionen: vad är giltigt sanning, hur ser ett giltigt argument eller resonemang ut, hierarki, status och lämplighet. Till detta kommer också frågan om en profession- eller yrkesgrupps kollektiva minne och kollektiva kunskapsbank. Hur får en novis tillgång till allt detta och var i läroplanen tas likande frågor upp? Det får antas att just denna form av informell och oartikulerad kunskap utgör själva ramen för att kunna verka inom en profession. Kunskap och förståelse som någon tillägnat sig inom en utbildning är av stort värde, men utan förståelse för alla andra uttalande, men ytterst viktiga förhållanden om en profession- eller yrkesgrupp, är risken stor att novisen får problem att verka inom sitt område.

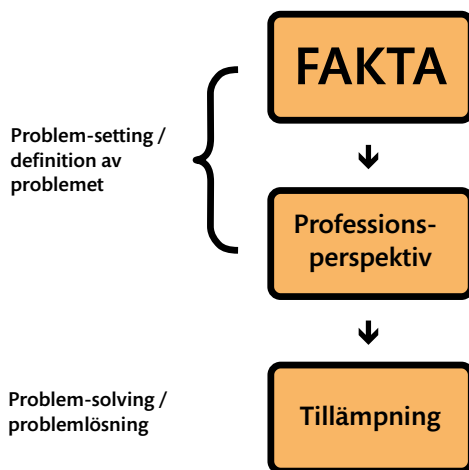
Det går förmodligen att välja vilken professionsgrupp som helst i världen där samma förhållande tycks råda mellan den formella utbildningen och den professionsroll för vilken någon utbildas. *”Välkommen till verkligheten – Nu ska Du få lära Dig att bli sjukgymnast (polis, kirurg etc.). Glöm det Du lärt Dig på utbildningen. De som undervisar där har inte varit ute i verkligheten på länge!”*. I en sådan schabloniserande och kanske till och med stereotypiserande kommentar finns föreställningen om praktikens tolkningsföreträdare före den akademiska kunskapen. Det är säkert ofta sant att många lär sig mest ”on the job” snarare

17 Detta är bland annat föremål för ett stort forskningsprojekt inom Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Projektet heter Preparation for the Profession och i detta projekt ska fem professioner och dess utbildningar studeras: präster, ingenjörer, advokater, läkare och sjuksköterskor. Den första studien från projektet – prästutbildningen – publicerades 2006. Foster, C.

18 Se bland annat Carnegies projekt om professionslärande.

än på andra sätt.<sup>19</sup> Som vi ser det finns det två viktiga delar i det tänkta citatet ovan. Dels måste en novis lära sig innehållet i en profession- eller yrkesgrupp via en formell utbildning, dels måste den enskilde lära sig att tänka och tillämpa denna kunskap inom ramen för en professionell- eller yrkesmässig tolkningsram.<sup>20</sup> Denna tolkningsram, eller världsbild, som finns är något en novis omedelbart kommer att konfronteras med.<sup>21</sup> Inom många av de utbildningar som ges inom Karolinska Institutet kommer våra studenter, mer eller mindre, i kontakt med detta redan inom den verksamhetsförlagda utbildningen eller inom ramen för den kliniska utbildningen.

För att skapa bra och lämpliga lärandeaktiviteter som både tar fasta på själva kunskapsmassan som måste läras samt för att underlätta insocialiseringen i professionens tolkningsram, är det viktigt att kunskapsmassan kontextualiseras och sätts in i ett autentiskt sammanhang där kunskapen i sig kan mötas och integreras med den tolkningsram och de glasögon studenterna bör tränas i att använda. Den formella utbildningen kan enkelt avkontextualiseras och förenkla lärandet som flyttas in i ett kliniskt rent laboratorium (lärosalarna) utan verkliga referenser till de tolkningsramar och det perspektiv genom vilken den formella kunskapen ska tillämpas. Utifrån detta resonemang om kontextualiserad kunskap som särskilt viktig inom ramen för professionsutbildningar kan följande modell användas för att beskriva detta:



**Figur 9. Professionslärande.**

<sup>19</sup> Schön, D.

<sup>20</sup> Se bland annat Schöns diskussion om *problem-setting* och *problem-solving*.

<sup>21</sup> Lave, J. Wenger, E; Säljö, R.

Lite förenklat är tanken att all faktisk (och formell) kunskap filtreras genom professionens egen tolkningsram innan den tillämpas. Stora delar av denna tolkningsram är förmodligen dold, tyst eller bara oartikulerad och därmed svårfångad för juniora professionsmedlemmar. Medlemmarna av en profession kan snabbt avgöra om ett visst handlande är ”oprofessionellt” eller ”otillåtet” utifrån de normer och regler som gäller inom professionen.

Undervisningsmaterial i form av case kan vara lämpligt att använda inom vissa delar av en professionsutbildning genom att casen byggs upp av de fyra kriterier som tidigare behandlats: *Perspektiv* (alltså själva seendet genom professionen/yrkets ögon, ”att lära sig se”); *Narrativ* (kontext och tolkningsram inom vilken ett handlande sker); *Open-endedness* (själva handlandet och det aktiva problemdefinierandet/problemlösandet utifrån det specifika professions/yrkesperspektivet i den givna kontexten); Autenticitet, detta för att fånga den verkliga komplexiteten och att ge materialet den tyngd och legitimitet som krävs för att det ska uppfattas som verkligt.

Genom att deltagarna i casediskussionen ser situationen från en viss persons perspektiv (ofta utifrån den profession/yrkesgrupp som utbildningen riktas till), så kommer läraren snabbt att förstå vilka föreställningar studenterna själva har om hur en färdigutbildad och praktiskt verksam person inom professionen/yrket skulle ha tänkt och agerat. Detta skapar mycket goda förutsättningar för att studenterna tidigt ska påbörja arbetet med insocialisation i professionen, eller en kritisk reflektion kring professionens förhållningssätt. Det är emellertid viktigt att understryka att vi inte avser att uppmuntra till en passiv och konserverande pedagogik för att stöpa studenterna i givna former. Samtidigt bör det också framhållas att professionens/yrkesgruppens perspektiv inte alls alltid är entydiga och att det kan finnas delade uppfattningar inom en profession om viktiga frågor. Casen skapar snarare förutsättningar för att både medverka till lärande av faktisk kunskapsmassa och till en kritisk diskussion om förhållningssätt, professionalism och i viss mån insocialisering, i att börja se världen från ett visst professions/yrkesgruppsperspektiv. Tidigt i en utbildning kan detta bli en viktig brygga mellan teori och praktik.

En annan poäng med ett casematerial är att samma case kan användas för olika grupper inom samma profession/yrke fast med olika lärandemål. I en casediskussion med noviser bör lärandemålen formuleras utifrån denna gruppens lärandebehov, men samma material kan även användas av en grupp mer seniora personer i samma profession/yrke där diskussionen kan bli djupare och mer avgränsad, allt beroende på gruppens praktiska erfarenhet och lärandebehov. Autentiska case som används i undervisning av praktiskt yrkesverksamma personer gör det möjligt att både utgå från, bygga vidare på och reflektera över den egna tysta, och ofta oartikulerade kunskap och erfarenhet deltagarna har. Relevans och tidigare erfarenheter är av stor betydelse för fortsatt lärande och med hjälp av case kan detta skapas, både i grund- och vidareutbildning.<sup>22</sup>

---

22 Se bland annat Knowles, M. (et al) och deras diskussion om andragogik.



## Casesamlingen

*”... skönlitteraturen besitter en unik förmåga att få oss att se världen genom andras ögon, att ta del av andras erfarenheter, och i bästa fall föda en förståelse för att andra kan uppfatta världen på radikalt olika, men ofta lika giltiga sätt.”*

*Jerry Määttä. Läsning som lust och last. Under strecket i SvD den 18 januari 2009.*

De 27 case som nu följer är produkten av hårt arbete utfört av lärare som är verksamma inom olika program på Karolinska Institutet. Insamlingen av detta material har skett genom programövergripande kontakt men även genom enskilda kontakter. Vissa av casen har tillkommit under Medical Case Centres kurser, vissa har använts i kurser i grundutbildning, en del på specialistnivå och tre av casen har använts som diskussionsunderlag i kliniska handledargrupper. Eftersom alla case har olika författare, varierar också sättet de är skrivna på. Det de har gemensamt är dock att de mer eller mindre ligger inom ramen för den definition av case som Medical Case Centre använder sig av, det vill säga de har ett tydligt perspektiv, ett narrativ, är open-ended samt bygger i varierande grad på autentiska fall.

Samlingen av case representerar material från nio av Karolinska Institutets utbildningsprogram. Varje författares programtillhörighet anges. Efter noggrant övervägande beslutades att inte ge exempel på lärandemål till varje case, inte heller vilken kurs caset har eller skulle kunna användas i. Anledningen till detta beslut är att casen ska kunna läsas av alla och användas av alla som finner relevanta fokuspunkter att diskutera i situationen eller händelsen som beskrivs, oavsett programtillhörighet. Kontaktuppgifter i form av e-postadress finns till varje författare i anslutning till casen. Om Du som läser detta skulle vara intresserad av potentiella lärandemål eller annan information om användande av materialet, finns möjligheten att kontakta författarna. Detsamma gäller för ytterligare information som kan knytas till fallet (bilder, journalutdrag, etc.).

Casen får användas fritt men författarens namn måste alltid anges. Det är inte tillåtet att ändra namn, detaljer eller information i casen. På Medical Case Centres hemsida ([www.medhs.ki.se/mcc](http://www.medhs.ki.se/mcc)) finns varje case för utskrift.

Denna materialbank är inte på något sätt ett fixt och färdigt dokument. Nytt material produceras varje termin och vi ser det som vår uppgift att sprida kunskap om casepedagogik och visa goda exempel på material. Hemsidan kommer därför att uppdateras och fyllas på med nytt material kontinuerligt.

## Greta

*Författare: Hélène Fitinghoff  
Arbetssterapeutprogrammet  
Helene.Fitinghoff@ki.se*

Hilda jobbade ute på Nynäs med att sammanställa en ny kursplan. Hon var stressad för att hon skulle hinna med nästa pendeltåg för att träffa en ny patient på Huddinge.

På tåget tittade Hilda ut genom fönstret på regndropparna som långsamt rann ner, ”Usch typiskt vårregn”, tänkte Hilda innan hon sjönk ner på sätet och bläddrade i Metro. När hon kom fram till stationen och kom upp i ljuset så hade det slutat att regna. Skönt tyckte Hilda och gick omvägen upp till Huddinge, de höll ju på med ombyggnader och nybyggnader som vanligt. När Hilda kom upp på arbetsterapin på handkirurgin så hann hon ta en snabb kopp te medan hon läste igenom journalen om Greta. I den stod det att Greta hade opererat sin vänstra handled, hon hade en intraartikulär fraktur, efter operationen fick hon ett Hoffmans instrument på handleden. Hon hade nu tagit bort detta och skulle komma till Hilda för första gången för att få en konsultation.

Det knackade på dörren och Greta kom in. Samtidigt ringde det i telefonen, Hilda var tvungen att ta samtalet eftersom hon väntade på ett viktigt besked från en kollega angående kursplanen. Hon bad om ursäkt och gick och besvarade samtalet, samtidigt observerade hon Greta. Hon såg en kvinna i 40-årsåldern framför sig, snyggt klädd och med en klädsam frisyr. Efter samtalets slut hälsade Hilda på Greta och bad henne sätta sig ner i stolen mittemot, mellan dem stod ett bord där Hilda hade placerat sina bedömningsinstrument (styrkemätning med Jamar dynamometer, ledrörlighet med Goniometer och smärtmätning enligt VAS) framför sig och de blanketter som hon skulle fylla i resultaten från de bedömningar som hon tänkte göra.

Hilda tittade ut genom fönstret på sjätte våningen, nu hade det börjat regna igen, och hon som glömt sitt paraply i Nynäs. För att få lite ”kött på benen” bad hon Greta själv berätta hur allting hände och vad som var det största problemet för Greta idag när det gällde aktiviteter i det dagliga livet. Greta berättade att då hon var ute och red blev hennes häst skrämmd av några uppflygande fåglar och satte av i sken så att hon ramlade av hästen och bröt handleden. Fortsättningsvis fick Hilda veta att hästen hade galopperat bort och det var långt till stallet och när hästen kommit tillbaka ensam så började personalen från stallet leta efter Greta. Hilda fick veta att det tog väldigt lång tid innan hon kom till sjukhuset och fick någon form av behandling och att hon hade jätteont hela tiden i handen. Därefter fick Hilda veta hur operationen gått till och hur efterbehandlingen var och varför hon nu var på arbetsterapin.

Under tiden som Greta berättade så arrangerade Hilda de bedömningsmaterial som hon skulle använda. Hilda berättade för Greta vad hon tänkte göra och varför. Först mätte Hilda styrkan, rörelseförmågan och smärtan i handen utan funktionsnedsättning och sen i handen med funktionsnedsättning.

Samtidigt intervjuade Hilda Greta angående hur det gick i vardagen, hemma och med alla fritidsaktiviteter som Greta hade sysslat med innan. Hilda fick veta att maken hjälpte till med handling och städning och matlagning och deras två flickor (9 och 11 år) hjälpte till efter förmåga i villan i Bromsten. Hilda fick även veta att Greta var rädd för att börja med aerobics igen, hon var rädd för att falla och bryta något mer ben (Greta hade även en svår vrickning i höger fotled sedan tidigare att ta hänsyn till). Hon tänkte aldrig mer rida utan ägna sig åt mindre "våldsamma" sporter. Under tiden undersökte Hilda Gretas händer och upptäckte att det var stora skillnader mellan de två händerna. Den vänstra skadade handen var mycket svagare och hade lägre rörelseomfång än den högra icke skadade, samtidigt var ju Greta vänsterhänt så det var ju inte så bra.

Hilda frågade Greta om framtiden och vad hon ville. Greta sade att hennes jobb som banktjänsteman innehöll en mängd intressanta moment typ; samtal med klienter i telefon, skriva för hand samtidigt, skriva på datorn samt ta emot och ge ut pengar när hon satt i kassan. Hilda frågade om Greta ville gå tillbaka till jobbet direkt. Samtidigt insåg hon att Greta kunde behöva mer träning innan det skulle vara möjligt. Greta berättade också att arbetsgivaren var på henne för att hon skulle komma tillbaka å det snaraste eftersom man inte kunde sätta in någon vikarie på hennes jobb. Det var bara hon som kunde utföra det.

Hilda fyllde i de sista mätresultaten i formulären och funderade på hur hon skulle få ihop behandlingen med Gretas mål.

## Eva

*Författare: Annika Öhman  
Arbeterapeutprogrammet  
Annika.Ohman@ki.se*

Carina var på väg till ett patientbesök, liksom hon gjorde många gånger varje vecka i sitt arbete som arbetsterapeut i Neurologmottagningens stödteam. Hon tyckte fortfarande att det var ett spännande och intressant arbete trots att hon arbetat i mer än 25 år som arbetsterapeut på olika enheter. Fortfarande kände hon glädje i att möta nya personer och det fanns alltid tillfällen att lära sig nya saker. Liksom de flesta dagar färdades hon i sin egen bil till hembesöket. Det var ganska praktiskt för Carina hade planerat att åka och handla direkt efter detta sista besök för dagen innan hon åkte hem. Vädret var soligt och det började bli varmt i luften. Carina kände sig glad att sommaren var på väg.

Idag skulle Carina åka för att träffa Eva. Det skulle bli det första mötet med henne och Carina hade förberett sig genom att delta i teamkonferensen och att läsa Evas journaler. Carina gick igenom vad som stått i journalen medan hon körde. I journalen beskrevs Eva som en 46-årig kvinna som bodde med sin make och deras två barn i mellanstadieåldern i en villa utanför stan. Patienten hade jobbat på ett lager under flera år och i journalen beskrevs det att patienten för ett par år sedan märkt att hon fick allt svårare att bära saker; kraften i händerna liksom försvann. Till en början gick Eva hos en neurolog för utredning av sina besvär och han kom fram till diagnosen ALS. Eva ville inte tro att hennes symtom berodde på ALS utan uppsökte en annan specialist som efter en ny utredning kom fram till samma diagnos. Carina tänkte att hon tidigare haft många patienter med diagnosen ALS och kände igen detta. Många har svårt att till en början acceptera sin diagnos, men att de flesta så småningom börjar leva vardagsliv igen och försöker hantera sin sjukdom på bästa sätt. Carina drog sig till minnes teamkonferensen kring nya patienter som teamet hade haft en vecka tidigare. När de gick igenom Evas tidigare anamnes blev det tydligt för alla att Eva inte kunnat ta till sig diagnosen trots flera specialistutredningar utan fortsatt att söka andra möjliga orsaker till sina symtom. Eva hade t.ex. gått hos en psykoterapeut under en period för att bearbeta några svåra händelser i sin ungdom, och som hon tänkt kunnat påverka hennes nuvarande situation. När det inte ledde till någon förbättring hade Eva avslutat den kontakten och hon var nu övertygad om att hennes symtom berodde på kvicksilverförgiftning och hon väntade på att få komma på utredning för amalgamsanering. Eva hade varit sjukskriven under det senaste året och hade nu fått tilltagande svårigheter att förflytta sig. Carina tänkte att Eva tycktes ha en ganska svår situation.

Carina var strax framme vid Evas bostadsområde. Hon kom att tänka på att precis innan hon gick iväg från sitt kontor för att gå till bilen träffade hon på teamets kurator Elisabeth i korridoren. Carina sade i förbifarten att hon nu var på väg till Eva för ett första hembesök. Elisabeth berättade då att hon just träffat Eva. Eva hade tidigare gått hos en annan kurator men själv avslutat den kontakten. Elisabeth och Eva hade träffats några gånger för stödsamtal och vid det senaste mötet hade Eva mått mycket dåligt och gråtit under samtalet. Trots det hade hon velat avsluta kontakten även med Elisabeth och istället bett om att få hjälp med en annan kontakt inom alternativmedicin. Elisabeth hade också berättat att maken ringt henne flera gånger och bett om hjälp för familjen. Carina funderade lite på hur det första mötet med Eva skulle gå.

Carina såg ut genom bilfönstret och tänkte att det var ett väldigt trevligt villaområde, med stora tomter och uppväxta trädgårdar. Hon hittade fram till Evas adress och parkerade utanför uppfarten. Huset var en charmig äldre villa med många trädetaljer och en härlig trädgård. Så här i försommartid så visade den sig från sin bästa sida med blommande äppelträd och välskötta rabatter. ”Tänk om man kunde ha det så här fint hemma i den egna trädgården”, tänkte Carina när hon gick mot ytterdörren för att ringa på. ”Välkommen till familjen Johansson” stod det på dörren. Carina ringde på. Det dröjde en stund innan dörren öppnades. Eva stod i dörröppningen och hälsade Carina välkommen att stiga in. Eva var en liten späd kvinna med tuff frisyra och ledigt klädd i jeans och skjorta. Carina såg att hon hade lite svårt att gå och det såg ut som om hon skulle kunna snubbla när som helst. Hallen var trevlig och hela huset kändes hemtrevligt. Innanför hallen låg ett stort luftigt vardagsrum med utsikt ut mot en altan på andra sidan huset. Carina tänkte att någon i familjen måste vara väldigt intresserad av heminredning; färger på väggar och gardiner gick bra ihop och det var överhuvudtaget mycket trivsamt och personligt inrett.

Carina och Eva satte sig ned i soffan. Från sin plats kunde Carina se den vackra stentrappan upp till övervåningen. Eva sade att hon var lite osäker på varför Carina hade kommit men att hon sagt ja till kontakten eftersom hon var intresserad av vad teamet kunde erbjuda. Carina började med att berätta om teamets verksamhet och att arbetsterapeuten riktar in sitt arbete på att underlätta vardagen, t ex. genom hjälpmedel eller genom att ändra om hemma för att underlätta. Eva såg intresserad ut och nickade flera gånger. Sedan bad Carina henne att berätta lite om vilka svårigheter hon märkte av när hon var hemma och skulle göra saker. Eva såg lite förbryllad ut och sade att hon visserligen hade lite svårt att gå inne och ibland i trappan och att hålla i saker men hon tyckte inte själv att det var något problem med det. Det var maken och barnen som tyckte att det blev problem för henne. Carina tänkte: ”Jag beskriver några åtgärder som det är vanligt att andra brukar få så att Eva kanske ser att det kan komma att behövas senare”. När Carina gjorde det så blev Eva upprörd och berättade för Carina att hon snart skulle få komma på utredning för amalgamsanering. Hon sade att hon skulle hämta ett urklipp så att Carina själv skulle kunna se att det var det hon led av. Eva tillade att eftersom hon snart skulle bli fri från sina symtom så behövdes det inte några hjälpmedel eller några ändringar hemma. Eva reste sig mödosamt ur soffan och gick osäkert fram till trappan. Carina såg att Eva hade stora svårigheter att gå uppför trappan. Carina tänkte för sig själv: ”Vad ska jag göra?”

## Chefen och receptionisten

*Författare: Linda Johansson*

*Audionomprogrammet*

*L.Johansson@ki.se*

*”Så här med facit i hand är det så lätt att se. Självklart hade Kajsa problem. Men när man är ny på en arbetsplats är det inte så lätt att känna av stämningen och förstå alla nyanser. Jag önskar att någon hade sagt något till mig, då hade jag kanske varit bättre förberedd på det som hände. Men jag tycker ändå att det gick bra, jag tycker att jag skötte mig och gjorde mitt jobb som enhetschef.” Ingrid stannade upp en stund och tittade ut genom fönstret från sitt kontor på fjärde våningen. ”Men det spelar nog ingen roll hur bra man är som chef, är problemen för stora så kanske det inte räcker. Och hur länge ska man försöka?”*

### *Ingrid*

Ingrid hade börjat arbeta på neurologen på Universitetssjukhuset i Lund några månader tidigare. Hon var utbildad audionom och hade i början av sin karriär arbetat inom hörselvården med sedvanliga audionomsysslor. Hennes överordnade såg potential i Ingrid och hon uppvisade ledaregenskaper. Med tiden fick hon olika uppdrag utöver sina dagliga arbetsuppgifter, uppdrag som var ansvarfyllda och krävde mycket av henne. Detta tyckte hon om. Hon fick gå kurser och vidareutbilda sig inom ledarskap och administration. Några år gick och Ingrid fick erbjudande om att arbeta som chef på en hörselklinik. Hon trivdes med sitt arbete och lärde sig så ofantligt mycket varje dag. Samtidigt som hon fick ha fortsatt kontakt med sitt yrke, fick hon även en chans att vara med och påverka och utveckla organisationen. Hon avancerade snabbt inom sjukhusorganisationen. Efter ungefär fem år fick Ingrid så ett erbjudande om att bli enhetschef på neurologen. Hon blev väldigt glad och efter en kort tids övervägande och samtal med sin make, bestämde sig Ingrid för att tacka ja till erbjudandet. Hon kände att hon ville prata igenom det med sin familj också, att vara chef för en enhet på ett stort sjukhus kräver ju trots allt mycket tid och engagemang. Hon ville även få ventilera sin tankar kring att arbeta som chef på en avdelning och att vara chef för personer med helt annan utbildning och annan inriktning än hon själv. ”Vilken utmaning”, tänkte Ingrid.

### *Den nya arbetsplatsen*

Ingrid började alltså som enhetschef på neurologen. Hon tyckte om sin nya arbetsplats. Kollegorna var trevliga och hjälpsamma men Ingrid kände också att de var en smula försiktiga. Det hade hon dock förståelse för. När man först träffar någon är man inte lika spontan och förtrolig som när man har upprättat en relation med personen, i synnerhet inte om den personen råkar vara ens chef. Eftersom hon hade varit chef tidigare, oroade hon sig inte så mycket för det. Ingrid hade naturligtvis också en chef, en neurolog vid namn Henrik. Henrik var trevlig och tillmötesgående men ganska fåordig. Han informerade henne om det hon behövde veta som ny enhetschef och ny på arbetsplatsen men nämnde inte mycket om stämningen mellan kollegorna. Ingrid märkte av distansen dem emellan. Han var neurolog, läkare och verksamhetschef, hon var audionom och enhetschef. Detta var inget nytt för Ingrid, hon var väl införstådd i och bekant med hierarkin inom sjukvården.

## *Kajsa*

Det gick några månader och Ingrid började komma in i sina nya arbetsuppgifter. Hon trivdes mer och mer och kontakten med kollegorna blev djupare. Kvinnan i receptionen – Kajsa – var väldigt trevlig. Hon var i 40-årsåldern, glad, social, utåtriktad och trivdes bra på jobbet, det hade hon själv sagt. Hon verkade dock ha ganska mycket hemma, speciellt med sina föräldrar. Till en början tänkte hon inte på det men efter några månader uppmärksammade Ingrid att Kajsa hade väldigt mycket korttidsfrånvaro. Ingrid visste om att sjukhusorganisationens policy gällande korttidsfrånvaro var strikt. Om en anställd hade sex korttidsfrånvarotillfällen (allt under 14 dagar) inom en 12-månadersperiod, skulle en rehavtredning göras. Man skulle ha ett samtal med den anställde och försöka ta reda på vad som kunde göras för att minska antalet frånvarotillfällen. Ingrid reagerade på Kajsas frånvaro och kallade henne till ett samtal. De hade ett ganska bra samtal men Ingrid kände att det var svårt att sätta fingret på varför Kajsa var borta så mycket. Hon nämnde sina föräldrar igen men gav egentligen ingen bra förklaring till varför hon var borta så ofta. Ingrid informerade henne om att från chefs håll så höll man nu ett öga på henne och att korttidsfrånvaron måste minska. Kajsa sade att det var inga problem, hon skulle bättra sig.

Så blev det inte. Kajsas korttidsfrånvarotillfällen blev inte färre. Ingrid märkte naturligtvis detta och kollegorna på avdelningen började nu signalera att det här var de bekanta med. Kajsa hade alltid hållit på så här, att hon var borta mycket var ingen nyhet. ”Jag önskar att någon hade berättat det här för mig tidigare”, tänkte Ingrid. Hon kontrollerade med personalavdelningen men hos dem fanns ingen dokumentation om Kajsas frånvaro. Detta förvånade Ingrid en smula, som chef var hon van att föra dagbok.

## *Kajsas problem uppdragas*

En dag kom en av de anställda in till Ingrid och var väldigt upprörd.

–Kajsa sitter i receptionen och tar emot patienter, och hon är full! En av läkarna kom också in och berättade att en av patienterna hade sluppit betala för sitt besök eftersom Kajsa inte tyckte att det var nödvändigt. Ingrid gick ut och hämtade Kajsa. Hon tog in henne på sitt kontor och frågade om hon hade druckit. Kajsa luktade inte sprit och sade själv att hon inte hade druckit men att hon hade tagit tabletter.

–Jag har så ont i huvudet och nacken. Axlarna också, jag har jätteont i axlarna. Jag kan inte sitta i receptionen och ha så ont, så jag tog några värktabletter. När Ingrid frågade hur många tabletter hon hade tagit, svarade hon att hon inte riktigt hade koll. Ingrid skickade därför hem henne och sade till henne att komma tillbaka dagen efter så att de kunde prata mera. Kajsa dök inte upp dagen därpå. Kollegorna började nu prata allt mer och delade med sig av vad de hade för erfarenheter av Kajsa. De berättade att det hade varit så här länge och i perioder. Alla hade tigit av lojalitet mot Kajsa, ingen ville skvallra och berätta men alla hade vetat. ”Att ingen har sagt någonting”, tänkte Ingrid för sig själv. Hon kände att hon måste göra något åt situationen. Hon kontaktade därför företagshälsovården och bokade tid för samtal tillsammans med Kajsa. När Kajsa kom tillbaka veckan därpå, informerade hon henne om detta. Under tiden som förflöt fram till besöket på företagshälsovården, urskuldade sig Kajsa, hon kom med undanflykter och ursäkter. Hon fick inte längre sitta i receptionen, utan fick andra arbetsuppgifter under tiden.

## *Ett ultimatum*

Så till slut kom dagen för mötet. Kajsa tillsammans med Ingrid och en HR-konsult från sjukhusets personalavdelning träffade en läkare på företagshälsovården. Kajsa hade blivit informerad om att hon hade rätt att ta med sig advokat eller facklig företrädare men hon ville komma själv. Under samtalet erkände Kajsa att hon hade problem med alkohol och tabletter, ibland en kombination, och att hon hade haft problem i många år. Hon berättade även att hon hade fått behandling med Antabus tidigare och att det hade fungerat bra. Men ingen följde upp henne efter behandlingen och hon föll tillbaka i sitt missbruk. Innan mötet var slut ställde Ingrid och HR-konsulten ett ultimatum till Kajsa: Gå in i ett rehabprojekt med en kontaktperson via företagshälsovården, som kontrollerar dig dagligen och ger dig Antabus så att du inte kan dricka och behåll arbetet i receptionen *eller* du blir uppsagd från ditt jobb som receptionist. Kajsa valde att gå in i rehabprojektet.

## *Rehabiliteringen*

Ingrid träffade tillsammans med Kajsa den kontaktperson som företagshälsovården hade utsett. Det var en man som följde upp henne kontinuerligt. Kajsa kände förtroende för sin kontaktperson. Hon var hemma från jobbet några gånger eftersom hon var sjuk under den här tiden och då kontrollerade kontaktpersonen henne. Hon skötte sig och drack inte. Ingrid var nöjd, Kajsa fungerade bättre på arbetsplatsen och tillsammans med kollegorna och behandlingen verkade fungera. Kajsas närmaste kollega som jobbade tillsammans med henne i receptionen och tidigare hade fått täcka upp för henne, tyckte nu att det fungerade bra.

## *Bearbetning för alla*

Självklart var detta en jobbig tid även för Ingrid. Hon var tvungen att bearbeta detta hon också, dels som människa och privatperson, dels som enhetschef på neurologen med allt vad det innebar. Hon fick personlig handledning, för att tackla det som hade hänt och för att få någon annans synvinkel på det hela. Hon ville även få bevis på att hon hade gjort rätt som chef. Den person som handledde hade insyn i sjukhusvärlden och arbetade med chefskap men arbetade inte själv inom landstinget, vilket Ingrid tyckte var en fördel. Hon tyckte att det var en sådan lättnad att ha någon att prata med. ”Som chef har man sällan någon att bolla med. Och Henrik har verkligen inte ställt upp för mig”, tänkte hon.

## *Kollegorna*

Ingrid samlade resten av kollegorna för att prata, speciellt de tio personer som ingick i det administrativa teamet tillsammans med Kajsa. Det var en mycket speciell grupp med olika typer av människor med olika förutsättningar. Företrädare från företagshälsovården närvarade också och man diskuterade hur man skall tackla att en medarbetare betar sig som Kajsa hade betett sig. Vad var rätt och vad var fel? Många olika åsikter kom fram. Vissa tyckte att det var okej att skvallra, andra inte. Och många hade ju hållit tyst, att lägga sig i och skvallra ingick inte i deras arbetsuppgifter, tyckte de. Andra tyckte att det var allas ansvar, eftersom allas



arbetsmiljö påverkades när något sådant hände. Många var upprörda och kände ett behov av att prata av sig, de hade ju levt med detta dag ut och dag in på sin arbetsplats under många år. Under samtalet berättade en av kollegorna någonting som för Ingrid var helt okänt. Kollegan berättade att det tidigare hade funnits en anställd på avdelningen som hade haft liknande problem som Kajsa. Denna person hade fångats upp och gått i behandling men senare begått självmord. Ingrid ställde sig återigen frågan ”Varför har ingen sagt något till mig?”

## *På väg tillbaka*

Tiden gick och Kajsa jobbade på. Allt verkade fungera. Kajsa skötte sig bra under behandlingen och hennes kontaktperson följde upp henne under ett och ett halvt år. Kollegorna var nöjda, Kajsa var på väg ut ur sitt missbruk och Ingrid kände sig nöjd med sin insats, att hon hade fattat rätt beslut och agerat precis så som en bra chef skall agera.

## *Mot nya mål?*

Ingrid blev erbjuden ett annat jobb som enhetschef på hörselkliniken inom en annan del av sjukhusorganisationen. Det var ett bra jobb och Ingrid kände att hon gärna ville tillbaka och arbeta med det som hon faktiskt var utbildad till. Som enhetschef på hörselkliniken kanske hon till och med skulle ha tid att ha patienter ibland, hon saknade faktiskt patientkontakten. Hon bestämde sig därför att sluta på neurologen. Det var tråkigt att lämna kollegorna, särskilt nu då deras kontakt hade stärkts av att de hade genomgått en så pass jobbig period tillsammans. Hon började på sitt nya jobb och kom snabbt in i rutinerna där. Men hon tänkte ofta på Kajsa och på hur hon hade det. Hon hoppades verkligen att allt skulle gå vägen för Kajsa även i framtiden.

Eftersom Ingrid var kvar inom samma sjukhusorganisation, fick hon ibland ryktesvägen höra saker. Efter en tid fick hon höra något som gjorde henne ledsen. Efter det att Kajsas kontaktperson hade slutat följa upp henne, fungerade det bra i ungefär sex månader. Nu var Kajsa dock tillbaka i samma sits. Kollegorna hade återigen kommit på henne med att vara påverkad på arbetsplatsen. Kajsa hade av sin nya chef fått en chans till och gick nu på behandling igen, men vem kunde avgöra hur väl den behandlingen skulle fungera? Ingrid kände sig bedrövad. Hon kunde inte rå för det. Hon hade hoppats så att Kajsa skulle klara sig ur sitt missbruk en gång för alla. Men visst, när hon nu så här i efterhand satt med alla kort på hand och kunde se mönstret så var det ju inte så svårt att förstå att Kajsas chanser att lyckas hade varit ganska små. Men man måste ju få hoppas. Samtidigt som Ingrid kände sig nedstämd så kunde hon inte rå för att ställa sig själv frågan: ”Hur många chanser ska man få?”

## Pias huvudbry

*Författare: Linda Johansson*

*Audionomprogrammet*

*L.Johansson@ki.se*

Pia hade jobbat på hörcentralen i Karlskrona i ungefär ett år. Hon trivdes med sitt jobb och med sina arbetskamrater. Det hon uppskattade mest med sitt jobb var patientkontakten och utmaningen i att möta olika människor. Det var både roligt och svårt, men i slutändan alltid belönande.

Dagen hade börjat som vanligt. Pia brukade alltid först gå till sitt rum, slå på datorn och sedan gå till det gemensamma arbetsrummet för att titta på dagens lista. Hon ville alltid vara väl förberedd och veta vilka patienter det var hon skulle träffa, hinna kika igenom journalerna en gång och sedan mer noggrant precis innan mötet. Ibland var det svårt att få tiden att räcka till men Pia hade den ambitionen i alla fall. I hennes morgonrutin fanns också den där koppen kaffe som var så nödvändig tidigt på morgonen. Utan den var det svårt att kickstarta dagen. Just den här morgonen var det tomt i fikarummet. Pia tog tillfället i akt att bara sitta ner några minuter och försöka samla tankarna och koppla av. Martin, hennes son, hade varit dålig under natten, hostat och varit gnällig och hon kände att hon nog hade behövt lite mer sömn. ”Det kommer krävas mer än en kopp kaffe idag”, tänkte hon.

När hon hade druckit upp sitt kaffe gick hon tillbaka till sitt rum. Hon öppnade journalprogrammet och tittade ännu en gång på dagens lista. Hon noterade då att den första patienten var en kvinna som hon hade träffat tre gånger tidigare. Kvinnan var 74 år gammal, en parant liten dam som hette Klara. Dagens besök var tänkt som ett utvärderingsbesök men Pia var osäker på hur det skulle förlöpa. Det senaste mötet hade nämligen orsakat Pia huvudbry.

Vid nybesöket hade Klara verkat pigg och väl medveten om sitt behov av hörapparater. Hon hade berättat att hon bodde ensam och att hon var änka men hade en son som bodde i närheten. Under utprovningsbesöket hade Pia provat ut hennes hörapparater, visat henne hur det fungerade med insatserna, rengörning, batterier och allt annat som hon behövde veta för att klara av att använda och sköta dem själv. Eftersom Klaras hörselnedsättning var ungefär likadan på båda öronen, beslutade Pia sig för binaural anpassning. De bokade in utvärderingsbesöket ungefär sju veckor senare. Pia kunde inte minnas något annat än att Klara hade verkat införstådd med allt som de hade gått igenom under utprovningsbesöket.

Två veckor senare fick Pia ett meddelande om att Klara behövde träffa henne tidigare än den tid som de hade bokat in. Klaras son Peter hade ringt och förklarat att det inte alls fungerade med hörapparaterna. Klara behövde hjälp och de ville komma till hörcentralen snarast möjligt. Några dagar senare tog Pia emot dem och fick en annan bild av Klara. Peter var nu med och han var väldigt irriterad på sin mamma. Pia fick en känsla av att han nästan skämdes för henne. De satt ner och pratade en stund och försökte reda ut vad det var som inte fungerade. Peter berättade att Klara inte alls kunde hantera hörapparaterna, inte sätta in insatserna eller slå på hörapparaten. Rengöring var det inte alls tal om. Med andra ord fungerade ingenting.

–Mamma har inte kunnat använda hörapparaterna alls. Det här fungerar ju inte, sade han. Klara hade inte hörapparaterna på sig. Pia bestämde sig då för att gå igenom allt en gång till, hur man tar av och på hörapparaterna, batteribyte, ja allt. Hon visade först och bad sedan Klara att visa att hon också kunde upprepa samma sak. Det gick inte alls bra. Klara kunde inte hantera hörapparaterna, trots att Pia precis hade visat hur hon skulle ta på dem eller byta batteri. Peter blev mer och mer irriterad på mamman och Pia började misstänka att det var något som inte stod rätt till med Klara. Kanske en begynnande demens? Hon var ju pigg och verkade frisk för övrigt, i alla fall hade inget framgått av journalen eller av remissen då hon först kom till hörcentralen. Hon verkade mer förvirrad nu än vid de två tidigare besöken. Hon verkade inte heller så intresserad av hörapparaterna utan lät mest sonen tala.

–Det kanske blir lite lättare för dig Klara om vi gör så att vi tar bort en av dina hörapparater, så att du bara har en som du kan vänja dig vid? föreslog Pia till slut. Både Klara och Peter gick med på detta och mötet avslutades med att Pia påminde om tiden som var inbokad några veckor senare.

När besöket var över satte sig Pia ner för att skriva journal. Hon tänkte mycket på Klara och gick tillbaka och läste sina gamla journalanteckningar. Där hade hon inte gjort några noteringar om att Klara skulle ha verkat förvirrad eller ha svårt att ta in information. Hon jämförde hennes beteende mellan de två besöken och undrade mycket över varför hon uppträtt så annorlunda när sonen var med. Kunde det vara demens, eller var det något annat? Var det sonen som hämmade henne? Hon diskuterade patienten med några kollegor. Skulle hon göra en snabb bedömning på bara ett besök och remittera henne till minnesmottagningen? Hon kände att hon inte hade tillräckligt mycket information och att hon saknade kompetens att bedöma. Kanske skulle mer framkomma under nästa möte. Under tiden som följde fram till det inbokade besöket, funderade Pia mycket.

Nu satt Pia alltså på sitt rum och väntade på att klockan skulle bli nio så att hon kunde gå ut och titta efter Klara i väntrummet. Det var dags för det fjärde besöket. Fem i nio gick hon ut och såg direkt Peter sitta bredvid Klara. Pia gick fram och hälsade, visade in dem och bad dem sätta sig ner. Hon riktade sig sedan till Klara och bad henne berätta hur det hade gått med hörapparaten, hade det blivit bättre nu när det bara var en apparat att hantera? Peter tog ganska snabbt över och berättade att det fortfarande inte fungerade.

–Mamma kan inte använda apparaten, det är för svårt för henne. Finns det något du kan göra? Det är ju så viktigt att hon hör, hon behöver verkligen hörapparat och det borde ju inte vara några problem egentligen. Pia lade ner mer tid på att först visa Klara hur man hanterade apparaten men det var lika svårt den här gången. Klara glömde bort hur hon skulle göra så fort Pia hade visat klart. Peter var även denna gång irriterad och Pia tyckte att det var jobbigt att han verkade skämmas så för sin mamma. Hon kunde ju inte rå för att hon var gammal. Pia kände att hon gärna ville tala med sonen, fråga honom när mamman inte hörde om han hade märkt någon förändring i hennes beteende eller om hennes minne hade försämrats.

Pia lutade sig tillbaka i sin kontorsstol och funderade. Plötsligt fick hon stor lust att bara var någon helt annanstans, med en stor kopp kaffe i handen.

## Den osäkra studenten

*Författare: Linda Johansson*

*Audionomprogrammet*

*L.Johansson@ki.se*

*Det började skymma ute. Inger satt kvar själv på mottagningen en eftermiddag och funderade på sin student. Det var väl egentligen inte så mycket att orda om, Katarina var inte redo och det var så mycket som saknades för att hon skulle kunna godkänna henne. ”Hon vågar ju knappt prata med patienterna”, tänkte Inger*

### *Inger*

Inger hade arbetat som audionom i 15 år. Hon gillade sitt jobb och hon trivdes på hörselmottagningen i Borås. Det var en ganska liten arbetsplats, med tre audionomer, en sekreterare och tre läkare på öronmottagningen. Till hörselmottagningen kom både patienter för hörselprov och patienter som skulle få hörapparat. Inger uppskattade att hon hade möjlighet att arbeta med både diagnostik och rehabilitering, hon tyckte att det gjorde att hon upprätthöll en bredd inom sitt yrke. Kollegorna beskrev Inger som snäll och opretentiös, absolut inte fin i kanten. Hon upplevdes som rak och ärlig och det var inget ”tjafs”, hon var enkel att ha att göra med. ”Det ordnar sig” var något hon ofta sade när saker och ting körde ihop sig.

Eftersom hörselmottagningen var liten, var möjligheterna att ta emot studenter begränsad. Men Inger och hennes kollegor tyckte att det var viktigt att ta emot studenter i den utsträckning de kunde, så i princip varje termin gjorde de det. Det handlade då om några dagar här och där. En gång per år tog de dock emot en student under en lite längre period, en student som genomförde sin sista kliniska utbildningsperiod. Studenterna kom oftast från Göteborgs universitet, en av utbildningsorterna för audionomer i Sverige.

Inger hade handlett många studenter genom åren, hon tyckte att det var roligt att ha studenter hos sig. Hon hade aldrig gått någon formell handledarutbildning men tyckte ändå att hon hade bra kontroll över situationen och försökte hålla sig till de riktlinjer för bedömning och dylikt som universitetet skickade. Alla audionomer brukade hjälpa till när de hade en student där, och turas om att ha studenten tillsammans med patienter eller övervaka besök. Men en av audionomerna var alltid huvudansvarig för studenten och agerade kontaktperson gentemot universitetet. Inger tyckte alltså att det var kul att handleda och lade ner mycket tid på att göra studentens utbildningsperiod så bra som möjligt. En kollega hade en gång påpekat att studenterna kanske kunde reagera på att hon var så rak och rättfram. Inger hade tänkt mycket på det men kommit fram till att det antagligen var bättre att bara vara sig själv och vara ärlig, att uppträda på något annat vis kändes konstlat för henne.

## *Katarina*

Våren 2003 kom Katarina till hörselmottagningen i Borås. Katarina var en student i 30-årsåldern, väldigt trevlig men också försiktig. Katarina hade kommit till Borås och mottagningen för att genomföra sin slutpraktik, som omfattade åtta veckor. Hon var student på termin sex på audionomutbildningen i Göteborg. Inger fick huvudansvaret för studenten men som vanligt skulle de turas om på mottagningen att ta hand om studenten. Inger inledde med att ha ett samtal med Katarina, där de pratade om hennes praktikperiod. Sedan satte arbetet med patienterna igång. Inger blev förvånad över hur osäker Katarina verkade tillsammans med patienterna. Den första dagen satt hon bredvid Inger och behövde inte ha egna patienter, men hon verkade inte vilja interagera med patienterna alls. Det var inte så att hon inte kunde mäta eller inte kunde ha patienter själv men det fanns uppenbara brister i hennes kunskap och hon tog motvilligt in patienterna. Hon var inte alls slarvig eller tankspridd men hon kunde inte redogöra för enkla begrepp och kunde inte tyda audiogram. Inger visade henne ett audiogram och frågade henne vilken typ av hörselnedsättning det kunde handla om. Katarina tittade på audiogrammet, som tydligt visade att patienten hade otoscleros, och svarade att hon inte var säker. Inger frågade om hon ville gissa och då svarade hon att hon inte ville det, att hon verkligen inte var säker på vad det var. Detta tyckte Inger var väldigt konstigt, hon hade även svårt att avgöra om det berodde på att Katarina var nervös eller att hon faktiskt inte visste. Inger bad en kollega kontrollera samma sak några dagar senare och kollegan bekräftade Ingers misstanke: Katarina kunde inte heller denna gång tyda audiogram.

Ju fler dagar Katarina spenderade på mottagningen, desto mer uppenbart blev det att hon hade det väldigt jobbigt med den sociala kontakten med patienterna. Hon vågade knappt vara ensam med dem och hon visste inte vad hon skulle säga. En dag satt hon med när Inger hade en egen patient och när Inger reste på sig för att gå ut och hämta fler trattar till otoskopet, reste sig även Katarina och följde henne ut på lagret. Hon ville inte sitta kvar ensam med patienten på Ingers rum. Inger frågade då varför hon hade följt efter och Katarina svarade då att hon kände sig säkrare om hon fick vara med henne.

## *Något att fundera på*

Inger funderade på vad hon skulle göra. Hon tyckte att det var underligt att en person i Katarinas ålder hade så svårt med de sociala kontakterna. Hade det varit en väldigt ung student hade hon haft lättare att förstå, men är man vuxen borde man ju ha lärt sig att föra en konversation, i alla fall småprata lite grann. Inger tog upp detta i samtal med Katarina, att det var viktigt att hon själv klarade av att ha patienter och att detta var ett krav för att hon skulle bli godkänd. Hon poängterade också att allt inte behövde vara perfekt och rätt hela tiden, men hon måste våga ha egna patienter. Katarina sade då att hon tyckte att det var så jobbigt att vara ensam med patienterna. Det var även svårt för Katarina att samarbeta med andra yrkeskategorier, i detta fallet läkarna på mottagningen. Hon tog ogärna kontakt och Inger kunde se hur hon verkligen led av att behöva gå in och fråga läkarna om olika saker.

Tiden gick och Inger upplevde att den progression som hon borde ha sett i Katarinas utveckling uteblev, både vad gällde patientkontakten och kunskapsmässigt. Det borde med tiden ha blivit lättare för henne att prata med patienterna och slappna av mer. Inger satt ensam kvar en eftermiddag och funderade. Katarina hade nu varit hos henne i fem veckor. Hon hade fått bedömningskriterier från utbildningen och Katarinas kunskapsbrister i sig var tillräckligt för att underkänna henne. Men det här med det sociala... Inger kände sig kluven. Det var ju trots allt tid kvar för Katarina och tänk om hon lyckades rycka upp sig kunskapsmässigt? Inger hade dock svårt att se att det skulle bli bättre med patientkontakten. Hon suckade och tänkte på huruvida det skulle vara okej att underkänna en student på grund av bristande social kompetens? Hur stöttar man bäst en student som har sådana uppenbara problem med att prata med andra människor? Inger suckade igen. Det här var inte lätt.

## Mia Berg

*Författare: Annette Kaplan och Anna Hjelmstedt*

*Barnmorskeprogrammet*

*Annette.Kaplan@ki.se, Anna.Hjelmstedt@ki.se*

Mia Berg var barnmorskestudent och hade börjat sin verksamhetsförlagda utbildning på en gynekologisk operationsavdelning. Hon hade tidigare arbetat inom äldreården och hade därför ingen erfarenhet av kvinnosjukvård men hon hade länge känt ett intresse för kvinnors livsvillkor. Hon var påtagligt nervös inför den här dagen då hon inte hade någon erfarenhet av arbetet på en operationsavdelning.

Mia kom till avdelningen på morgonen och möttes av en sjuksköterska som inte hade hört talas om att hon skulle komma dit. Hon anvisades var hon skulle klä om och hitta operationskläder. Hon var osäker på hur hon skulle klä sig och det fanns ingen att fråga. Hon såg en pappersmössa och stoppade den i fickan så länge.

När hon kom ut på avdelningen igen ställde hon sig framför en whiteboard och tittade på operationsprogrammet för dagen. Mia noterade att det skulle bli en myom-operation och hon tyckte att det skulle vara intressant att vara med på den operationen eftersom hon hade en seminarieuppgift där hon skulle skriva om myom. Hon såg sig om efter någon att fråga. Då kom det fram en ung underläkare, Bruno Larsson, och sade: –Vad trevligt att du är här. Du kan vara med mig på förmiddagen på abortrummet. Mia hade tänkt vara med på myom-operationen men var tacksam att någon brydde sig om henne och ville då inte tacka nej till erbjudandet. Hon visades in på rummet och där fanns en patient som förbereddes av en narkosköterska. Mia hälsade på patienten och presenterade sig. Patienten halvslumrade och Mia fick svag respons från henne. Operationssköterskan tittade kritisk på henne och sade: –Lär ni er inte på barnmorskeutbildningen att man ska ha en mössa på sig på en operationssal? Mia satte på sig mössan som hon hade i fickan. Bruno Larsson kom in i rummet operationsklädd och nickade till Mia. Patienten sov. Bruno Larsson gjorde en bimanuell palpation och kontrollerade med narkosköterskan ultraljudets bedömning av graviditetslängden. Sedan sade han till Mia att sätta på sig sterila handskar. –Passa på och palpera nu när patienten sover. Mia palperade och berättade om sitt palpationsfynd; en lite mjuk och lätt förstörd livmoder. Bruno Larsson sade: –Vad duktig du är. Mia tänkte att det var mycket lättare att palpera på en sovande patient jämfört med en vaken patient som hon hade gjort veckan innan på en gynekologisk mottagning. Vacuum exaeresen utfördes komplikationsfritt. Resten av förmiddagen fick Mia vara med vid fler operationer av lättare slag tillsammans med Bruno Larsson. Mia lärde sig mycket under förmiddagen eftersom Bruno Larsson berättade villigt om det han gjorde.

Mia funderade över var hon skulle äta sin lunch. Hon kom på att hon hade glömt sin lunchlåda hemma på diskbänken. Hon frågade den rara lite äldre undersköterskan Solveig Ek som var med på operationssalen om de kunde äta lunch ihop. Solveig svarade att det gjorde hon gärna och föreslog att de skulle gå till cafeterian. De pratade om arbetet på en operationsavdelning. Mia tog upp det som hon funderat på tidigare. –Det kändes lite underligt att gyn-palpera på en kvinna som inte i förväg var informerad om

att jag skulle göra det. Solveig Ek svarade att studenterna alltid gjorde det och att de brukade säga att det var så bra att gå med Bruno Larsson för då fick de lära sig att palpera.

Väl tillbaka på operationsavdelningen stötte Mia ihop med Bruno Larsson igen. Han sade: –Vad bra att du är kvar här för då kan du följa med till vårdavdelningen och ”prata ut” patienterna som har gjort abort. Hon träffade bland annat kvinnan som hon palperade i narkos. Kvinnan berättade att hon var 32 år och hade ett barn som var nio månader. Hon hade en stabil socioekonomisk situation men orkade inte med ett nytt barn så snabbt. –Jag vill ha syskon till mitt barn men inte så tätt eftersom min man reser så mycket i arbetet och jag vill själv gärna tillbaka till arbetet innan nästa barn kommer, sade kvinnan. Hon var ledsen och grät en stund men Mia kände ändå att detta var rätt beslut för kvinnan. Mia samtalade med henne en stund och gick sedan till avdelningens expedition.

På expeditionen var det tyst, ingen annan fanns där när telefonen ringde. Mia svarande som vanligt:

–Mia, sjuksköterska. Kvinnan som ringde lät ung. Hon hade dagen innan fått tabletter som skulle sätta igång aborten. Nu undrade hon om hon kunde ta de smärtstillande medel som hon fick med sig hem eller om hon skulle vänta lite. Mia kände sig osäker på vad hon skulle svara och bad därför kvinnan om hennes telefonnummer för att kunna ringa upp igen när hon frågat någon om råd. Efter en stund kom Bruno Larsson och avdelningssköterskan.

Klockan fyra slutade Mia och tog en promenad för att smälta dagens intryck. På kvällen satte hon sig och läste ”Medicinsk etik i fickformat” inför morgondagens etikseminarium. Hon började reflektera över vad en abort innebär för kvinnor på kort och lång sikt.



# Handläggande och förlopp vid preeclamps och eclamps under förlossning

*Författare: Sabine Blix-Lindström*

*Barnmorskeprogrammet*

*Sabine.Blix-Lindstrom@ki.se*

Linda hade arbetat som barnmorska på förlossningsavdelning under ett och ett halvt år. Mestadels hade hon arbetat nattetid, då det passade bäst med den barnpassning som gick att ordna. Linda var denna dag lite lätt förkyld men eftersom det var sportlovsvecka och många kolleger hade rest bort med sina barn var det svårt att ordna vikarie. Det var flera barnmorskor i tjänst på förlossningsavdelningen som nyligen hade roterat från BB-avdelning till förlossningsavdelning, och därför inte var så vana. När hon ringde för att höra om arbetssituationen, fick hon dessutom reda på att avdelningen var överbelastad. Det var inte precis så hon hade önskat natten eftersom hon kände sig ganska krasslig.

På avdelningen fanns en kvinna, Maria, som hade kommit in till avdelningen kl. 09.00 för vattenavgång och svaga värkar som inte var smärtsamma. Maria kunde inte tala svenska så bra, så hennes man tolkade. Under graviditeten hade hon kontrollerats extra för stigande blodtryck, proteinuri och lätt huvudvärk, under diagnos: lätt till måttlig preeclamps. I förlossningsjournalen fanns dock inga anteckningar om blodtryck, urinprov eller beaktande av tidigare ställningstagande. Maria bedömdes, vid inkomsten, att vara i latensfas och fick gå ut och promenera, det fanns inget ledigt förlossningsrum. CTG togs innan promenaden och var normalt. Blodtrycket skulle vid inkomsten ha varit 130/80, enligt barnmorskan, som, på grund av hög arbetsbelastning hade glömt att anteckna detta i journalen. Inte heller fanns några anteckningar i journalen om Marias önskemål eller hennes förlossningsplan.

Linda gick på sitt pass kl. 21.00 och fick rapport om en kvinna som snart skulle föda samt en nyförlöst kvinna som hon också fick ansvar för. Innan hon hann gå in till patienterna fick hon även ta över vården av Maria, kl.21.15, då hennes kollega måste gå på ett akut sectio. Hon fick en snabb rapport, där dock inget nämndes om blodtrycksförhöjning, och gick sedan in till de två första patienterna för att hälsa på dem, undersöka och kontrollera hur de mädde.

Kl. 22.50 fick Linda sedan tid att även gå in till Maria och undersöka henne. Hon gjorde ett VU och fann progress i förlossningsförloppet, då MM nu var öppen för 5 cm. Hon kopplade en skalpelektrod för att kunna övervaka fostret och värkarbetet. Maria var smärtpåverkad och hade svårt att förklara hur hon mädde, hon fick dock börja andas lustgas. Linda tog nu ett blodtryck som var 162/96. Då det inte var någon kvällsrond denna afton, alla läkare var upptagna, kontaktade hon jourhavande läkare en halvtimme senare och informerade om det förhöjda blodtrycket. Läkaren kom till avdelningen och förklarade för Maria att hennes blodtryck var förhöjt på grund av förlossningsarbetet och gav inga ordinationer om vidare åtgärder till Linda, då förlossningen ansågs vara nära förestående.

Därefter blev Linda upptagen med att förlösa den första kvinnan som hon övertog. Förlossningen drog ut på tiden, då kvinnan fick en bristning som måste sutureras. Hon tittade in till Maria som snabbast innan hon började skriva journal för att inte glömma vad som hänt under denna förlossning.

En timme senare gick Linda in till Maria igen och tog ett nytt BT som nu var 170/98. Vid VU fann Linda att MM var öppen 10 cm och Pfd nedom spinae. CTG visade variabla decelerationer. Hon hann inte anteckna om värkintensitet, subjektiva symptom eller läkarkontakt. Allt bedömdes dock som normalt och inget ytterligare BT togs, förlossningen gick framåt och CTG ansågs vara normal.

Linda hade nu lätt huvudvärk, kände sig trött och behövde en lite paus innan nästa förestående förlossning. Hon passade dock på att först sköta ett av de nyfödda barnen så att den mamman skulle kunna flyttas upp till BB-avdelningen, det var fortfarande brist på tillgängliga förlossningsrum. Hon tog sedan ett måltidsuppehåll vid ettiden och lämnade därmed paret ensamma i 30 minuter och bad maken att ringa på klockan om de behövde hjälp. Alla andra barnmorskor var upptagna så ingen kunde avlösa Linda under rasten. När hon sedan fick tid att gå in till Maria igen, kl. 02.20, var status oförändrat sedan två timmar och hon bedömde att förlossningen inte gått framåt som önskat, varför ett värkförstärkande oxytocindropp kopplades. Hon informerade läkaren om detta. Sedan behövde hon gå till de nyförlösta kvinnorna igen, dessutom hade hon ett barn kvar att sköta. Marias värkar tilltog i styrka vilket Linda observerade när hon snabbt tittade in i rummet för att kolla droppet och CTG-kurvan. Kort därefter började Maria att krysta på egen hand, enligt maken.

En timme senare, innan Linda hade hunnit återvända till rummet efter den andra barnskötningen, uppmärksammade maken att Maria blev okontaktbar och fick kramper. Han ringde på klockan, som han hade blivit tillsagd, men ingen kom, då gick han ut i korridoren och fick tag i en annan barnmorska som följde med in på rummet. Hon larmade och gav syrgas till Maria. När Linda kom in på rummet kallade hon genast på läkare. Denne konstaterade att Maria hade generella kramper och var medvetlös samt ordinerade genast 10 mg Stesolid i.v. och 0,25 mg Bricanyl i.v. Fosterljuden gick ner till 60-70 slag/min i en bred deceleration.

Linda kände skuld känslor för att hon inte förstätt hur allvarligt Marias tillstånd var och inte prioriterat att var mera hos paret. Hon tyckte även att hon borde ha tagit fler blodtryck trots att läkaren inte hade givit några ordinationer om detta. Men samtidigt var hon medveten om att de andra patienterna också behövde vård, hon upplevde att hon inte riktigt räckte till. Borde hon ha sagt ifrån att hon inte kunde klara så många patienter samtidigt?

# Gunilla

*Författare: Iris Ronnevi  
Barnmorskeprogrammet  
Iris.Ronnevi@ki.se*

## Del I

Det var måndag morgon och ronden hade just avslutats på förlossningsavdelningen. Det var ganska många födande kvinnor som var i aktivt värkarbete denna morgon. Barnmorskan Anita fick ett telefonsamtal. Det var Gunilla, som väntade sitt första barn. Graviditeten har varit utan anmärkning och hon var i det närmaste fullgången.

Gunilla frågade Anita om det var normalt att hon blödde från slidan. Anita försökte få klart för sig vad det hela rörde sig om. Var det en färsk eller gammal blödning eller kanske en blodtillblandad vattenavgång? Gunilla kände inga värkar och inte heller någon smärta. Anita fick till svar att det blödde som vid en menstruation (de första dagarna). Anita försökte få en uppfattning om mängd och fick till svar att det nog minst var en kaffekopp med färskt rött blod som runnit ut de senaste fem minuterna.

Gunilla berättade att hon var ensam hemma och sade att hennes man Erik just nu var på väg hem med flyg från USA. Hon hoppades verkligen att han skulle hinna hem för att vara med vid förlossningen. Anita frågade om barnet sparkade som det brukade göra och Gunilla svarade att barnet var livligt i magen och sparkade väldigt mycket just nu. Hon upplevde att Gunilla tog det som ett tecken på att barnet mätte bra och att Gunilla kände sig ganska lugn ändå, men Anita fick en obehaglig och konstig känsla av Gunillas lugna röst. Anita kände att hennes hjärta började bulsa lite extra...

## Del II

Anita fick en obehaglig och konstig känsla av Gunillas lugna röst och tillsammans med den information som hon erhållit, gav det henne stöd för att agera snabbt. Anita kontrollerade namn, födelsedata och adress. Hon förklarade för Gunilla att hon skulle komma in till förlossningsavdelningen för kontroll och att Anita skulle ordna med transporten. Hon bad Gunilla låsa upp dörren medan hon väntade i telefonen och bad henne därefter lägga sig ner och avvakta till ambulans hämtade upp henne. En annan barnmorska som hört samtalet tog över luren för att hålla lite kontakt med Gunilla.

Anita ringde från en annan telefon till 112 och bad en ambulans hämta upp Gunilla så fort de bara kunde. Hon bad även att man skulle ringa till förlossningsavdelningen från ambulansen när de var på väg för att höra hur det gick. Därefter underrättade hon förlossningsläkaren, barnläkaren, operationsavdelningen och blodgivarcentralen (ORh-neg. blod i reserv) om den uppkomna situationen. När ambulansen anlände till förlossningsavdelningens akutintag stod all personal på plats för att ta emot Gunilla. Anita fick en känsla av att hon hade överreagerat.

Gunilla rullades in och hon var inte kontaktbar. När Anita och personalen lyfte på den gula filten som man lagt över Gunilla, var det en "sjö" av av färskt blod på bärvagnen.

## En handledares dilemma

*Författare: Louise Seimyr*

*Barnmorskeprogrammet*

*Louise.Seimyr@ki.se*

*Barnmorskan Lena fick beskedet, att en tidigare student, Polly-Anna, nu var klar med sin utbildning i fertilitetsreglering och att hon hade fått sin förskrivningsrätt. Det hade varit svårt att tala med studenten om bedömningen, eftersom hon själv inte kunde se anledningen till att hon blev underkänd. Beskedet väckte obehagliga minnen från samtalen och bedömningen till liv.*

Lena hade arbetat på barnmorskemottagningen (BMM) Vida Blick sedan två år och innan dess var hon under flera år barnmorska på förlossnings- och BB-avdelningar på olika sjukhus. Hon hade gått en kurs i handledning av studenter, 5 p. på högskolan och var ofta handledare för studenter av olika kategorier och trivdes bra med det. Lena hade alltid vinnlagt sig om, att välkomna dem och diskutera och planera deras kliniska utbildning redan från starten. De första samtalen var väl förberedda. Lena brukade boka in möten med studenterna för att följa upp inlärningsplanen och studenternas utveckling mot sina mål. Praktikperioden var längre, därför var det lättare att följa processen som studenten gick igenom jämfört med mödrahälsovården, där studenter på kort tid skulle lära sig mängder om kvinnors hälsa i alla åldrar. Fertilitetsreglering var en viktig uppgift, som Lena själv inte hade speciellt lång erfarenhet av efter åren på sjukhusen.

En vårtermin kom studenten, Polly-Anna, till BMM Vida Blick. Hon hade arbetat som sjuksköterska på KK tidigare och även en del på BB. Lena, som var hennes handledare, tog emot Polly-Anna på samma sätt som hon alltid brukade göra. Lena visade henne runt på mottagningen och de hälsade på alla kollegorna. Polly-Anna fick nyckeln till ett eget rum eftersom en barnmorska var föräldraledig och ingen ersättare kommit ännu. Någon inlärningsplan hade Polly-Anna inte skrivit, men hon skulle göra det de närmaste dagarna. Vid planeringen kom de överens om, att Polly-Anna de tre första veckorna skulle ägna sig åt att göra inskrivningar på MVC och hälsokontroller av gravida.

Lena ville diskutera arbetsuppgifterna med Polly-Anna, men det var svårt att få tillfällen till bra samtal. Lena kände sig osäker på vad Polly-Anna kunde och vad hon inte kunde. Polly-Anna gav ett självsäkert intryck. Två kollegor på BMM Vida Blick blev osäkra inför studentens attityd: ”Det är onödigt att du säger något, för det här kan jag redan!” Det var en bild av studenten, som läraren vid ett besök från skolan förstärkte, då hon ansåg att studenten var en mogen och kunnig kvinna, men Lena kände sig verkligen inte alls lika övertygad.

En fredag i slutet av praktikperioden hade Polly-Anna en gravid kvinna och hennes man på barnmorskebesök. Lena hörde studenten ge råd till den gravida kvinnan, om hur hon skulle ta sina järntabletter för att få bättre blodvärdet. Råden som Polly-Anna gav var felaktiga. Kvinnan fick en för stor dos järntabletter ordinerad och ingen undervisning om betydelsen av att dricka C-vitamin till eller hur magen kunde reagera. Lena gick in i rummet för att se till att de fick veta det som de behövde veta. Polly-Anna tycktes inte uppskatta hennes närvaro. Efteråt diskuterade de vad som hade hänt. De var inte överens om huruvida det var rätt och nödvändigtav Lena att ”komma in och ta över”. Lena diskuterade händelsen med ett par

kollegor. De tyckte inte att det var värt att göra någon större affär av det. Vid praktiktidens slut godkändes Polly-Anna, eftersom hon hade uppnått målen enligt kursplanen. I bedömningssamtalet tog Lena upp Polly-Annas attityd, som kunde vara ett hinder för att lära sig och för att få hjälp och stöd av andra vid behov.

Efter examen kom Polly-Anna tillbaka för att få den praktiktid som krävdes för att få ut förskrivningsrätten. Hon hade handledning av fyra barnmorskor eftersom hon själv ville ha det. Inga större klagomål framfördes under praktiktiden. En handledare ansåg att Polly-Anna saknade rätta känslor för hur man tar upp patientens sexuella anamnes.

Efter praktikperioden hade MÖL Bohm och Lena, ett muntligt förhör med Polly-Anna. De hade planerat och förberett förhöret genom att skriva ner ett patientfall. Vid förhöret visade sig Polly-Anna ha mycket stora kunskapsluckor. Situationen var mycket pinsam och Polly-Anna reagerade starkt. De försökte att lugna och uppmuntra henne, men det hjälpte inte. De hade förväntat sig, att Polly-Anna skulle ligga på en avsevärt högre nivå, men båda reagerade mycket tafatt. Polly-Anna blev godkänd - trots alla kunskapsbrister.

Nästa morgon ringde doktor Bohm och sade:

–Nej, Lena, jag kan inte godkänna Polly-Anna! De enades om att hon behövde förlängd praktiktid med en enda handledare. Doktor Bohm skrev ett brev till Polly-Anna om det nya beslutet. Polly-Anna, som blev besviken, tog genast kontakt med Lena, som försökte förklara varför hon hade blivit underkänd. Det lyckades hon inte med, Polly-Anna blev än mera rasande. Hon kunde absolut inte förstå av vilken anledning hon var underkänd i efterhand.

–Du har aldrig trott på mig, Lena! sade Polly-Anna och avslutade hastigt samtalet.

Efter ett kort samtal med doktor Bohm kunde hon acceptera beslutet och efter ytterligare femton timmars praktik tillsammans med en erfaren och skicklig barnmorska och handledare godkändes slutligen Polly-Anna.

# Hajmannen

*Författare: Hans Karlsson  
Folkhälsovetenskapsprogrammet  
Hans.Karlsson@ki.se*

## Del I

Åke var klar med sin fem år långa psykologutbildning och hade nyligen påbörjat en klinisk tjänst på en enhet för neurologisk rehabilitering. På en behandlingskonferens tillfrågades han om att ta emot en 55-årig manlig patient för krisbearbetande samtal efter stroke.

Det var den neurologiskt skolade och ansvarige överläkaren som väckte frågan, med anledning av att mannen varit bekymmersamt orolig under första veckan efter inskrivningen på vårdavdelningen. Överläkaren förklarade att medicinskt var mannens skador så pass omfattande att det redan stod klart att han skulle behöva vara inskriven en längre tid på rehabiliteringsenheten, först inläggande därefter via poliklinisk dagvård. Men rehabiliteringen skulle inte fungera om mannen fortsatte med samma oroliga beteendemönster som under senaste veckan. Då hade mannen irrat runt på vårdavdelningen, betett sig distanslöst och pratat osammanhängande med närmast alla han mött, bland annat om att han blivit biten av en haj. En sjuksköterska vände sig direkt mot Åke och förtydligade att mannen till och med skrämt en del av medpatienterna med sitt beteende. Flera erfarna medarbetare i personalgruppen hade också uppfattat mannen som konstig. Frågor väcktes om han kunde vara psykiskt sjuk, vid sidan om den olyckliga stroke.

Här tog överläkaren återigen till orda och avslutade det nu smått ostrukturerade samtalet runt bordet, konstaterade att mannen kort sagt var svår att förstå sig på och att något måste göras. Överläkaren tog också upp att man för tillfället inte hade tillgång till någon konsultpsykiater att rådfråga. Då skulle man behöva resa med mannen till ett sjukhus i närheten och det skulle vara besvärligt att organisera. Kliniskt framstod inte heller frågan tillräckligt akut för ett så resurskrävande initiativ.

Åke lyssnade intensivt till allt som sades runt bordet, berörd av att flertalet närvarande medarbetare verkade överens om att mannens sätt att bete sig avvek markant från normala erfarenheter av strokepatienter. Men med anledning av den irritation som uppstått om mannens beteende, associerade han också till en av de avslutande kurserna på psykologutbildningen, den om psykisk arbetsmiljö. Åke tänkte för sig själv att mannen också verkade ha blivit ett störande inslag i denna annars så lugna och trevliga rehabiliteringsmiljö, hur konstig kunde man få vara som patient i den här vårdmiljön egentligen? I den stunden skulle dock den frågan vara för konfrontativ och omöjlig att ställa.

Men faktum var att denna och liknande situationer hade väckt en del tankar som anknöt till frågan vad den här arbetsplatsen egentligen tålde för beteende och frågor, kring patienter och från personal. Åke var ju ny på enheten och han behövde få ställa frågor, dessutom kände han sig osäker i sin nya roll som kliniskt verksam psykolog på en neurologavdelning. Men för den skull ville han inte riskera att bli betraktad som konstig eller okunnig. Åke hade ändå läst en fördjupningskurs i neuropsykologi under utbildningen. Han hade blivit examinerad

av Sveriges första professor på området, till och med fått ett berömvärd erkännande omdöme. Före psykologutbildningen hade han också arbetat en hel del inom skola och habilitering, där han mött både barn och vuxna som haft olika neurologiska skador och handikapp. Men han visste inte speciellt mycket om neurologiska sjukdomar, framför allt inte hur konstig man kunde bli efter en stroke, eller var gränsen gick för strokepatienter innan man blev betraktad som psykiskt störd? Åke hade heller inga erfarenheter av möten med patienter i ett så här tidigt skede efter ett insjuknande.

Åke tänkte för sig själv, att det här med att säga att man nästan blivit uppäten av en haj, det lät ju märkligt. Men om man tillät sig att tänka om det som en meningsbärande fantasi, då lät det också märkligt intressant. Från sina erfarenheter inom barnomsorg och skola hade Åke blivit fascinerat intresserad av barns förmåga till fantasi och kreativ bearbetning av upplevelser som väckt deras rädsla. Under psykologutbildningen hade Åke kommit i kontakt med Psykoanalysens vetenskapsteori, där han fått lära sig nya sätt att tänka om och förstå komplexiteten i människans psykiska situation, utveckling och förhållningssätt i samband med somatiskt eller psykiskt insjuknande. Det relativt nya forskningsområdet Neuropsykoanalys, hade han funnit särskilt intressant och relevant för arbetet på den neurologiska rehabiliteringsenheten. Åke hade läst en del fallstudier som just beskrivit värdet av att ha ett meningssökande förhållningssätt till de symtom som kunde följa på ett neurologiskt insjuknande, och att den psykoanalytiska metoden kunde bidra till såväl en fördjupad diagnostik som till en förbättrad kontakt och dialog i en rehabiliteringsprocess. Det var mot bakgrund av detta som Åke tänkte att det nog skulle kunna gå att söka någon viktig mening i det som mannen verkade vara så upptagen av, och som han varit så ivrig att berätta med sitt kontaktsökande och oroväckande beteende. Dessa tankar behöll dock Åke för sig själv, som arbetshypoteser.

Den behandlingsansvarige överläkaren berättade att mannen hette Arvid, att han bodde ensam och att han saknade anhöriga i Stockholm. Arvid hade varit gift tidigare i sitt liv och hade vuxna barn, men de bodde på annan ort. Innan insjuknandet hade han arbetat som verkstadsmekaniker, med visst ledningsansvar på sin arbetsplats. På fritiden hade han varit aktiv inom en intresseförening, där han tillbringat mycket tid. Mycket mer än så visste man inte om Arvid som person. I de behandlingskontakter som hittills kommit till stånd, framför allt i samband med det akuta omhändertagandet, hade Arvid uppfattats som en ”udda” person. Det hade väckt spridda föreställningar och frågor bland olika läkare och avdelningspersonal, både från sjukhuset och nu på rehabiliteringsenheten Rent medicinskt hade Arvid insjuknat i en stroke som drabbat honom svårt. Åke förstod att det till och med varit fara för Arvids liv. Det akuta insjuknandet hade varit dramatiskt och medfört komplicerade kirurgiska ingrepp på ett akutsjukhus i närheten. Överläkarens medicinska och tekniska beskrivning från det som hänt och gjorts var svårt att hänga med i för Åke, men det verkade som om skallen hade öppnats två gånger innan Arvids blödning var under kontroll. Från den första tiden efter uppvaknandet hade det rapporterats att Arvid varit svår att få kontakt med. När han kommit upp till den neurologiska vårdavdelningen på sjukhuset hade han haft svårt att prata och att tänka. Dessutom hade han haft stora svårigheter att gå och att utföra finmotoriska rörelser, som att äta. Högra sidan av kroppen var mer drabbad än den vänstra. På den här aktuella behandlingskonferensen (ett par, tre eller fyra veckor efter det akuta insjuknandet) förklarade överläkaren att Arvid fortfarande hade svårt att orientera sig. Vid tillfället framstod det som ytterst bekymmersamt och oklart huruvida Arvid skulle kunna återhämta sig fysiskt och

psykiskt, naturligtvis också hur och om Arvid skulle kunna flytta tillbaka till sitt hem och om han någonsin skulle kunna återgå i arbete. Åke tänkte för sig själv att det handlade om en personlig katastrof, för en man som tycktes ha varit yrkesverksam större delen av sitt liv.

Som sagt, Åke hade vid den tidpunkten inte träffat så många människor som haft stroke och definitivt inte i ett så tidigt skede efter insjuknandet. Även om han blivit intresserad av uppdraget kände han sig minst sagt nervös och spänd inför första mötet. Allt märkligt som sagts om Arvid hade gjort situationen mer osäker än den annars skulle behöva vara. Dessutom befann sig hans yrkeshandledare på semester. Den inledande kontakten blev också en omtumlande erfarenhet för Åke. Dels hade Arvid haft stora svårigheter att hitta till Åkes rum, trots att en vårdpersonal följt honom nästan ända fram. Dels hade Arvid verkligen stora svårigheter att gå och att koordinera sina rörelser. Arvid var också mycket ansträngd när han kom in i rummet. När han väl kommit tillrätta i stolen uppstod nästa hinder, i den helt nya kontakten. När Åke började prata gick det till en början inte att förstå huruvida Arvid överhuvudtaget förstod varför han kommit till Åke. Det gick inte heller att förstå vad Arvid förstod och kunde tänka om den information Åke gav om bakgrunden till deras kontakt (att överläkaren föreslagit att Arvid skulle komma till honom (en psykolog) för samtal om det som hänt och förändrats i samband med insjuknandet, och vilken hjälp Arvid behövde som Åke eventuellt skulle kunna bidra med).

När Åke pratade sökte Arvid intensivt efter ögonkontakt. Blicken var stirrig och orolig, ena ansiktshalvan var stel och mimiklös. Munnen hängde snett och Arvid dräggglade i ena mungipan när han öppnade munnen för att andas eller för att prata. Den för bägge ovana och osäkra situationen fick Åke att känna sig ytterst obehaglig till mods, som om vad som helst skulle kunna hända. Rent konkret fick Åke tankar om att Arvid skulle kunna ramla och slå sig, eller att han kanske inte skulle kunna ta sig tillbaka till avdelningen efter samtalstidens slut. Detta stressade Åke, för han hade bokat in ett annat möte direkt efter den tid han avsatt för mötet med Åke. För att lugna sig lite konstaterade Åke att Arvid ändå var ordentligt undersökt och att han stod under närmast ständig medicinsk observation.

Även för Åke framstod Arvid som en konstig person, minst sagt och på alla möjliga sätt. Skulle han kunna förlora kontrollen helt och bli tokig? Vad skulle Åke göra då? Men det hände inget sådant, utan när Arvid funnit sig tillrätta i rummet och i stolen började han prata och berätta om sitt liv. Till en början var det dock obegripligt för Åke att förstå vad Arvid sade och vad han menade. Berättelsen stockade sig fram, i massivt förtätade sjok av budskap. Åke lade dock märke till att Arvid ansträngde å det yttersta för att försöka framstå som en så normal och vanlig person som möjligt. Arvid försökte till och med upprätthålla en bekymmerslöst skämtsam attityd till sin fumlighet, som för att bagatellisera hur det var fatt med honom. Det verkade till och med som om Arvid själv trodde att han drabbats av någon sorts tillfällig åkomma som snart skulle gå över, likt en förkylning. Längre in i samtalet kunde Åke urskilja glimtar av helt klara minnesbilder: från en vind, antingen i mannens hus eller om det var i en väns hus; från en händelse med en spik på huvudet, eller om det stack till inifrån huvudet? Arvid tycks också legat på golvet och försökt krypa mot en telefon i hallen.

Åke anade att Arvid berättade om insjuknandet, kanske hade han fått en stickande smärta i huvudet i samband med stroken, att han ramlat ner på golvet. Så hade han kravlat sig fram mot telefonen i hallen för att ringa efter hjälp? När Åke försökt ställa följdfrågor för att förtydliga bilden, då kunde Arvid varken svara eller minnas, inte ens vad han berättat.



Detta kändes särskilt märkligt och svårt för Åke, som om deras kontakt plötsligt bröts. För att återknyta till den kontakt som trots allt kommit till stånd under deras första samtal, frågade Åke om hajen, att han hört att Arvid sagt till andra att han blivit biten av en haj. Då log Arvid överraskande. Med en förhållandevis klar och tydlig röst sa han att det stack till i skallen, att det sedan sprutade blod och blev kallt. Det fanns inte tid att tala mer om detta denna gång, men Arvid ville gärna komma tillbaka och en ny tid avtalades redan nästa dag.

När Åke sammanfattade samtalet för sig själv tänkte han att det varit ett ansträngande möte, intensivt och rörigt men att de fått kontakt och att han fått ta del av en samling tydliga intryck och budskap. Trots sitt svårt utsatta tillstånd verkade Arvid vara en person som var mån om sin integritet och som verkligen inte kände sig bekväm med att exponera sig själv på det sätt han tvingats till inom vården. Inte heller var Arvid van vid att prata öppet om sig själv med okända människor, speciellt inte med en psykolog. Samtidigt förmedlade Arvid att han fortfarande var rädd och att han var mån om största möjliga omedelbara hjälp och skydd. Det stod fullkomligt klart att Arvid varit med om något hemskt och skrämmande, både somatiskt och upplevelsemässigt. Dessutom stod det fullkomligt klart att Arvid levde och att han på ett intensivt och smått märkligt sätt varit mån om att få Åke att förstå att han absolut ville fortsätta med det.

Efter första samtalet hade Åkes intresse för psykoanalytiska perspektiv på de frågor och tankar som väckts förstärkts. Åke tänkte att det som upplevts som så konstigt och ibland skrämmande kring Arvid under hans hittills korta vistelse på vårdavdelningen, kanske beskrev något motsvarande svårt som Arvid kämpade med inom sig själv för att få kontroll över sitt liv, som upplevelsemässigt skulle kunna jämföras med den meningsbärande betydelsen att nästan ha blivit dödad av en haj? Ofrånkomligt rörde sig alltsammans som Arvid varit med om i samband med insjuknandet kring de nu aktuella svårigheter han hade att anpassa sig till de förändringar som drabbat honom, både fysiskt och psykiskt. Efter första samtalet drog Åke slutsatsen att det var av synnerlig vikt att Arvid fick möjligheter att fortsätta prata om sina upplevelser och minnen. Åke utgick från att det ur ett psykologiskt perspektiv sannolikt måste vara jämförbart med vilken annan svårare traumatisk förändring i livet som helst att drabbas av en stroke, att Arvid ur det perspektivet (teoretiskt) befann sig i en tidig reaktiv fas av en psykologisk krisutveckling.

Efter ett antal ytterligare samtal under den första månaden började Åke lägga ett slags semantiskt pussel av de fragmenterade berättelser som Arvid återkommit till. Successivt framkom en mer nyanserad bild av Arvids insjuknandehistoria, som framför allt klargjorde hur skräckslagen Arvid blivit i samband med det akuta insjuknandet. Det hade också framkommit andra saker som berörde Arvids egna föreställningar och frågor om vad som egentligen hänt. Samma dag, eller om det var en association till en händelse några dagar eller till och med veckor (eller månader?) tidigare, hade Arvid hjälpt en vän att isolera en vind. Arvid hade krupit runt i trånga, mörka skrymslen på vännens vind och där råkat stöta i en spik med huvudet. Spiken hade skrapat ett hål i huden på skallen, att det hade börjat blöda, ymnigt. Det hade blivit mycket obehagligt i det trånga och mörka utrymmet på vinden, särskilt när det inte gått att ta sig ut därifrån tillräckligt snabbt.

Åke uppfattade att Arvid med denna berättelse även frågade sig själv om denna sårskada orsakat hans senare insjuknande i stroke. Samma kväll, eller om det som sagt möjligen var en annan kväll, hade Arvid suttit ensam hemma framför TV: n i vardagsrummet. Plötsligt

hade han drabbats av huvudvärk. När huvudvärken tilltog hade han känt obehag. Han hade tänkt på händelsen på vinden, på smärtan av spiken som stack till, på blodet från såret, och att det varit obehagligt trångt och att det inte gått att ta sig ut snabbt. Plötsligt hade Arvid känt sig illamående och rest sig upp från stolen, men fallit direkt till golvet och börjat krypa, närmast reflexmässigt. Någonstans mellan hallen och vardagsrummet hade Arvid känt ett tilltagande obehag och en fruktansvärd smärta. Skräckslagen och med sina yttersta krafter hade han nått telefonen och lyckats ringa någon, vem minns han inte. Därefter måste han förlorat medvetandet, tills han vaknade upp på sjukhuset, i en säng med huvudet fastspänt, i en ny skrämmande situation.

Under samtalen återkom Arvid ofta till händelsen i sängen ("med huvudet fastspänt"), samtidigt som han osorterat beskrev olika konstiga, obehagliga minnen av upplevelser i kroppen, speciellt den stickande smärtan i huvudet. För Åke blev allt detta märkligt svårt och påfrestande att tänka om, och rörigt. Mellan samtalen började han därför lägga Arvids berättelse tillrätta, i en så rimlig tidsmässigt linjär följd som möjligt, för att den vägen försöka förstå vad Arvid egentligen ville berätta. Det var som om Arvids obehag kom fram överallt, både inifrån kroppen och utifrån. Det verkade till och med som om Arvid blev skrämmd över att berätta om sina minnen och tankar: från människor, lampor, lukter och ljud; ett ljud som från en borrh; kopplat till upplevelser och tankar om att det borrhade i huvudet; och sedan ytterst märkliga upplevelser inifrån kroppen, av kyla, värme och en närmast total spänningsreducerande lättnad och befrielse från smärta; sedan att det sprutade blod och blev kallt.

Från allt detta drog Åke förundrat slutsatsen att det var som om Arvid talade om den akuta operationen på den neurokirurgiska avdelningen. Det föreföll närmast absurt osannolikt?! Om berättelsen var sann så måste Arvid varit vaken under operationen, inte nedsövd. Skeptiskt övervägde Åke om Arvid möjligen försökte rekonstruera det som hänt, efter allt han hört andra berätta för honom om insjuknandet. Men det verkade inte heller rimligt. Dels hade han inte visat några som helst tecken på den formens kognitiva styrka, d.v.s. av förmåga till fantasi, tänkande och slutledning i den situation han befann sig. Dels hade han varit så detaljerad, beskrivit perceptioner och intryck på ett tydligt och förefallande självupplevt sätt. Åke ställde sig frågande, kunde mannens beskrivning av ljud, lukter och bilder, liksom av främmande rörelser och känslor inifrån kroppen, tillsammans med intryck från olika människor i en operationssal, verkligen härstamma från en verklig situation, under operationen av hans egen skalle, så tydligt att den till och med innehöll tydligast tänkbara minnen från tillfället när trycket förändrades i Arvids hjärna, i samband med att det skadade området tömdes på blod? Var det möjligt?

Under de närmast följande behandlingskonferenserna försökte Åke flera gånger föra sina frågor och tankar på tal, men utan respons. Det är möjligt att han var för försiktig när han tog till orda om Arvid, att han borde presenterat sina tankar och frågor på ett tydligare sätt. Men det verkade också som om det inte fanns plats för den sortens frågor och tankar som Åke ville diskutera i sammanhanget. Åke tänkte att det i och för sig var tidigt i augusti, vid en tidpunkt då behandlingskonferensen var något underbemannad. Flera medarbetare ur den ordinarie personalgruppen var på semester. Men det är inte säkert att det hade någon större betydelse i det här fallet. Kompetensen var hög, med erfaren personal förutom på psykologsidan. Enbart Åke var ny i sin roll. Alla andra hade arbetat länge inom verksamheten (en vikarierande överläkare, en underläkare, två sjuksköterskor, ett vårdbiträde, en arbetsterapeut, två

sjukgymnaster, en kurator och en psykolog). Men det var hög arbetsbelastning. Vid sidan om Arvid fanns det många andra patienter att prata om. Trots ett fullt rimligt tidsmässigt utrymme för behandlingskonferensen som sådan, kändes tiden allt för begränsad. Dels var det många runt konferensbordet, dels fanns det många frågor att diskutera för varje patient. Och när det blev tid att prata om Arvids situation och behov, fanns det flera centrala frågor i fokus: dels den rent medicinska uppföljningen av skadan på hjärnan (läkemedelsbehandling, remissvar av lab-prover och röntgenutlåtanden); dels vårdpersonalens observationer (rörande ämnesomsättning, sömn, vakenhetsgrad, uppmärksamhet, allmänna beteendemönster, anpassning till dagliga rutiner och allmän motivation); dels frågor angående förutsättningar och komplikationer under rehabiliteringen av rörelseförmågan (kroppsfunktioner, balans, gång, finmotorik och tal, samt allmänna och specifika ADL-funktioner). Ur ett psykosocialt perspektiv fokuserade dessa frågor och problemområden också på frågor om hur, om och när Arvid skulle kunna skrivas ut från inläggande vård för fortsatt rehabilitering via dagsjukvård, samt prognostiska frågor om huruvida det var möjligt för Arvid att flytta hem till den egna bostaden eller inte; om bostaden skulle behöva handikappanpassas, liksom frågor om det var meningsfullt eller inte att sikta på en rehabilitering tillbaka till det arbete och anställning som han lämnat så akut i samband med insjuknandet. Dessa frågor rörde även komplexa ekonomiska perspektiv, inte minst kring kostnader för inskrivningen på rehabiliteringsenheten och (när det skulle bli aktuellt) för dagsjukvården.

Åke upplevde att de frågor som han skulle vilja ta upp och diskutera inte fick plats i sammanhanget, trots att de kretsade kring centrala existentiella perspektiv, och trots att det skulle kunna utvecklas ett annat smidigare förhållningssätt till Arvid om det fanns en annan förståelse för de psykologiska svårigheter som Arvid också kämpade med för att orka vidare med sin kropp och sitt liv. Dessutom undrade ju Åke om det verkligen kunde vara möjligt att Arvid varit vaken under de neurokirurgiska ingreppen, och hur det i så fall påverkat hans föreställningar om vad han varit med om, liksom på hans förutsättningar att tillgodogöra sig alla de aktiviteter och träning som pågick i hans rehabilitering?

## *Del II*

På behandlingskonferensen vände sig sjukgymnasten och arbetsterapeuten mot psykologen Åke för att få förklaringar och råd angående träningen av Arvid. Som om de pratat ihop sig var de samstämmigt kritiska till att förväntade framgångar i träningen uteblev. Trots att det gått några veckor sedan inskrivningen hade Arvid fortfarande märkligt svårt att anpassa sig till ordinarie pedagogiska program, både på sjukgymnastiken och på arbetsterapin. Arvid betedde sig fortfarande konstigt, han var allt för udda och svår att motivera och att förstå sig på. Framför allt störde man sig på att Arvid ofta betedde sig som om han redan kunde allt som personalen försökte lära ut eller aktivera honom med. För Arvid var det ”inga problem”. Ändå drog han sig undan och ville helst sitta och prata med sina medpatienter än att engagera sig i nödvändig träning. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten sa att det sedan länge fanns en tvekan om Arvid överhuvudtaget kunde tillgodogöra sig träningen på denna rehabiliteringsenhet? Prognostisk fanns det även en stor tvekan hur långt Arvid skulle kunna återanpassa sig till tidigare levnadsförhållanden, och då skulle han behöva en mycket lång eftervård, längre än den som kunde erbjudas på Solberga. Han behövde kanske något annat? Vad hade Arvid egentligen för resurser och kapacitet? Var det verkligen inte något psykiskt också?

I dessa frågor vände man sig återigen till Åke för att få svar. Situationen i den tystnad som uppstod kändes pressad. Plötsligt var alla intresserade av vad Åke skulle svara och berätta om denna märkliga patient, som väckt så mycket känslor och tankar. Vad skulle han svara? Åke kände sig allt för oerfaren av neuropsykologisk observation för att kunna utveckla några bra svar på hur just Arvids skador i det centrala nervsystemet hade inverkat på hans allmänna funktionsnivå och vilka förutsättningar för bättring och återanpassning som fanns. Åke kände sig också obekvämt osäker på vilka ytterligare psykologiska test som skulle kunna utföras, för att bedöma Arvids intellektuella, emotionella, motoriska och spatiala funktionsförmågor m.m., för att komma till ytterligare klarhet i hur träningen skulle kunna anpassas och påskyndas. Frågorna stressade Åke, som måste svara att han inte visste men att han skulle göra sitt bästa för att hjälpa till med detta. Samtidigt som Åke kände sig pressad över sin egen bristande kompetens i sammanhanget, tänkte han att den kontakt som han just nu hade fått till stånd med Arvid handlade om helt andra saker. Åke tog därför upp att han uppfattade att Arvid fortfarande befann sig i en slags chock och kris efter insjuknandet, bland annat mot bakgrund av att Arvid berättat om en massa märkliga intryck och upplevelser från operationen. Åke försökte förklara att arbetet med att försöka hjälpa Arvid att komma tillrätta med den sortens förvirring och oro i tankar och känsloliv, det var inte heller lätt och det tog tid. Åke sa också att han upplevde Arvid som rädd och otrygg på avdelningen, och att det inte var lätt att få en sådan patients förtroende. Ur det perspektivet kanske det inte heller var så konstigt att det uppstått svårigheter för Arvid att engagera sig i den träning som sjukgymnasten och arbetsterapeuten erbjöd, dessutom om han fortfarande inte förstod varför han skulle behöva den? På behandlingskonferensen uppstod en irriterande brist på förståelse och intresse för sådana tankar och frågor. Dessutom verkade framför allt arbetsterapeuten, kanske också en av sjukgymnasterna, känna sig kritiserade av Åke. Detta läste diskussionen.

### *Del III*

Efter den senaste behandlingskonferensen fortsatte Åke grubbla över den stress och rädsla Arvid förmedlat kring allt han varit med om före, under och efter insjuknandet, samt över alla synnerligen märkliga berättelser från operationssalen. Efter ytterligare ett samtal med Arvid bestämde sig Åke därför för att försöka få klarhet i de specifika frågor som uppstått om operationen, genom att kontakta den neurokirurg som ibland konsulterade på rehabiliteringsavdelningen. De hade ätit lunch tillsammans några gånger och neurokirurgen hade gjort ett trevligt intryck, även visat intresse för psykologiska frågor. Under deras samtal bekräftade neurokirurgen, till Åkes häpnad, att Arvids minnen och upplevelser från operationen var fullt rimliga och realistiska. Sannolikt hade Arvid inte varit fullt nedsövd under operationen.

Mot bakgrund av det ointresse Åke mött på behandlingskonferensen bestämde han sig för att vänta med att ta upp denna nya information till diskussion. Däremot pratade han med Arvid, redan nästa samtal, om vad neurokirurgen sagt, så konkret som möjligt, att Arvid tycktes minnas ovanligt mycket från allt han varit med om i operationssalen och om vad som hänt i hans kropp. Denna klargörande öppenhet fick snabbt effekt. Under de följande samtalen märktes tydligt att Arvid plötsligt fått det lättare att tänka och att reflektera över allt han varit med om efter insjuknandet och framåt. Han var också mindre orolig.

Som om han redan berättat det tidigare, började han prata om en annan erfarenhet från akutsjukhuset, som Åke aldrig hört talas om tidigare. Arvid berättade om ett nytt uppvaknande, nerbäddad i en säng med lakan, med en känsla av att vara "helt klubbad" till orörlighet, d.v.s. utan att kunna prata eller röra sig, bara se och höra. Medan Arvid berättade tänkte Åke att minnet måste vara från den vårdavdelning dit han fördes efter operationen. Då hade Arvid vaknat av att någon talade till honom ("högt") och berättat att han skulle få flytta till Solsätra sjukhus, för neurologisk rehabilitering. På sättet att berätta förstod Åke att Arvid inte förstött innebörden av orden "neurologisk rehabilitering", men att orden "Solsätra sjukhus" drabbat honom desto mer. "Solsätra sjukhus" hade han känt igen och förstött som en plats dit han skulle förflyttas. Utan att kunna förstå varför uppfattade Åke att denna information var förknippat med en närmast panikartad oro. Under samtalet blandades då och nu samman, som om Arvid fortfarande var orolig över denna flytt, om än inte lika panikartat?

Efter ytterligare frågor och klargöranden, förstod Åke att "Solsätra sjukhus" hade en högst personlig innebörd för Arvid. Som barn hade Arvid bott i närheten av Solsätra sjukhus och fått lära sig att det var en plats dit man förde dem som snart skulle dö. När han vaknade upp efter operationen, nedbäddad i en säng på neurologavdelningen på akutsjukhuset, och när en sjukvårdspersonal talade till honom och berättade om den aktuella vårdplaneringen, hade alltså även minnen och föreställningar från barndomen drabbat Arvid direkt, starkt och brutalt. Budskapet att han skulle flyttas till Solsätra sjukhus hade förknippats med barndomens bilder av utanförskap och död. Nu skulle han flyttas till Solsätra för att dö. Arvid kunde varken röra sig eller prata, men han kunde tänka.

Successivt gick det upp för Åke att Arvid fortfarande kämpade med föreställningen att han flyttats till Solsätra för att dö?! Åke tänkte att det kunde förklara en hel del av Åkes märkliga beteende och misstänksamhet i nya möten och behandlingskontakter på Solsätra, med läkare, vårdpersonal, sjukgymnast, arbetsterapeut, psykolog och andra, hur vänliga, tillmötesgående och hjälpsamma alla än försökt vara mot honom. Åke drog slutsatsen att budskapet "jag har blivit biten av en haj" utmärkt väl beskrev en förtäta version av allt det som hänt Arvid som nästan tagit död på honom. Sedan hade alltså Arvid blivit förflyttad till ett ställe dit man förde de döende. Ur detta perspektiv gick det lättare att förstå varför Arvid varit så mån om att göra medpatienter och personal uppmärksamma på att han var levande, att han definitivt inte var döende, även om han varit det tills helt nyligen. Under några fortsatta samtal kunde likheter och skillnader mellan barndomens bild av den hospisliknande åldringsvården och syftet med det aktuella omhändertagandet på den (i hög grad) moderna avdelningen för neurologisk rehabilitering klargöras ingående – samma geografiska plats men helt olika tid och syfte.

Åke märkte tydligt att Arvid blev lättad av denna hjälp till bearbetande klarhet och reflektion. Ansiktet blev mer avslappnat och fick färg, vilket spred sig till hela hans kropp och personlighet, i form av en mer avslappnad attityd. Förändringen kom plötsligt. Under de fortsatta samtalen hos Åke vågade Arvid dessutom börja tänka om minnesintryck, vilket ledde till att hans minnesbilder klarnade ytterligare och han började reflektera över detaljer (från insjuknandet i lägenheten, från operationssalen och från uppvaknandet), och som på ett helt annat sätt än tidigare varvades med minnen och erfarenheter från Arvids tidigare liv. Samtalen blev på så sätt mer ingående och utforskande, fyllda av känslomässiga intryck och önskemål inför framtiden. Arvid kunde även tänka mer realistiskt om sin kropp, om det som hänt och

förändrats och om de höga förväntningar han hade på träningen, på att bli fullt återställd. Åke anade att Arvids förväntningar (vida) översteg vad som skulle kunna vara rimligt. Men i den stunden fungerade i alla fall hans egna föreställningar och förväntningar om vad som var möjligt som en nödvändig räddningsfantasi, som en nödvändig förberedelse för att kunna förhålla sig mer konstruktivt till livet, och till sina möjligheter och begränsningar.

Åke lade märke till att denna påtagliga förändring även märktes utanför samtalen, i andra kontakter och aktiviteter på avdelningen. På behandlingskonferensen kommenterade också avdelningspersonalen att Arvid blivit mer social och öppen, och att han hade slutat att skrämna medpatienter med sitt beteende. Sjukgymnasten och arbetsterapeuten rapporterade att träningen antligen börjat ge resultat, i form av en förbättrad motivation, rörlighet och funktionsförmåga. Arbetsterapeuten beklagade dock att Arvid fortfarande kunde vara helt orealistisk i bedömningen av sin egen förmåga och i sin framtidsplanering, framför allt i frågan om att återgå till tidigare arbetsuppgifter på sitt arbete. Här vände sig arbetsterapeuten återigen till Åke och undrade om inte han kunde hjälpa Arvid att förstå sina förutsättningar bättre, så att de skulle kunna börja formulera mer realistiska mål för träningen i arbetsterapin.

Åke grubblade över hur han skulle kunna få till stånd en mindre laddad och mer öppen diskussion om Arvids psykologiska kris. Ur Åkes perspektiv var det de meningssökande samtalen hos honom som bidragit till att Arvid nu kunde förstå och förhålla sig till sin egen förändrade kropp och livssituation bättre. Åkes bedömning var att samtalen haft en klart gynnsam inverkan på rehabiliteringsprocessen som helhet. Nu gick det i alla fall att prata med Arvid om vem han var, om vad som hänt och förändrats, samt om hans föreställningar om framtiden. Trots att det skett en dramatisk förändring under de månader som gått, jämfört med hur situationen var från början, hade Arvid fortfarande mycket svårt att förstå den fulla konsekvensen av det som hänt och förändrats i samband med insjuknandet, och att orientera sig i tillvaron. Även om läkare och andra pratat med honom vid upprepade tillfällen, och försökt förklara vad som hänt i hans hjärna och centrala nervsystem, fordrade den psykologiska krisbearbetningen mer tid, och en fart som svårligen skulle kunna forceras. Första tiden efter insjuknandet hade Arvid kämpat mot en panikartad stress. Han reagerade fortfarande starkt med oro när han kände sig pressad, missförstådd eller motarbetad. Föreställningar och drömmar om att bli helt återställd fungerade fortfarande som ett nödvändigt skydd mot rädslan att dö. Detta gjorde situationen särskilt laddad och svår i kontakten med rehabiliteringspersonalen, särskilt när Arvid märkte att de inte visade samma intresse för de framtida mål och ambitioner som han själv hade. Ur ett psykologiskt perspektiv skulle Arvid behöva mer tid för att kunna förstå och sörja allt det som inte gick att reparera eller att få tillbaka, av kroppsliga funktioner och tidigare kapacitet i arbete och föreningsliv. Hur skulle vård- och rehabiliteringspersonalen kunna uppnå samma förståelse och intresse för allt detta, så att de också skulle kunna möta Arvid på den nivån där det gick att kommunicera med honom, om de psykologiska och somatiska förändringar som ändå påbörjats och som så märkbart genererade kraft i Arvids personlighet och attityd till livet?

## På en medicinavdelning på ett mindre svenskt sjukhus

*Författare: Anders Höög*

*Läkarprogrammet*

*Anders.Hoog@karolinska.se*

Efter läkarexamen hade underläkare Karl Rålandsson vikarierat på olika internmedicinska avdelningar. Han hade blivit, om inte van så i varje fall kunnigare och säkrare i sin underläkarroll. Det som han dock inte blivit rutinerad på var när hans patienter försämrades och om de trots adekvata åtgärder trots allt avled. Då kom även frågan om dödsorsak upp och det var knepiga frågor som han egentligen helst ville undvika.

På förmiddagen hade man fått ett önskemål från ett vårdhem om inläggning av en äldre kvinna, Louise Mellström, som gradvis blivit sämre med andningsbesvär och feber. Karl hade själv haft inskrivningssamtal, tagit status och på rondan redan samma förmiddag gått igenom den planerade behandlingen. Helt klar var inte orsaken till kvinnans besvär men det mest framträdande var andningsbesvären. Det fanns ett visst inslag av ångest och hon ville gärna röra sig fritt på sitt rum. Den feber som patienten hade var endast måttlig och sänktes lätt med paracetamol. Här var frågan om det förelåg hjärtsvikt med belastning på cirkulation/respiration eller om kvinnan hade en pneumoni. Då någon röntgen ej fanns tillgänglig denna dag beslutades att behandla en eventuell hjärtsvikt med diuretika och samtidigt ge kåvepenin per oralt.

Tiden fram till och över lunch förflöt relativt lugnt men strax efter kl. 14.00 försämrades kvinnans tillstånd och när Karl kom till avdelningen och rummet satt Louise Mellström framåtlutad med armarna mot bordet och andades ansträngt. Med viss möda och ganska mycket hjälp tog hon sig tillbaka till sängen och sjönk ihop. Maken ringdes in och fru Mellström fick syrgas, mer vätskedrivande och morfindoser för att minska ångesten. Trots detta gick tillståndet inte att häva och hon avled innan de anhöriga hunnit komma till sjukhuset.

Frågorna från de anhöriga var många och Karl kände sig både trängd och ifrågasatt. Han valde helt enkelt att skylla på akuta åtgärder på andra avdelningar och lovade att han skulle ringa dagen efter.

På eftermiddagens avrapportering diskuterade han möjlig dödsorsak med sin överläkare vilken bestämt ansåg att här kunde man inte från vårdförloppet avgöra vad kvinnan avlidit av. En obduktion var nödvändig för att avgöra dödsorsak och angelägen med tanke på att kvinnan endast vårdats på avdelningen sex timmar innan hon avlidit.

Först tänkte han att han skulle skjuta på allting men kom ihåg sin kurskamrat som alltid påpekat att Karl var en förhållare – en som gärna sköt arbetsuppgifter framför sig för att undvika att ta tag i dem. Nu skulle det ske med en gång och han beslöt sig för att ringa maken och framföra sin och överläkarens önskemål om obduktion.

Det visade sig dock att maken och barnen var negativt inställda till obduktion och inte förstod varför en sådan skulle vara nödvändig. Han fick retirera i samtalen. Han erinrade sig då en kursare som arbetat på barnklinik som tipsat om hur man ibland, när man inte var överens med anhöriga, kunde lösa situationen genom att göra partiell obduktion. Han framkastade förslaget att obduktionen endast skulle gälla thorax-organen, d.v.s. hjärta, lungor och dess kärl, då det ju var dessa två organsystem man behandlat utan att vara helt säker på vilket som orsakade besvären hon sökt för. Efter att maken konfererat med sina barn accepterade han detta och remiss för partiell klinisk obduktion skrevs.

Det var inte utan att han kände sig nöjd med att ha löst problemen raskt och problemfritt. Det lilla av dagen som var kvar förflöt snabbt iväg.

En vecka senare fick han resultatet av obduktionen. Kranskärlen var i gott skick utan några som helst förträngningar eller fynd av tromber. Hjärtat var normalstort och saknade tecken till akut eller kronisk belastning såsom förmaksdilatation eller vänstersidig hjärthypertrofi. Även aorta och de större kärlen var för åldern i gott skick med anmärkningsvärt lite atheroscleros. Lungemboli var utesluten och denna diagnos hade alldeles särskilt beaktats vid obduktionen.

Vid genomläsningen blev Karl illa till mods och satte sitt hopp till lungorna. Dessa saknade dock helt tecken till akut cirkulationssvikt i form av lungödem och mikroskopisk undersökning från multipla områden uteslöt pneumoni.

Nu hade han själv skapat sig problem. Att skriva stroke som dödsorsak var ju inte aktuellt vare sig före eller efter obduktionen. Det fanns ju inte några som helst tecken till neurologiska besvär under vårdförloppet. Även om fru Mellström hade varit trött och ansträngd på salen så hade hon inga pareser och inte heller några besvär med talet eller att uppfatta vad man bad henne om.

Vad fanns det egentligen kvar i form av plötsliga dödsorsaker? Karl blåddrade i akutboken som han alltid hade i fickan. "Mors subita" innehöll ett flertal förslag det ena syntes än mer osannolikt än det andra. Aortaruptur utan atheroscleros och som ej syntes i thorax – knappast. Hjärttamponad kunde ju inträffa en vecka efter akut hjärtinfarkt men här hade vi ju svart på vitt att det inte var några problem med hjärtat och dess omgivning. Waterhouse-Friedrichs syndrom – bilateral binjureinfarkt efter meningitsepsis var lika osannolikt som stroke.

Karl mindes författningssamlingens text: "Dödsorsaken skall fastställas av en läkare och orsaken skall vara välgrundad". Karl tyckte det var lite imponerande att det var skrivet "skall". I nästan alla lagrum och författningar flöt det runt en massa "bör", "rekommenderas", "om möjligt", "om annan åtgärd ej är möjlig" och alla sådana skrivningar bredde ut sig till ett gungfly och inbjöd till att ta enklaste vägen ut.

I denna stund hade Karl ingen som helst förståelse för tvingande skrivningar. Vad skulle meddelas de anhöriga – att inget kommit ut av den obduktion de övertalats att acceptera? Ja, egentligen var dödsorsaken nu oklarare än någonsin. Att från början skriva hjärtinfarkt eller pneumoni som dödsorsak hade väl egentligen inte varit fel, eller inte helt fel, ja åtminstone acceptabelt eller förståeligt. Alla andra dödsorsaker föreföll för Karl sökta och definitivt inte välgrundade, nej snarast spekulativa eller till och med oseriösa.



Karl försökte finna någon utväg, kanske problemet berodde på den egna begränsade kliniska erfarenheten och han bestämde sig för att på eftermiddagens avrapportering fråga de andra läkarna om råd. Han presenterade fallet inför sina kollegor men omedelbart kom en skarp fråga från Karls överläkare:

–Vem hittade på det här med partiell obduktion? Karl blev tvungen att berätta om de anhörigas negativa inställning och att han sett partiell obduktion som en utväg ur detta dilemma. Han kände sig verkligen obehaglig till mods och hörde överläkaren säga:  
–Karl, lämna nu de där papperen till mig så tar jag över nu. Då Karl inte reagerade kom det en ny uppmaning:

–Karl, jag sade att jag tar över NU.

Karl lämnade över papperen och kom därefter aldrig mer att vara inblandad i orsakerna till fru Louise Mellströms död.

## Övre gastrointestinal blödning

*Författare: Mats Lindblad*

*Läkarprogrammet*

*Mats.Lindblad@karolinska.se*

En gäll signal skar i öronen och med ett ryck satte sig Eva upp i sängen. Med ens klarvaken, trevade hon i mörkret och tryckte av signalen på akutsökarens röda knapp. Hon hade snurrat ett bra tag i sängen, tänkt på den där stökige alkisen som hon sytt ihop, men måste uppenbarligen somnat en stund. Klockan var halv tre. Jourrummet sken upp av ett kallt blåvitt ljus från lysrören i taket. Med kisande ögon blinkade Eva först några gånger innan hon såg knapparna på telefonen. Skulle hon verkligen vänja sig vid dessa journätter? Det var en märklig känsla att vakna med puls på 180 dånande i bröstet. AT:en var inne på sin fjärde vecka, och nu på tredje nattjouren märktes i alla fall ingen skillnad. "Skulle pulsen höras i telefonen?" hann Eva tänka innan hon lyfte luren.

–Gomorrön, två bukar och en hematemes att titta på häruppe, svarade akutens luttrade och lite buttra nattsyster Leif syrligt.

–Okej, jag kommer, svarade Eva och insåg hur nattens chans till sömn försvann.

Jourrummen på länssjukhuset i Jönköping låg i kulverten under ambulansintaget så det tog inte lång tid att vaska lite kallt vatten i ansiktet, klä sig och komma upp på akutmottagningen. Den tomma akutkorridoren lyste lika blåvitt kallt som jourrummet och ledde fram till expeditionen där ett par undersköterskor, syster Leif och två ambulansskillar uppehöll sig. Eva gick fram till kirurgdisken. I liggaren fanns tre namn listade följt av varsin preliminär diagnos: "App?", "Njursten", och sist "Hematemes".

–Njurstenen på femman har jätteont, gå du in dit först. Sedan har app:en väntat ganska länge. Jerry på medicin ville också att du skulle lägga handen på en buk innan vi skickar hem henne, sade Leif högt tvärs över rummet, då han sett Evas tvekan. Hur skulle hon prioritera? Några frågor eller åtgärder kunde kanske underlätta.

Eva slog upp dörren och fann patienten ensam i det kala rummet. Kvinnan låg där alldeles stilla på britsen med den gula landstingsfilten tätt virad kring sin magra kropp. En halvfull kaffekopp stod bredvid på den kromade snurrpallen. Håret var grått och hängde stripigt ned över ansiktet. Uppskattningsvis 70-75-år, blek och tittade inte upp när Eva kom in. Dessutom hade kvinnan en del svartfärgad, delvis intorkad vätska kring munnen och på filten.

Innan Eva gick in till henne hade hon ögnat igenom ambulanspersonalens rapport: "Ulla skrevs ut från kirurgkliniken relativt nyligen. Vårdats p.g.a. någon levertumör. Personal på servicehuset fann henne liggande på golvet i hemmet. Patienten hade kräkts mörkfärgat, men var vaken." Eva kände direkt att något inte stod rätt till, men hur skulle hon gå tillväga för att snabbt få grepp om situationen?

Patienten var väldigt trött och orkade endast svara fåordigt om ens alls på Evas angelägna frågor. I status noterade Eva ett blodtryck på 70/50 mmHg. Det kändes angeläget med några viktiga ordinationer i det här läget och hon hastade ut till expeditionen. Under tiden att ordinationerna utfördes kompletterade Eva status. Kontroll av blodtrycket visade att det efter en kvart stigit till 85/60, pulsen 130/min. Ett kapillärt Hb var 122 g/l. Patienten var fortfarande trött och tagen, tittade upp men orkade inte svara på fler frågor.

Precis då Eva utförde PR palpation (rikligt med färskt blod på handsken) kräktes patienten rejäla mängder kaffesumpsfärgad vätska, hostade till, tappade andan och blev sedan helt livlös och okontaktbar.

Glad över den akutmedicinska uppfräschning som introduktionsveckan inneburit vidtog Eva några viktiga mått och steg omedelbart för att förbättra patientens akuta tillstånd och ordinerade också en rad ytterligare åtgärder till syster Leif, som utbrast i:

–Nä, nu får du ge dig! Ska man verkligen hålla på så här med gamla människor med spridd cancer? Ska man aldrig få dö nu för tiden?

## Den screenade patienten

*Författare: Magnus Hellström*

*Läkarprogrammet*

*Magnus.Hellstrom@karolinska.se*

Doktor Svensson var urolog och hade flera års erfarenhet av behandling av lokaliserad prostatacancer. Han hade skrivit sin avhandling om prostatacancer och därmed kommit att bli sedd och såg sig möjligen också som lite av specialist på lokaliserad prostatacancer. Patienten var gift, före detta politiker. Han kom till urologmottagningen på remiss från husläkaren med diagnosen prostatacancer. Ett förhöjt blodprov, prostataspecifikt antigen PSA, hade föranlett en finnålsaspirationscytologi (FNAC). Doktor Svensson kunde ur journalen läsa att patienten 6-7 år tidigare hade genomgått en ”hyvling” av sin prostata, TURP, på grund av vattenkastningsbesvär. Resektionsmaterialet var godartat enligt mikroskopiuatlåtandet (PAD). Den sexuella funktionen hade varit bra och paret hade två söner. Han hade aldrig rökt. Förutom appendektomi med åtföljande venös trombos och ev. lungemboli hade han tidigare varit frisk. Modern hade avlidit 70 år gammal i hud-levercancer och hans morfar dog vid 60 års ålder i ventrikelcancer. Denna patient hade således utvecklat cancer trots tidigare benign PAD vid TURP.

För doktor Svensson var detta ett rutinfall i den ändlösa raden av patienter i likartad situation. Det stora universitetssjukhuset hade omvandlats till en sjukvårdsfabrik. De flesta som kom rekommenderades operation vilket ju efter amerikansk förebild blivit det vanligaste behandlingssättet. Patienterna accepterade i allmänhet detta. Doktor Svensson reflekterade inledningsvis inte speciellt mycket över handläggningen där han satt i sitt ganska trista rum i vilket det knappt kom in något dagsljus och där man inte kunde avgöra väderleken utanför eller ens säkert kunde avgöra om det var dag eller natt. Det som stoppade honom från att föreslå en operation direkt var att den inledande provtagningen av prostatan hade gjorts med FNAC vilken ger möjlighet till en cytologiskt diagnos, d.v.s. en analys baserad på cellkärnornas utseende. Det hade vid den här tiden blivit allmänt accepterat att man borde ha mellannålsbiopsier vilka ger sammanhängande vävnadsstycken för en histologisk bedömning. Doktor Svensson föreslog att man skulle ta sådana prover. Provtagningen genomfördes under samma läkarbesök. Med hjälp av en ultraljuds sond i ändtarmen togs åtta stycken 2-3 cm långa vävnadsprover från prostata. I utlåtandet från patologen som kom efter tre veckor stod att tumören var av typ Gleason score 2+3=5 (Tab 1). Man kunde se tumörceller i två av de åtta biopsierna. Cellbilden var högt differentierad och tumören mer beskedlig än vad man kanske väntat sig. Vid återbesöket fick patienten information om resultatet. Doktor Svensson förstod att denne patient gärna lite mer ingående ville diskutera olika alternativ och inte var benägen att underkasta sig operation direkt. Denne patient agerade ju faktiskt helt enligt den nya sjukvårdslagens intentioner d.v.s. att patienten själv bestämmer över sin behandling efter att ha fått så mycket information som möjligt. Doktor Svensson tyckte att det var lite intressant att en person som varit politisk aktiv också ville hålla sig till de rekommendationer som fattats på politisk nivå, d.v.s. att doktorn och patienten i samråd kommer fram till den bästa behandlingen. Ofta var det ju annars fortfarande så att de flesta patienter egentligen ville att doktorn skulle fatta beslutet om behandling. Patienten var påläst och kände till alternativen till operation vilka var strålbehandling och som det vid den tidpunkten kallades, watchful waiting (numera aktiv monitorering/surveillance). Eftersom

tumören var av ganska beskedligt slag enades man om det senare alternativet. Patienten begärde att man skulle upprepa provtagningen efter några månader. Doktor Svensson tyckte inte att detta var olämpligt. Den nya provtagningsomgången efter 2 månader visade snarast en ännu mer beskedlig cellbild (Tab 1).

**Tabell 1**

Datum	mikroskopi	Gleason score	tumörförekomst	PSA-nivå
99-05-27	1:a biopsring	2+3=5	2/8 biopsier	5,5
99-08-12	2:a biopsring	2+2=4	3/8 biopsier	
99-12-20	3:e biopsring	Ingen vävnad		8,5
00-06-07	4:e biopsring	3+3=6	4/10 biopsier	6,3
00-12-07	5:e biopsring	3+3=6	4/8 biopsier	6,6
01-06-07				7,7
02-02-28				9,6
02-11-01				9,2
03-05-20				11
03-07-14	operations- preparat	3+3=6	Omfattande tumörväxt	
03-09-15				0,08
03-10-10				0,13
04-02-10				0,25
04-09-13				0,68
05-06-27				<0,05
06-06-26				<0,05
07-01-09				<0,05
07-06-12				<0,05

Det föreföll således rimligt att avvakta med behandling. Patienten som hade läst på grundligt framförde önskemål om fortsatta kontroller med PSA och upprepade biopsringar för att på så sätt få en uppfattning om hur tumören utvecklades. I december samma år hade PSA stigit till 8,5. Vävnadsutbytet från prostata blev dåligt på grund av tekniskt fel på biopsinålarna. I februari 2000 kom man överens om att fortsätta med regelbundna kontroller av PSA och att ta nya biopsier. Vid nästa återbesök låg PSA oförändrat. Doktor Svensson som nu började oroa sig lite för tumörprogress tog på nytt upp frågan om behandling. PSA 8,5 hos en patient med liten prostatakörtel måste betraktas som ganska högt. Patienten kände sig inte mogen för beslut om operation eftersom han fått problem vid tidigare ingrepp. Vidare var han rädd för att strålbehandling skulle kunna ge biverkningar från tarmen. Patienten återkom istället för

en fjärde biopsiomgång varvid doktor Svensson tog tio biopsier från prostata. Tumörväxten var lite mer omfattande denna gång och doktor Svensson skrev en remiss till onkologen för bedömning.

Vid detta besök framkom att patienten känt oro för operation alltsedan TURP-ingreppet 1992. Något hade gått snett vid det tillfället och onkologkollegan föreslog att patienten skulle få träffa en narkosläkare för att gå igenom vad som inträffat vid det tidigare ingreppet. Alldeles efter operation hade han fått ett blodtrycksfall. Han hade inte fått klarhet i vad detta berott på. Han hade sedan dess oroat sig för om han varit nära att dö. Han var rädd för att detta skulle kunna hända igen. Detta bidrog till hans beslutsvanda. Narkosläkaren föreslog hur en säker narkos skulle kunna genomföras. Förloppet skulle noga övervakas med täta BT-kontroller samt även övervakning invasivt med hjälp av en artärnål. Patienten fann denna information lugnande och kände sig bättre rustad för beslut om framtida terapi.

Problematiken diskuterades på en gemensam patolog-onkologkonferens, de tidigare mikroskopiska glasen förevisades och så långt man förstod uppfattades hans prostatacancer som stabil. Fortsatta kontroller syntes vara tillfyllest.

På patientens begäran utförde doktor Svensson en femte biopsiomgång. Detta var hans personliga rekord i antal biopsiomgångar på samma patient. Normalt rekommenderades att man inte skulle ta biopsier mer än tre gånger. Denna gång fann man cancer i fyra av åtta prover. PSA var oförändrat. Vid en förnyad konferens bedömdes det ändå som stabilt. Efter detta steg PSA till 8,8 och patienten började undra lite över behandling. Han ville gärna komma till onkologen ännu en gång till för att diskutera strålbehandling. Denna gång fick han träffa en erfaren onkologprofessor som gjorde bedömningen att det rörde sig om en klinisk T2/T3 tumör. Professorn gav ändå sitt stöd för patientens önskan att avstå från behandling men rekommenderade att man inte skulle ta ytterligare biopsier.

Doktor Svensson tyckte nu att han inte kom så mycket längre i detta fall, patienten hade ju vid flera tillfällen tackat nej till behandling, och föreslog därför att de vidare PSA-kontrollerna skulle utföras av en kontaktsköterska.

I december 2001 drabbades patienten av syncope och blev tvungen att söka akutmottagningen på annat sjukhus. EKG visade ett bifascikulärt block och han fick en pacemaker. Om denna arrytmitendens bidragit till det beskrivna postoperativa blodtrycksfallet blev aldrig klarlagt. Ett drygt år senare (februari 2003) kom patienten tillbaka till doktor Svensson eftersom han fått tilltagande vattenkastningssvårigheter. Denna gång tackade han ja till erbjudandet om operation. Doktor Svensson utförde den öppna ”radikala” prostatektomin påföljande sommar. Enligt PAD fanns omfattande cancerväxt i körteln. Det var fortfarande en Gleason 6 tumör men den var inte radikalt avlägsnad.

Postoperativt fick patienten feber och utvecklade en abscess vilket krävde en förnyad sjukhusvistelse och antibiotikabehandling. Då infektionen börjat ge med sig utvecklades en tromboflebit i v saphena magna sin. Man fick inte hållpunkt för djup ventrombos men han behandlades ändå med fulldos Fragmin®.

Doktor Svensson som nu började tycka att det var blivit lite utdraget med den här patienten fick dessutom konstatera att patienten hade ett ganska betydande urinläckage. I liknande fall remitterades patienterna till avdelningen för uroterapi för allmänna råd och för att få

inkontinenshjälpmedel. Kliniken hade en mycket hjälpsam uroterapeut som doktor Svensson hade god kontakt med. Vid nästa återbesök hade, till doktor Svenssons lättnad, besvären med inkontinens minskat även om det inte var helt bra. PSA-nivåerna var dock inte på den låga nivå man skulle vilja önska och uppenbarligen hade inte operationen botat honom. Han hade en del frågor avseende PSA, PSA-utveckling och radikalitet. Doktor Svensson tyckte att det började tryta med de svar han kunde ge denne påläste patient. Det verkade som behandlingen blivit ganska misslyckad. Han tyckte sig ha kommit till en punkt då han inte kunde erbjuda så mycket mer. Doktor Svensson erinrade sig emellertid en ny möjlighet. Man hade till sjukhuset ganska nyligen införskaffat en CT-PET (en kombinerad datortomograf och positronemissionstomograf). Med denna teknik kunde man i bästa fall utesluta tumörspridning till de regionala lymfknutorna. Doktor Svensson kände sig lite lättad när han kunde komma med detta nya erbjudande och skrev alltså en remiss till röntgen. Några lymfknutemetastaser kunde dessbättre inte påvisas med denna nya metod.

Vid nästa återbesök fann man ytterligare stigande PSA och doktor Svensson beslutade sig för att ta biopsier från anastomosrådet d.v.s. det område där prostatakörteln suttit och där man sytt ihop urinröret med urinblåsan. Enligt PAD rörde det sig om fibromuskulär vävnad utan tumörstrukturer. Vid mottagningsbesöket kom man överens om att börja med peroral antiandrogen terapi (Eulexin®).

I augusti samma år enades man om att det nog ändå vore bäst att remittera för strålbehandling. Några bevis för tumörspridning fanns ju inte eftersom CT-PET undersökningen varit normal. Onkologerna accepterade. I avsikt att slå ut tumören helt gavs under hösten en så kallad salvage-strålterapi (70 Gray). Strålningen var en fulldosstrålterapi med allt vad det innebär med risk för biverkningar. Detta skulle vara den sista chansen att slå ut tumören helt.

De fortsatta besöken kom att ske på onkologkliniken. I mars 2005 noterades att tarmbesvären som varit ganska besvärliga efter behandlingen hade lugnat ner sig. Sporadiskt använde han Loperamid® mot dessa tarmbesvär. Han hade också perioder med svullnad och värk i benen och hade rätt så frekventa trängningar cirka varannan timme. Effekten bedömdes som förväntad efter given strålbehandling.

I juli 2005, fortfarande som patient på onkologen, använde han Loperamid® mot diarréer. Han hade haft besvär med vattenkastningen och använde även droppskydd i vissa situationer. Han kände trängningar och ibland var dessa trängningar smärtsamma vilket oroade honom. Han hade dessutom en månad innan besöket haft en blödning i samband med urineringen.

Det var med blandade känslor som doktor Svensson återigen fick anledning att ta sig an denne patient. Mot bakgrund av alla postoperativa bekymmer började han nu allvarligt reflektera över om han skött denna patient på ett optimalt sätt. Patienten hade ju visserligen styrt behandlingsgången ganska mycket efter eget huvud men borde han, doktor Svensson, inte ha satt i klackarna lite mer och med enfass propagerat för operation i ett tidigare skede? Hade tumören kunnat opereras bort med fria marginaler hade patienten kanske inte behövt få de biverkningar som kunde förknippas med strålbehandlingen. Denna fråga var ju förstås lite hypotetisk i detta läge men bekymrade ändå doktor Svensson som fick sig ytterligare en tankeställare påföljande år då det framkommit att patienten medverkat på en hearing om prostatacancer. Där hade han framfört att det han ångrade mest var att han inte hade blivit opererad med den nya robottekniken.

## Totalt stopp!

*Författare: Marie Dahlin*

*Läkarprogrammet*

*Marie.Dahlin@sll.se*

Klockan var framåt halv sju, Anna ställde snabbt sin kaffemugg i vasken, smet ut genom dörren till personalköket och hoppades att ingen såg henne. Diskmaskinen var klar, så någon annan fick ta hand om både den och hennes kopp. Hon tänkte att det var egentligen lite skämmigt att smita och låta någon av sköterna diska och ta hand om hennes kopp, men det var liksom så hon lärt sig att göra, det är inte läkares jobb att ta hand om köket.

Anna var 29 år gammal och hade för några månader sedan flyttat tillbaka till Stockholm och börjat ett vikariat vid Norra Stockholms Psykiatri. Hon bodde ensam, hade haft en pojkvän under läkarstudierna, men deras förhållande hade tagit slut när hon flyttade iväg för att göra sin AT. Hon hade stort umgänge och några riktigt nära vänner. Kontakten med hennes yngre syster och föräldrarna var varm och god. Hennes pappa, som var ingenjör, stod henne särskilt nära. Han hade alltid varit en samtalspartner för henne och hon hade stor respekt för hans förmåga att alltid finna intresse i det han mötte, att lyssna och uppmuntra. Under sin AT, som hon gjort i Lindesberg, hade hon trivts bra. Där hade man nära till kollegor på andra kliniker och alla visste vem man var. Särskilt hade hon tyckt att det var spännande med psykiatri, men även om hon faktiskt kunde ha tänkt sig att bo kvar i Lindesberg, så hade hon känt sig tvungen att flytta, med tanke på de många vakanserna bland läkartjänsterna på psykiatriska kliniken. De seniora kollegorna verkade slita alltför hårt, så ville hon inte ha det. I Stockholm var de flesta tjänster besatta och jourerna var visserligen tunga, men lärorika, och man behövde inte gå så ofta. Kliniken var jättelik, man kände inte många, det var knappt att hon visste namnet på överläkarna på de andra avdelningarna. Hon brukade äta lunch med några av ST-läkarna, men kände ännu inte så många till både namn och utseende. De flesta bakjourer var hyggliga och man fick oftast det stöd man behövde. Idag hade hon Kalle Jonsson bakom sig. Han var trevlig, men det gällde att vara lite rapp och tuff i kontakten med honom, han kunde bli lite otålig om man var osäker och vag.

Hon hade avslutat diktatet av journalen på Lennart, en medelålders man med schizofreni som slutat ätit sina mediciner och blivit alltmer paranoid, utagerande och hotfull mot sina grannar, vilka hade tillkallat polisen. Han hade knappt gått att tala med och Anna avslutade samtalet ganska så snart. Hon hade lyckats nå hans öppenvårdsläkare, som satt kvar och dikterade på mottagningen efter stängningsdags, och fått veta att de under flera veckor försökt få Lennart att ta emot mediciner men han hade bara blivit allt svårare att nå. Hon skrev ett vårdintyg och lade in honom enligt LPT utan att kontakta Kalle. Det var inget akut för honom att göra, Lennart kunde bedömas imorgon. Innan hon drack kaffe hade hon just rapporterat Lennart till avdelningen.

Nu väntade Åke Lind, en 62-årig gift man som sökte i sällskap av sin hustru Karin Lind. På rapportbladet stod att Åke klagat över magbesvär som man inte hittat någon förklaring till vid somatisk utredning. Syster Madde, som hade talat med Åke och Karin när de kom, berättade att han verkade oerhört plågad och att han inte borde vänta. Hon hade fått veta att Åke och Karin hade två söner och tre barnbarn, som de hade goda relationer till, en av sönerna hade skjutsat dem in. Åke och Karin satt bredvid varandra i ett av vårdrummen. Just som Anna gläntade på



dörren och steg in klappade Karin Åke på armen, med tårar i ögonen, knappt övertygande. –Det blir bra det här, vi skulle åkt hit för länge sedan, du ska inte oroa dig. Anna tänkte att Åke påminde lite om hennes pappa; hårfästet, samma grå ögon, något i blicken och den spensliga kroppen.

Åke hälsade med handslag och presenterade sig noggrant med för och efternamn när Anna gjort detsamma men fortsatte genast, medan han satte sig ned i stolen: –Du måste förstå, jag har outhärdliga magbesvär, har inte haft någon som helst avföring på tre veckor trots att jag ätit. Totalt stopp! Det måste finnas kilovis med avföring, tarmen kommer att spricka, jag förstår inte att de inte kan se det!

Åke berättade att han hade sökt hos husläkare och på akuten ett flertal gånger de senaste veckorna. Man hade röntgat och gjort ultraljud som inte visat några avvikande fynd. Han hade inte ont. Det var svårt att få honom att tala om något annat än tarmbesvären, han svarade visserligen på alla Annas frågor, men endast kort, och återkom ständigt till sin stillastående mage. Han skruvade sig på stolen, vaggade fram och åter med överkroppen.

–Jag måste få hjälp med detta!

Anna frågade sig om det kunde vara ett vanföreställningssyndrom, eller depressiva vanföreställningar i en psykotisk depression?

Hon fick ändå fram att Åke arbetat som rektor fram till för ett år sedan, då han tagit ut garantipension. Karin berättade att hon aldrig sett sin man så här tidigare, han var helt förändrad. Han hade alltid varit frisk och stark. Han som var intellektuell och utåtriktad, med många intressen och som alltid varit ett stöd för både henne, vänner och barnen, var nu helt uppslukad av sina besvär. Han fick nu inget gjort, gick endast och vandrade hemma som en osalig ande. Det hela hade börjat för ungefär tre veckor sedan, men blivit värre och värre, de sista dagarna hade Åke vägrat att äta för att inte ytterligare fresta på den fulla tarmen. Han var också rädd för att dricka, men var samtidigt klar över att det vara farligt att låta bli. Under eftermiddagen hade han blivit stående i köket vid vattenkranen med ett glas i handen utan att kunna bestämma sig för om han skulle dricka eller ej. Karin hade inte kunnat hjälpa honom ur situationen genom att råda eller milt tvinga. Till slut hade hon insisterat på att han skulle följa med henne in till psykakuten, och de hade fått skjuts av en av sönerna, som dock varit tvungen att åka hem till sina barn direkt, då hans hustru var på tjänsteresa. Åke nickade när Anna frågade honom om han höll med om Karins beskrivning och tittade sorgset på sin hustru.

Samtidigt som det Åke berättade ju var helt orimligt, så förmedlade han till Anna en stark känsla av sitt lidande och hon upplevde det också som att han verkligen försökte förklara för henne och ville att hon skulle förstå. Han såg henne stadigt i ögonen och hon kände hans hjälplöshet och hon kände också stark sympati för båda makarna. Hon märkte att hon tänkte på sin egen far.

Karin såg ledsen och trött ut och skakade uppgivet på huvudet.

–Jag klarar inte detta längre, jag klarar inte att se honom så här, han måste få hjälp. Jag har själv inte sovit de senaste dygnet, jag vågar inte låta honom vara uppe ensam, förstår inte hur han tänker och var det kan leda....

Åke hade svårt att svara på Annas frågor om självmordstankar eller planer. Han lät förstå att det funnits tankar, genom att helt enkelt nicka, men skakade bara vagt på huvudet när hon undrade om han tänkt på hur han skulle gå tillväga om han skulle ta sitt liv. –Jag kommer ju att dö om jag inte får hjälp med magen.

Han var smal, men inte avmagrad, något nedsatt hudturgor. Anna gjorde en somatisk undersökning, utan några tydliga fynd, buken var mjuk och oöm, inga patologiska resistenser. –Du känner väl att det ligger avföring i tarmen? Åke visade med handen över buken. Pulsarna i handleder var välfyllda och jämna. Hon avstod från att undersöka Åke per rectum, det hade ju nyligen gjorts på kirurgakuten.

Anna sade till Åke och Karin att hon bedömde det som att Åke led av en depression av allvarligt slag och att hon vill lägga in honom för behandling. Karin tyckte det lät bra och att hon trodde det var nödvändigt, men Åke blev orolig. De förde ett långt samtal om detta. Åke verkade ena stunden ta in Annas besked och känna viss lättnad över att få en förklaring till sitt lidande, men så var han strax tillbaka i sina tankar kring magen och kunde inte släppa tanken på att han måste bli utredd och behöva kirurgisk vård. Han ältade argument för och emot, han såg på henne med förtvivlan i blicken. –Du har kanske rätt Anna, jag litar på dig och jag känner att du lyssnar på mig, och jag vill ta emot den hjälp du erbjuder... Men du måste förstå att jag håller på att spricka inuti – jag behöver komma till en kroppsläkare, man måste kunna hitta felet... –Men Åke, försökte Karin desperat efter en kvarts dividerande fram och tillbaka. Nu kan du ju få hjälp, på de andra ställena har ingen velat lägga in dig. Kan du nu inte göra det, om inte annat så för min skull? Anna försökte lirka lite till med Karins hjälp, men kände efter en stund att hon inte förmådde argumentera mer med Åkes ångest, hon beslöt sig för att lämna dem i rummet för att gå ut och försöka tänka klart.

På expeditionen fick hon veta att Kalle inkallats av personalen för att göra en \$6b bedömning av Lennart, som blivit aggressiv och hotat en av medpatienterna på avdelningen. Han var just på väg hem och skulle komma förbi akuten och kolla läget. –Tjena Anna, hur går det? Kalle kom dundrande genom korridoren. Jag har just sytt in schizkillen däruppe, tur att han varvade upp nu och inte mitt i natten! Han ligger i bälte nu och har fått Stora sprutan. Du får kolla honom om en timme och se om vi kan släppa upp honom.

Anna berättade om Åke och att hon funderade på om hon borde skriva ett vårdintyg på honom eftersom han var så pass ambivalent och hon inte riktigt kunde övertala honom att stanna, även om det verkligen kändes som om hon fått en god kontakt med honom.

–Fundera?! Det är väl inget att fundera på, det är klart du ska skriva vårdintyg på en psykotisk depression! Sätt dig och gör det med en gång och lägg in honom.

Ja, det var klart, hur kunde hon ens tveka? Hon bad Madde meddela Åke och Karin att hon behövde göra lite pappersarbete, men skulle komma snart, och bad även Madde erbjuda Åke en Stesolid mot ångesten. Så skrev hon vårdintyget, fyllde i beslutsblanketten och plockade fram läkemedelslistan och fyllde i Stesoliden. Bläcket i pennan tog slut och hon fick gå ut på expeditionen och hämta en ny för att avsluta.

Hon gick in till Åke och Karin igen. Hon kände sig nu säker och trygg i sin bedömning. –Hej igen, nu har jag bestämt att jag måste lägga in dig, Åke, faktiskt oavsett vad du vill, för du är så allvarligt sjuk att det helt enkelt är nödvändigt. Jag har nu skrivit ett vårdintyg, som

innebär att du vårdas med tvång och inte själv kan bestämma längre.

–Nej, Anna, du måste riva det där papperet. Du får inte göra så, du kan inte ta ifrån mig det, jag stannar här ändå, jag vet att du vill mig väl, det tror jag verkligen, men ta inte ifrån mig mitt eget val – det går inte! Det kommer att knäcka mig helt! Hon såg förtvivlan och besvikelsen i Åkes ögon och upplevde samtidigt hur han liksom kändes helt redig och adekvat. Hon vände sig till Karin, som också såg bestört ut och sade att det hade hon aldrig kunnat tänka sig, det skulle verkligen var en katastrof för Åke. –Den kränkningen borde du inte utsätta honom för! Han förstår nu att han måste stanna för sin egen skull. Gör inte detta!

Anna kände sig med ens tveksam – det skulle antagligen vara till skada för Åke själv och för den fortsatta nödvändiga behandlingen om hon lade in honom på tvång. Hon ville verkligen inte kränka denne man och hon förstod att Karin menade allvar. Hur skulle hon nu göra?

## Den aggressive fadern

*Författare: Marie Dahlin*

*Läkarprogrammet*

*Marie.Dahlin@sll.se*

Karin kände hur det drog ihop sig i magen och hon stelnade till. Hon visste inte hur hon skulle göra, det kändes alltför komplicerat. Hon hade i en timmes tid talat med Robert och hans anhöriga och äntligen var situationen så pass under kontroll att hon kunde gå och skriva vårdintyget och diktera journalen. Sköterskan hade kommit in till henne där hon satt och dikterade på läkarrummet:

–Du måste komma omedelbart, nu ska mamman och barnet härifrån och du måste göra en socanmälan direkt! Det här är helt ohållbart! Barnet borde aldrig ha varit här över huvud taget! Det verkade som om syster tyckte det var Karins fel att barnet kommit hit. Och nu tyckte de att Soc skulle dras in också. Karin hade ju äntligen fått läget under kontroll och patienten i hamn, varit så fokuserad på samspelet i stunden och den psykiatriska bedömningen. Hon hade helt enkelt inte tänkt på mamman och barnet som en angelägenhet för henne. Skulle hon nu göra som lagen föreskrev, eller skulle hon av hänsyn till den ytterst laddade situation sätta smidigheten främst? Enligt HSL ska hon informera Robert om hon anmäler enligt SoL, men hur skulle det då gå...

## Jouren

Karin var en 35-årig ST-läkare i psykiatri, som till vardags arbetade på Huddinge sjukhus sedan två år tillbaka. Denna lördagkväll var hon dock jour på länsakuten vid S:t Görän. Hon hade gått på passet kl. 16.00, efter att ha lämnat sin 4-åriga dotter på ett barnkalas hos hennes dagiskompis en timme tidigare. Det var alltid lite tråkigt att gå ifrån familjen på helgen för att jobba, men egentligen gillade hon verkligen akutarbetet. Skiftena i tempo och aktiveringsgrad, de stillsamma samtalen med deprimerade patienter som raskt kunde växla med polispådrag och krav på raska tag. Utöver Karin skulle AT-läkaren Jenny arbeta nattpasset. Det fanns tre väntande patienter på akuten och tre som var klara men väntade på transport till andra kliniker. Efter att ha bytt om, lagt in sin matlåda med rester från fredagsmiddagens fiskgratäng i personalkylen och kollat att det faktiskt fanns några lediga platser både på avdelningarna och på intaget, hade hon tagit sig an sin första patient. Det var ett "lätt" ärende. Lena var en kvinna med pågående depressionsbehandling som haft god effekt, men som nu hade kommit hem från en resa, där hon glömt sina tabletter på hotellet. Hon skulle träffa sin ordinarie läkare för förnyat recept om en dryg vecka, men var rädd att drabbas av utsättningsbesvär om hon inte fick recept så hon slapp avbrott i behandlingen. Uppgifterna stämde väl överens med dokumentationen Karin fann i datorjournalen så hon lät sköterskan ge Lena tabletter för tio dagar i en påse. Sköterskan Maria, som Karin hade jobbat med flera gånger tidigare, muttrade lite om att: –Det var kanske väl mycket att dela ut, mer än för två tre dagar brukar vi faktisk inte ge, men ifrågasatte inte på allvar ordinationen.

Karin hade just passat på att äta sin matlåda, när hon hörde tumult i korridoren utanför personalköket, en högljudd och upprörd, något sludrande mansstämma:

–Vad tänker ni göra med mig? Jag ska fan ta livet av mig, låt mig va! Mentalskötaren Ludvig tittade in genom dörren och väste till Karin att komma - snabbt! Den högljudde var en storvuxen man med yviga rörelser, kanske 25-30 år, orakad med snaggat hår, klädd i jeans, en blå tröja och jeansjacka och kraftiga skor. Han var röd i ansiktet. I hans sällskap fanns förutom just nu två manliga och två kvinnliga mentalskötare och syster Maria, vilka alla höll visst avstånd, en jämnårig man och en något yngre kvinna med ett helt litet spädbarn i famnen. När Karin närmade sig kände hon hur hjärtat slog lite snabbare och såg hur personalens krets vidgades för att släppa fram henne och de två manliga skötarna slöt upp mjukt på varsin sida om hennes väg mot den lilla gruppen med den storvuxne mannen i mitten. Hon frågade med stadig men vänlig röst den storvuxne vad han hette, men han tittade bara vredgat på henne och teg, medan han vände ned blicken och skakade på huvudet. Utan att säga något tog han plötsligt ett steg framåt och stampade hårt i golvet, varvid Karin kände hur hon backade flera steg. Skötarna Jimmy och Lars gick emellan och talade lugnt till patienten som inte verkade ta in vad någon sade.

Karin hade sedan med hjälp av Jimmy och Lars lyckats få mannen att gå in i det rum som en av de kvinnliga skötarna öppnat upp och anvisat, vilket hade krävt viss diplomati och bara varit möjligt genom att kvinnan och barnet följde med dit in. Patienten krävde att hela tiden ha barnet inom synhåll. Eftersom patienten fortfarande inte velat tala med henne, hade hon bett den medföljande mannen, Janne, komma med henne och berätta vad som hänt. Janne kunde meddela att han var vän till Robert, patienten, och att kvinnan Agnes var Roberts flickvän och barnet deras åtta veckor gamla dotter Nathalie. Agnes hade ringt efter Janne för att få hjälp, efter att Robert kommit hem full för en dryg timme sedan och slagit sönder köket och hotat att ta sitt liv. Ingen hade kommit till skada, men Agnes hade varit rädd och upprörd. Både Janne och Agnes var rädda att Robert skulle skada sig själv eller någon annan, men de hade kunnat förmå honom att följa med i Jannes bil till psykakuten. Resan hade gått ganska bra, men när de väl kommit in hade Robert börjat hojta och veva igen. Janne kunde också berätta att Robert under dagen fått veta att hans bästa vän samma morgon dött av en överdos.

Karin hade gått tillbaka till det rum där den lilla familjen suttit med de två manliga skötarna stående beredda att ingripa. Robert i en stol, placerad invid ett bord på vars andra sida en tom stol stod, Agnes på sängen med den helt lugna Nathalie i sin famn. Hon valde att stå ett stycke ifrån Robert, den lediga stolen var placerad så att hon skulle ha kunnat bli instängd om Robert skulle angripa henne. –Jag hörde att din vän dött imorse, sade Karin. Efter ett ganska våldsamt och osammanhängande verbalt utbrott, ” Jag ska mörda dom jävlarna!” och ”Jag vill dö, vad har jag gjort!” vände sig dock Robert till Karin och svarade på några av hennes frågor. Karin tänkte att han hela tiden var hotfull och hon lät gång på gång nedsättande och hänfulla uttalanden passera utan att kommentera dem närmare. Hon fick veta att han haft alkoholproblem och varit i kontakt med en beroendemottagning, men han förnekande drogbruk. Han sade sig inte ha druckit sedan dottern föddes, och Karin mindes hur hon tittat på Agnes ansiktsuttryck då, för att söka avläsa om denna var av annan uppfattning, men Agnes hade nickat tyst.

Vidare berättade Robert om aggressionsutbrott som han inte kunde kontrollera, att han varit åtalad för misshandel, men inte tilldömts något straff. –Fast mörda är inte min grej. Några gånger gjorde han utfall mot Karin, som i korridoren.

I ett lugnt skede lyckades Karin att få Robert att både blåsa i alkometer (2,71 %) och lämna urinprov för drogscreening (helt negativ), men hela tiden fick både hon, personalen och anhöriga med yttersta försiktighet navigera i samspelet med Robert, som tycktes kunna explodera när som helst. Karin kände sig både intensivt alert och lite illa till mods. Robert tog emot lite lugnande medicin som Karin bad Mia hämta, då han medgav stark ångest.

Så småningom beslöt sig Karin för att avsluta undersökningen och samtalet med Robert. Hon meddelade honom (under viss bävan och beredd att kunna snabbt retirera ut ur rummet) att hon skulle skriva ett vårdintyg för tvångsvård och att han var tvungen att stanna kvar på sjukhuset, men skulle få komma till beroendeakuten, eftersom han var berusad. Medan hon talade insåg hon plötsligt: ”Visserligen kommer jag själv att kunna ta mig ut, om Robert skulle försöka angripa mig, men Agnes och barnet är placerade längre in i rummet”. Även om hon inte riktigt trodde att Robert skulle vända sig mot dem, så hade hon helt missat att tänka på deras säkerhet. Karin blev iskall, noterade samtidigt hur Robert brusade upp, men inte okontrollerat, och kunde lugnas hjälpligt igen och situationen hade passerat utan katastrof.

Karin drog sig tillbaka för att dokumentera, skriva vårdintyget och rapportera. Hon kände sig nöjd med hur det hela trots allt avlöst och kände sig tacksam mot den kompetenta personalens kloka och professionella uppträdande. På vägen till läkarrummet hade Mia kommit fram till henne och, irriterat, påtalat att hela akuten stått stilla i en hel timme, att alla andra patienter fått hållas inne på sina rum och i väntrummet hade nu tillkommit fyra patienter som man inte kunnat ens initialt bedöma. Nu måste de få iväg barnet härifrån, hela situationen var synnerligen olämplig. Karin blev förvånad över Mias ”angrepp”, men sade inget, gav bara lugnt Mia i uppdrag att tillsammans med personalen få hem Agnes, Nathalie och Janne. För att komma vidare var hon dock själv tvungen att ta itu med det nödvändiga pappersarbetet.

Medan hon dikterade journalen och fyllde i vårdintyget hörde hon åter Robert rya, men kunde inte höra var han sade. Hon tänkte: ”Det här kan personalen hantera lika bra som någonsin jag. Nu måste jag få undan detta så att vi kan föra Robert till beroendeakuten och komma vidare med de andra patienterna här uppe... Egentligen skulle jag bara vilja gå ut i vårkvällen och andas lite frisk luft och lugna ner mig när pappersarbetet är klart.” Då knackade det hårt på dörren och Mia tittade in. –Robert kräver att hålla barnet, han skriker och gråter och ska säga förlåt till ungen och är helt uppvarvad! Du får komma och göra något. Vi kan inte ha det så här, spädbarn har inte här att göra, du måste anmäla till Soc. Nu måste vi ta barnet härifrån om vi så måste lägga Robert i bälte för att få till det!

Karin tänkte: ”Om jag gör en socanmälan nu, kan jag inte informera Robert, vi kan inte riskera att han får ett utbrott här igen av det skälet. Men hur ska han informeras om han är på en annan klinik och jag inte är här imorgon bitti? Hur ska jag göra?”

## Aldrig får man vara riktigt glad

*Författare: Torbjörn Holm*

*Läkarprogrammet*

*Torbjorn.Holm@karolinska.se*

*Anmärkning: Följande tre case hör samman och används i angiven ordning: Aldrig får man vara riktigt glad, Eriks första jour och Svåra samtal. Casen kan även användas separat.*

Erik gick med lätta steg uppför backen mot sjukhusbyggnaden. Han hade tagit en liten omväg genom sjukhusparken, mest för att insupa dofterna av den tidiga junimorgonen, och eftersom morgonmötet på kirurgiska kliniken inte började förrän halv åtta så hade han gott om tid. Han njöt av dofterna från nyklippt gräs, syren och av morgonljuset som strilade ner genom lövverket och reflekterade i dagdropparna i gräset.

Han kände sig glad och stolt. Dels för att han fått ett vikariat efter tionde terminen, dels för att första veckan som vikarierande underläkare på kirurgiska kliniken i Ekeby hade varit väldigt lyckad. Arbetet hade varit lätt och inte alls stressande; han hade gått rond med doktor Axelsson varje morgon, deltagit som assistent vid fem operationer och själv gått rond på eftermiddagarna. Eftersom alla ordinationer gavs vid morgonronden så var eftermiddagsronden mer av social karaktär; han hade småpratad lite med patienterna och sett till att inga oförutsedda komplikationer inträffat under dagen. Han hade också skrivit ut sex patienter under veckan och klarat både receptskrivande och sjukskrivning. På torsdagen hade han skrivit epikriser på alla sex patienter och innan han gick hem på fredagen hade doktor Axelsson berömt hans strukturerade och koncisa sätt att författa en epikris.

Han var nöjd med sig själv och den vackra morgonen förstärkte hans goda humör, liksom känslan av att vara duktig och uppskattad gjorde att han verkligen såg fram emot sin andra vecka på kliniken.

Denna måndag skulle han ha sin första mottagning för öppenvårdspatienter. Även om han inte riktigt visste hur detta skulle te sig så hade hans upplevelse av att vara omtyckt och tillräckligt kompetent stärkt hans självförtroende högst betydligt.

När Erik kom ner till kirurgiska mottagningen efter lunch möttes han i korridoren av en sköterska i sextioårsåldern. Hon såg inte direkt uppskattande ut och innan han hunnit presentera sig sa hon:

–Jag antar att det är du som är doktor Persson. Du är redan fem minuter försenad och vi har åtta patienter uppsatta på din mottagning i eftermiddag. Det brukar inte gå så fort med nya doktorer och här vill vi inte arbeta över. Det är bäst att du sätter igång direkt. Din första patient är insatt på rum ett. Här är remissen från hans husläkare.

Erik valde att inte besvara provokationen utan tog pappret som sköterskan gav honom och började läsa.

*“Ärade kollega. Ber att få remittera denna patient som jag utrett p.g.a. trötthet. Han har en anemi med Hb 95 och positivt F-Hb. Tacksam fortsatt omhändertagande. Vänliga hälsningar A. Svensson”*

Utrett? Tänkte Erik. Hur bristfällig kan en utredning vara?

Han öppnade dörren till undersökningsrummet och möttes av en man i 70-årsåldern som med barsk uppsyn granskade honom uppifrån och ner. Erik noterade att mannen höjde något på ögonbrynen när han presenterade sig.

Hej, jag heter Erik Persson och är underläkare här.

–Jag heter direktör Björklöf. De få gånger jag besökt den här mottagningen har jag alltid fått träffa docent Phil. Han och doktor Svensson är mycket goda vänner och jag kan inte förstå varför docent Phil inte tar emot mig idag.

–Docent Phil har semester.

–Näväl, jag antar att du vet varför doktor Svensson har ordnat med det här besöket.

Erik kände hur osäkerheten kom krypande. Han tyckte instinktivt illa om mannen som med överlägsen min betraktade hans namnskylt.

Skulle du vilja berätta om dina besvär?

–Jag skulle föredra att tituleras direktör Björklöf och jag har inga besvär. Jag är trött och har dålig kondition. Jag har blod i avföringen och nu har jag kommit hit för att ni ska ta reda på varför och göra någonting åt det.

–Hur är det med tidigare sjukdomar?

–Hur det är? Förutom ett obetydligt klaffel som är åtgärdat är jag fullkomligt frisk. Jag har åkt Vasaloppet tjugo år i följd och har en mycket god kondition. Hade, vill säga. Nu får ni se till att åtgärda det här snarast möjligt.

Det var den obehagligaste patientkontakt Erik någonsin hade haft. Mannens korthuggna svar, hans överlägsna attityd och sköterskans tidigare påpekande om att tiden var knapp gjorde att han inte kom sig för att ställa några fler frågor och i stället förklarade han att han måste få göra en undersökning av buken och av ändtarmen.

När mannen lagt sig på undersökningsbritten undersökte han buken, men kunde egentligen inte känna någonting eftersom mannen vägrade slappna av trots att Erik bad honom att inte spänna emot.

–Nu måste jag undersöka ändtarmen och skall be syster om assistans.

Innan han ens hade hunnit komma fram till dörren öppnades den och sköterskan som tagit emot honom i korridoren kom in i rummet utan att säga ett ord.

”Herregud, hon måste ha stått utanför dörren och hört hela det här”, tänkte Erik.

Innan han reflekterat mer över detta hade sköterskan dragit fram en vagn med rektoskopiutrustning ur ett skåp och tittade uppfordrande på honom. Han satte på sig handskar, bad mannen att ligga över på sidan och att dra ner byxorna. Han palperade noggrant i analkanalen, över prostata och så långt han kunde nå i ampulla rekti. Med toppen av fingret kände han något mjukt i tarmväggen men kunde inte avgöra om detta var ett normalt veck på tarmen eller något patologiskt.

–Nu ska jag titta upp i tarmen med ett plaströr.

Mannen grymtade ett korthugget svar som Erik inte uppfattade. Han förde in rektoskopet och tittade upp i tarmen. Det gick förvånansvärt lätt och han återvann något av sitt självförtroende när han kunde inspektera slemhinnan. När han fört in instrumentet femton centimeter såg han en utbuktning som han först trodde var det veck han känt med fingret, men han insåg snabbt att det här satt högre upp. Han hade aldrig sett något liknande men det såg ut som någon av de tumörer han sett på bilder under kirurgkursen. Han vände sig mot sköterskan.

–Kan syster hämta doktor Axelsson.



Hon suckade djupt, skakade på huvudet och försvann ut genom dörren.

–Vad håller ni på med? frågade mannen på britsen.

–Det är en sak som jag måste rådgöra med doktor Axelsson om.

–Det här är förbannat obehagligt. Hur länge ska jag behöva ligga på det här viset?

Innan Erik hann svara öppnades dörren.

–Hur är det Erik, behöver du hjälp?

–Jag tänkte be att du tittade här. Jag vet inte om det är normalt eller inte.

Axelsson gav mannen på britsen en klapp på axeln.

–God dag direktör Björklöf. Jag ska bara hjälpa Erik för att se om han har hittat något konstigt.

Han tog över rektoskopet, tittade en stund och sade:

–Bra Erik, det här var verkligen inte helt lätt att se. Emma, vi behöver en px-tång.

Sköterskan tog omedelbart fram tången och gav den till Axelsson.

–Här får vi ta några rejäla biopsier. Jag tar först två och sedan tar du två, så du lär dig hur man gör.

När Axelsson tagit två biopsier tog Erik över rektoskopet. Han tittade upp i röret men såg bara blod som helt skymde sikten.

–Det blöder ganska mycket. Jag har svårt att se var jag ska ta biopsierna.

–Det är klart att det blöder. Jag tar ju Waran för min klaff, sa mannen med ilsken röst.

Erik kände plötsligt ett kraftigt illamående och hur det bultade i tinningarna, såg sköterskans uppspärade ögon och hur Axelsson rynkade pannan.

–Aj då, det var ju inte så lyckat.

## Eriks första jour

*Författare: Torbjörn Holm*

*Läkarprogrammet*

*Torbjorn.Holm@karolinska.se*

Erik Persson satt ensam i kafferummet på akutmottagningen på lasarettet i Ekeby och åt en uppvärmd lasagne. Den smakade ganska illa och han hade egentligen ingen aptit. Kafferummet var trevligt inrett med stolar och soffor i varma färger, väggarna målade i mjuka pastellfärger och med några affischer med reproduktioner av kända impressionister. Erik var konstintresserad och borde egentligen ha kunnat uppskatta detta men han kände sig inte väl till mods.

Det var lördagskväll och hans första självständiga jour på kirurgakuten. Han hade tillsammans med några kollegor blivit hembjuden på middag till doktor Axelsson, till vilket han fått tacka nej. Doktor Grip, som var bakjour denna kväll, var visserligen mycket erfaren men ganska svårtillgänglig och sur, och Erik hade inte arbetat tillsammans med honom. Dessutom hade han ett rykte om sig att vara arbetsovillig, särskilt på nätterna.

Erik hade också fått lite gliringar av några underläkare på kliniken för att han missat det faktum att direktör Björklöf tog Waran och att detta lett till en blödning i samband med biopsier av en polyp i rektum. Visserligen hade problemet lösts på ett elegant sätt av Dr Axelsson. Efter att resolut ha lagt upp en tamponad mot den blödande polypen hade patienten tagits direkt till operation. Där hade han fått en lätt intravenös sedering varefter Axelsson sugit rent tarmen och stoppat blödningen med diatermikoagulation. Därefter hade Björklöf lagts in för observation till nästa dag. Waran hade satts ut och ersatts med Fragmin.

Erik hade känt sig oerhört tacksam för att Axelsson inte klandrat honom utan bara lugnt påpekat att: "En fullständig anamnes och ett noggrant status är grunden i alla utredningar av tarmlödning och bukbesvär". Han hade dessutom blivit förvånad över direktör Björklöfs reaktion när han dagen efter bett om ursäkt för sitt misstag.

–Det hade väl blivit en blödning även om du vetat att jag tog Waran? Provet måste ju tas och jag är glad över att du hittade orsaken till min blodbrist, trots att jag själv aldrig sett något blod. Nu hoppas jag att ni tar bort den här polypen så snart som möjligt så att jag kan slippa blodbristen och återfå min goda kondition.

Erik hade då förklarat att om en polyp i ändtarmen hade gett upphov till blodbristen så borde direktör Björklöf också ha noterat blödning i samband med toalettbesök. Frånvaron av synligt blod gjorde att man måste utreda hela tarmen med koloskopi.

Under två dagar fick Björklöf stanna på avdelningen för att lära sig att själv injicera Fragmin. Han hade genomgått en peroral tarmförberedelse och därefter genomgått en koloskopi på torsdagen innan han skrevs ut till hemmet. Erik hade jobbat på akutmottagningen under torsdagen och fredagen för att lära sig rutinerna inför sin första jour och hade därför inte själv skrivit ut Björklöf.

De första tre timmarna på akuten hade varit ganska lugna och de patienter Erik tagit hand om hade haft lätt omhändertagna problem; några småsår, någon med urinvägsinfektion, en patient med buksmärter vilka avklingat efter två timmars observation på akuten. Han hade inte behövt lägga in någon patient. Trots en lugn inledning, och trots att han försökte intala sig att det här var ett litet sjukhus där sällan något dramatiskt inträffade, så kände han en gnagande oro. Han visste inte varför.

Just när Erik ställt in sin tallrik i diskmaskinen och hållt upp en kopp kaffe, kom en sköterska in i rummet.

–Det har kommit in en ny patient, han ligger på trean. Han har feber och verkar ha väldigt ont i magen. Kan du komma på en gång?

Erik gick ut på expeditionen, tog akutmappen med ordinationsblad och patientuppgifter och ögnade igenom dessa på väg mot undersökningsrummet. Det framgick att patienten hade temperatur 38,9 grader, puls 110 och blodtryck 110. När han öppnade dörren till rummet läste han patientens namn; Ivar Björklöf, född 1936. Han hann inte reagera på uppgiften innan han hörde en röst:

–Är det du Erik? Äntligen någon man känner igen. Du måste hjälpa mig. Jag har så fruktansvärt ont i magen.

–Vad är det som har hänt?

–Jag vet inte. Jag har inte haft någon aptit sedan i torsdags kväll efter koloskopin och jag har inte ätit någonting. Igår hade jag lite ont i magen men idag har jag haft rent förbannat ont och jag har kräkts flera gånger. Nu i eftermiddag fick jag feber och min fru mer eller mindre tvingade mig att åka hit.

–Vad visade koloskopin?

–Jag vet inte. Jag fick lugnande medel och sov nästan hela tiden.

Det var uppenbart för Erik att Björklöf inte mådde bra. Han andades med korta andetag, var rosigt och varm och talade stötvis med korta pauser. Erik gjorde ett noggrant status och fann normala andningsljud men en oregelbunden och snabb puls. Han lyssnade på buken men kunde inte höra några tarmljud. Buken var klart uppdriven och så fort han försökte palpera den så reagerade Björklöf med kraftiga smärtor och bad Erik att sluta. När Erik ville undersöka per rektum vägrade han.

–Herregud, det där gjorde du ju i måndags. Hjälp mig istället!

Erik kom ihåg att Axelsson gett honom ett gott råd: ”Om du får in en patient som är dålig och du känner dig osäker så kan du alltid ringa till narkosen. De är bra på att ta hand om dåliga patienter och du får ett stöd innan bakjouren hinner komma in”.

–Direktör Björklöf, jag förstår att buksmärtorna är väldigt svåra och att ni känner er dålig. Jag ska gå ut och ringa till en narkosläkare så att ni kan få komma upp på en avdelning, kanske intensivvården, och sen så ska vi ta lite prover och kanske röntga. Jag tror det är bra att ge dropp också eftersom ni har kräkts och inte fått i er mat och dryck ordentligt.

–Det är bra Erik. Se bara till att det går fort. Jag har så fruktansvärt ont. Kan jag inte få en spruta mot värken?

Erik gick ut på expeditionen och bad sköterskan att ta blodprover och att sätta en flaska dropp. Därefter sökte han narkosjouren. Det var en sköterska som svarade.

–Hej, det här är Erik Persson, jag är kirurgjour i kväll. Jag har en patient på akuten som är dålig. Kan jag få prata med jouren?

–Han håller på att lägga en CVK här på intensivvården och kan inte prata.

–Jag tror att den här patienten behöver en plats på intensivvården och jag behöver prata med jouren.

–Vi har helt fullt här uppe så det tror jag inte går, men jag ska be jouren att ringa dig så fort han är klar med den här CVK-inläggningen.

Erik kände sig plötsligt väldigt osäker, nästan rädd. Han insåg att Björklöf var riktigt dålig och

att något måste göras snabbt, men han visste inte riktigt vad. Han beslöt att ringa bakjouren, doktor Grip.

–Hallå, det är Anders Grip.

–Hej, det är Erik Person. Jag är jour ikväll och har fått in en patient som är dålig.

–Hur menar du?

–Ja, det är en patient som vi har haft inne för utredning. Han gjorde en koloskopi i torsdags och nu har han kommit in med buksmärtor och hög feber. Han har kräkts också. Han har väldigt snabb puls, jag tror att han kanske har ett förmaksflimmer och han är rätt dålig tycker jag.

–Det låter ju som om han har en sepsis. Om han har ett förmaksflimmer och är dålig så är han väl knappast operabel? Du får ringa till narkosen och se till att få upp honom på intensivvården. Där får dom fräscha till honom och kolla upp det där med flimret. Se till att han får antibiotika också. Sen får vi titta till honom i morgon.

–Jag har ringt narkosen men de har ingen plats.

–Jag disponerar, som du vet, inga platser på anestesikliniken men det är väl uppenbart att den här patienten måste läggas in där över natten. Du får stöta på igen.

Härmed lade dr Grip på luren. Erik visste inte vad han skulle göra. När han lyfte luren för att ringa till narkosjouren igen kom sköterskan in på expeditionen.

–Erik, kan du komma fort. Patienten på trean är väldigt dålig nu. Han har bara 70 i blodtryck och svarar knappt på tilltal.

För andra gången denna vecka upplevde Erik samma känsla. Det var ett kraftigt illamående och det bultade i tinningarna när han reste sig och följde sköterskan mot direktör Björklöfs undersökningsrum.

## Svåra samtal

*Författare: Torbjörn Holm*

*Läkarprogrammet*

*Torbjorn.Holm@karolinska.se*

Erik vaknade med ett ryck sent på söndagskvällen efter sin första jour som kirurg på Ekeby sjukhus. Han kände sig oerhört trött, trots att han sovit i nästan elva timmar. Ben och axlar värkte, han hade huvudvärk och var dessutom mycket hungrig. Han hade kommit hem klockan tolv dagen efter jouden och hade inte ens orkat äta eller duscha innan han stupat i säng. När han masat sig ur sängen och gick ut i badrummet funderade han över livet som kirurg. Det var stressigt och fysiskt ansträngande med långa jourpass, oregelbundna måltider och ibland med obehagliga upplevelser. Samtidigt var det spännande och intressant och han tyckte om att arbeta med händerna. Att delta vid operationer och att självständigt göra mindre ingrepp där han kände att han gjorde nytta för patienten var väldigt tillfredsställande. Han trivdes på kirurgen i Ekeby men upplevelserna under jouden hade varit omtumlande och han hade känt sig helt inkompetent vissa stunder under jouden. Han funderade på om han ville bli kirurg och han funderade över den gångna natten.

När direktör Björklöf kom till akuten förstod Erik visserligen att tillståndet var allvarligt, men inte hur allvarligt. Den septiska chock som Björklöf utvecklade kom så fort att han inte hann förstå vad som hände. Som tur var handlade de rutinerade sköterskorna snabbt; satte dropp, gav syrgas, satte kateter, tog blodprover och allehanda bakterieodlingar och innan Erik visste ordet av fanns narkosläkare på plats, tog över ansvaret och drog iväg patienten till intensivvårdsavdelningen. Han fick senare veta att en larmknapp på sköterskeexpeditionen gjorde att narkosläkare och medicinare var på plats inom fem minuter. Han hade känt sig pinsamt inkompetent. Han följde med till intensivvårdsavdelningen, men kände sig ganska snabbt överflödig och eftersom det fanns fler patienter som väntade på akuten återvände han dit.

Något senare på natten ringde narkosjouden:

–Kan du komma upp och titta till din patient? Vi behöver bestämma vad som ska göras nu. Erik gick upp till intensivvårdsavdelningen och träffade narkosjouden som var en trevlig men mycket bestämd man i 45-årsåldern. Han rapporterade om Björklöfs tillstånd.

–Vi har gett honom antibiotika, plasma, kristalloider och inotropiskt stöd. Han är cirkulatoriskt stabil nu och diuresen börjar komma igång. Nu måste vi bestämma vad som ska göras. Det är ju uppenbart att han har en peritonit som orsak till septisk chock och antagligen har man perforerat kolon i samband med koloskopin. Enligt mitt förmenande måste ni operera honom nu inatt.

–Jag måste nog ringa till Anders Grip som är bakjour.

–Det tycker jag att du gör rätt i.

Efter samtalet med bakjouden tidigare på kvällen kände sig Erik inte särskilt bekväm när han ringde till Grip.

–Ja, det är Anders Grip.

–Hej det är Erik Person.

–Jaså, vad vill du nu då?

–Jo den här patienten som jag talade med dig om förut fick en septisk chock och ligger nu på

intensiven. Narkosjuren tycker att patienten borde opereras nu inatt.

–Jaså, och varför tycker han det då?

–Jo patienten har peritonit och då ska man väl operera?

–Och hur vet du att han har peritonit?

–Ja han har ju fortfarande väldigt ont i buken när man palperar och ofrivilligt muskelförsvar.

–Och vad visar buköversikten?

–Det har vi inte gjort någon.

–Va? Men gör det då och hör av dig sedan.

–Men buköversikt är väl...?

Plötsligt slet narkosjuren till sig luren, han var uppenbart rosenrasande.

–Anders, det här är Sven Nilsson. Du är bakjour åt Erik som är en duktig men oerfaren ung kollega. Han har nu ringt dig två gånger om en svårt sjuk patient som du därmed har ansvar för. Patienten har peritonit, svårbehandlad sepsis och behöver laparotomeras omedelbart. Jag förbereder nu patienten för operation och jag förutsätter att du är här inom en halvtimme för att ta det slutgiltiga beslutet om kirurgi!

Därmed slängde doktor Nilsson på luren och sade:

–Den där Grip är en lat och dryg jävel. Men är han bakjour är det också hans förbannade plikt att ta hand om patienterna. Nu går vi och tar oss en kopp kaffe och några smörgåsar, det blir en lång natt.

Grip hade uppenbarligen respekt för Nilsson eftersom han 20 minuter senare infann sig på sjukhuset. Han undersökte Björklöf, kände på buken och konstaterade att en laparotomi var nödvändig. En halvtimme senare stod Erik tillsammans med Grip och opererade. Så fort man öppnade buken tömde sig en större mängd varig vätska, tarmarna var rodnade och svullna med fibrinbeläggningar och det luktade fränt. Erik hade aldrig sett något liknande. Det märktes att Grip var en erfaren kirurg. Han lokaliserade snabbt ett litet hål på kolon transversum, han skar bort lite tarmvägg runt hålet och sydde därefter ihop det. Därefter undersökte han resten av buken och hittade en stor tumör i cekum och en 3 cm stor vitaktig, hård förändring på vänster leverlob.

–Ja du Erik, det här var inte bra. Den här tumören är fixerad bakåt och dessutom finns det en levermetastas. Den här patienten kan vi inte göra så mycket för. Vi får lägga fram en loop-ileostomi och sy ihop buken.

Det var fruktansvärt för Erik att inse att Björklöf hade cancer som inte gick att ta bort och att stomi var det enda som kunde göras. Samtidigt litade Erik på den bedömning Grip gjorde och han mindes från kirurgkursen en föreläsning som gick ut på att man vid akut operation inte skulle göra större kirurgi än vad som krävdes för att rädda livet på patienten.

Resten av natten mindes han knappast. Tankarna runt Björklöfs akuta tillstånd och avancerade cancer snurrade runt i huvudet på honom och han hade svårt att koncentrera sig på de få patienter med banala tillstånd som han tagit hand om innan han äntligen fick gå hem på söndagsförmiddagen.

Under veckan som gick efter Eriks jour låg Björklöf på intensiven i tre dagar och blev förvånansvärt snabbt bättre. På torsdag eftermiddag kom han tillbaka till avdelningen och mådde ganska bra trots att han var trött och tagen. På eftermiddagsronden frågade han Erik vad som egentligen hade hänt när han kom in på akuten och Erik berättade om hålet på

tarmen som lett till bukhinneinflammation och blodförgiftning med efterföljande chock. Han nämnde ingenting om den tumör man funnit i buken.

På fredag morgon gick Erik rond med docent Phil som nu var tillbaka från sin semester. Det var en snabb rond eftersom Phil skulle ha mottagning och därefter åka till sitt landställe. Han var stressad och ställde inte så många frågor till Erik som så kortfattat och koncist som möjligt redogjorde för de patienter han hade ansvar för.

När ronden var klar sade Phil:

–Det är bra Erik. Du kan verkligen dina patienter. Du har ju lärt känna Björklöf också. Han är lite speciell men verkar tycka bra om dig. Nu kommer ju jag att var borta på eftermiddagen och har inte tid att prata med honom. Du var ju med på operationen också och såg hur det såg ut. Du kan väl ta och informera honom om tumören och vad ni hittade vid operationen. Jag tror att hans fru kommer i eftermiddag och det är väl bra om du pratar med henne också. Nu måste jag rusa till mottagningen. Ha det så bra, vi ses på måndag.

För tredje gången som underläkare i Ekeby upplevde Erik samma känsla. Det var ett kraftigt illamående och det bultade i tinningarna när han såg Grip försvinna bort genom korridoren.

## Den gula patienten

*Författare: John Blomberg*

*Läkarprogrammet*

*John.Blomberg@karolinska.se*

Sven Nordlander, nybliven AT-doktor som hade arbetat på kirurgkliniken i Visby sedan fyra veckor, var för kvällen (26/6) jourhavande kirurg på lasarettet där han ensam hade ansvaret för alla inkommande kirurgpatienter. På de flesta större sjukhus var ju inte AT-läkarna ensamma primärjour men vid små lasarett som i Visby behövdes det för att jourverksamheten skulle fungera. Sven kände sig inte riktigt lugn med att vara ensam jour på akuten även om bakjouren bodde nära. ”Man vill ju inte störa för ofta”, tänkte Sven. Han hade ju inte varit mer än fyra veckor på kirurgkliniken men hade jobbat två månader på medicinklinik tidigare.

Det hade varit ganska många patienter sedan Sven gick på sitt nattjournspass men lyckligtvis hade han kunnat lösa deras problem utan att behöva ringa någon. Plötsligt vid 22-tiden verkade det som det kunde ges tid för en liten matpaus. Just när Sven skulle sätta sig i fikarummet på akuten, blev han ombedd av syster Karin att komma med till rum 3 där hon tagit in en ung kvinna. –Hon har jätteont i magen och kanske kan det vara gastrit, sade syster Karin samtidigt som hon gav honom den ifyllda akutjournalen. Som ankomstorsak var noterat ”Gastrit?” samt att den vanliga mängden bukprover var tagna.

–Jag som just skulle äta lite, sade Sven. Men Karin bad honom bara göra en snabb bedömning av patienten.

–Så att vi kan ge lite smärtstillande.

”Nåja det tar förhoppningsvis inte så lång tid”, tänkte Sven. Det brukade ju stämma med vad som föreslagits på akutjournalen. Han hade erfarenheten att de vana sjuksköterskorna på akuten oftast hade rätt i sina medicinska bedömningar av akutfallen.

Sven såg att det även fanns noterat temperatur på 37,3° samt att blodtrycket var 150/80 och pulsfrekvens 70. Sven tänkte att det var lite högt övertryck för en kvinna på 29 år. Efter att ha knackat på dörren, steg han in på rum 3. På britsen satt patienten framåtböjd med armarna mot magen. Hon vaggade lite fram och tillbaka med överkroppen och ansiktet var rynkat i en grimas. ”Ser hon inte lite blek ut? Varför kan hon inte sitta still?”, tänkte Sven.

–Ska vi inte ge henne något smärtstillande? frågade Karin.

–Jag måste bara få prata med henne lite innan jag tar beslut om smärtstillande, svarade Sven efter att ha funderat lite.

Sven presenterade sig och fick veta att patienten hette Eva. Han såg att när hon pratade så behöll hon armarna vikta över magen och fortsatte att vaggas lite fram och tillbaka. –Kan jag inte få något mot smärtan? frågade hon. Det kommer sådana körare i magen som gör så otroligt ont.

Sven kände att han måste få veta lite mer innan han ville ge patienten något smärtstillande, annars kanske han missade något viktigt i status när han skulle undersöka henne.

Han bad Eva berätta vad som hade hänt. Hon började prata med korta intervaller och sade:

–Jag åt lite russin vid niotiden imorse och efter en kort stund fick jag så himla ont i magen. Efter flera timmar började det tona bort och då åt jag lite lunch och då kom alltsammans tillbaka efter en stund igen. Jag mådde illa och kräktes flera gånger vilket gjorde att det lättade



lite men sedan kom det tillbaka igen och vill inte ge med sig. Jag måste få något smärtstillande, jag står inte ut!

Sven frågade om hon haft något liknande tidigare?

–Magbesvär har jag ofta men det brukar lätta med Novaluzid, men det har aldrig gjort så här ont och Novaluzid hjälpte inte heller, jag kräktes upp allt, svarade Eva.

–Var kräkningen blodig?

–Nej det var den inte.

–Eva kan du peka var smärtorna sitter? frågade Sven.

Eva pekade med hela handflatan och markerade ett område mitt under bröstbensspetsen, sedan drog hon handen lite åt höger.

–Det kommer såna knip här emellanåt.

–Försvinner smärtorna helt någon gång?

–Det gör de inte, det kommer knip men sedan finns det kvar i magen hela tiden.

”Hmm”, tänkte Sven. ”Två smärtyper, dels intervallknip och dels någon slags kvarvarande smärta, molvärk? Hon har ju kräkts flitigt och mår illa fortfarande säger hon”. Sven frågade om avföring eller gasavgång och fick veta att hon fick springa fyra gånger på toa då det kom lösare avföring.

–Var det konstig färg på avföringen?

–Jag tittade inte på avföringen, svarade Eva.

Sven funderade. ”Ileus? Kan det vara ileus? Men då borde ju inte avföringen ha varit så riklig? Kan det vara det ändå?”

–Eva är du opererad tidigare?

–Nej, svarade Eva.

”Magsjuka då?”, tänkte Sven. Han frågade därför Eva om hon hade ätit något som inte smakade så bra senaste dagarna? Hon svarade då att hon och hennes sambo hade ätit sushi dagen innan men sambon hade inte blivit sjuk och att det inte alls smakade dåligt på något vis.

”Kan det vara magsår? Eva brukar ju ta Novaluzid mot magkatarr, men nej kräkningen var ju inte blodig. Fast det behöver den ju inte vara...”

Sven kände att han ville analysera smärtan lite mer och frågade om hur snabbt smärtan kom efter att hon ätit?

–Kanske en halvtimme efter eller lite mer, svarade hon.

–Eva, har du haft magsår tidigare?

–Nej.

–Tar du några mediciner?

–Nej, bara lite Novaluzid ibland.

–Och du har inte tagit några värktabletter nyligen?

–Nej.

–P-piller?

–Nej.

För att komplettera anamnesen på sedvanligt sätt frågade Sven henne om eventuella allergier men det fanns inga sådana sade Eva.

–Hur är det med alkohol ?

–Jag drack några glas vin till maten i lördags (två dagar tidigare).

”Hmm alkoholpankreatit kan det ju inte vara med den konsumtionen”, tänkte Sven.

Sven betraktade Eva. Hon satt aldrig riktigt helt stilla utan vaggade hela tiden med överkroppen.

”Stensmärta brukar ju yttra sig så” minns Sven plötsligt. Kunde det vara njursten?

–Eva, hur är det med urinen? Några bekymmer med den?

–Nej.

–Inte någon konstig färg?

–Jo den var väldigt mörkgul tycker jag.

”Hon har ju kräkts rikligt och haft riklig avföring och inte kunnat dricka, det beror säkert på att hon är lite uttorkad och urinen är koncentrerad.”, tänkte Sven. Gallsten då?

–Eva, finns det någon mat du inte tål eller inte mår bra av?”

–Nej jag brukar kunna äta allt.

–Har någon i släkten haft gallsten?

–Nej inte vad jag vet, svarade Eva.

Sven visste nu inte vad han skulle fråga så det var väl lika bra att få göra en undersökning snabbt så kanske maten inte var helt kall sen. Sven bad Eva ta av sig på överkroppen och knäppa upp byxorna samt lägga sig på britsen. Eva bad om en större kudde eller höjd huvudända för ”Då känns det mindre obehagligt”. Men hon sade ändå:

–Kan jag inte få något mot smärtan, det är så jobbigt.

–Jag ska bara känna på magen så ska jag ordna med det, svarade Sven.

Sven gjorde status i sedvanlig ordning så han inte skulle missa någon del:

AT: Eva var orienterad och helt adekvat. Ingen synlig ikterus. Lite blek kanske, men konjunktivae såg ju inte bleka ut. Hon såg spänd ut, liten rynka i pannan, hon hade säkert ganska ont tänkte Sven. Andningen verkade ytlig men frekvensen var ju under 20/min

Lungor: Här hördes inget konstigt.

BT/Puls: 150/80 och regelbunden pulsrytm på 70 utan blåsljud.

Buk: (Sven fick be Eva ta bort armarna över magen). Hon verkade öm i epigastriet men bukväggen var ej spänd. Reagerade och spände lite när Sven kände med fingrarna under höger revbensbåge men om Sven gjorde palpationen långsamt och försiktigt så var det ej spänt. Hon sade även att det gjorde lite ont när Sven flyttade fingrarna ner mot höger fossa. I vänster del av buken verkade det inte göra ont alls. Inga konstiga resistenser att känna. När Sven dunkade lite över revbensbågarna verkade det som om det gjorde lite ont på höger sida. Ingen reaktion när han stötte till över njurlogerna. Vid auskultation av magen så fick Sven lyssna ganska länge innan det hördes några tarmljud. ”Klart nedsatta”, tänkte han, ”Paralys”?

PR: Sven informerade om att han ville känna per rectum. Eva frågade om han var tvungen att göra det? Sven svarade att det är en mycket viktig del när man ska bedöma sjukdomar i magen, och då gick Eva med på detta. Han bad Eva lägga sig på vänster sida med uppdragna ben. Ingen avföring i ampullen, ingen utfyllnad och ingen speciell ömhet, inte heller när han försiktigt ruckade på livmodertappen från sida till sida. Sven tittade på handsken men där fanns ingen avföring för färgbedömning.

Sven sade till Eva det han tänkte nämligen:

–Jag vet inte riktigt vad det hela beror på men jag ska försöka ordna så att smärtan lättar och så får vi se vad proverna visar. Sven vände sig sedan till syster Karin.

–Ge henne Artonil brus (H2 receptor blockerare + bikarbonat) så får vi se om det inte lättar. Hon brukar ju ha magkatarrliknade besvär så det kanske är ett rejält sådant anfall. Fungerar

det inte med Artonil på 20 minuter och hon fortfarande har lika ont så ge henne lite Ketogan intravenöst. Prova då först med 2,5 mg, men upprepa om det inte har tillräcklig effekt. ”Äntligen får jag äta lite!”, tänkte Sven.

Labproverna dröjde någon timme och när han fick se dem tänkte han: ”Verkar vara något med levern. ALAT på 5,21 vilket ju är ganska högt och Bilirubin på 57! Men CRP är ju normalt. Ingen anemi. (Lablista (26/6) finns tillgänglig, vänligen kontakta författaren). ”Kan det vara gallsten? Bilirubin är förhöjt, men inte såg hon gul ut? Jag får gå in igen och prata med henne och höra hur hon mår.” Sven frågade syster Karin först och fick höra att hon inte behövt ge Ketogan eftersom Eva blev mycket bättre efter en halvtimme när hon hade gett Artonil.

När Sven träffade Eva igen låg hon raklång på britsen men hade inte armarna över magen. Ansiktsuttrycket var inte längre en grimas och hon andades lugnare. Eva sade att hon mårde mycket bättre. Illamående hade släppt och det var bara lite ömhet kvar när hon tryckte på magen.

Sven tänkte: ”Gulsot ser jag inte men det är ju inte några fönster i undersökningsrummet och det är ju ändå kväll så då brukar det ju vara svårt, dessutom är lysrören i taket är inte av dagsljusstyp.” Han kände Eva på magen igen och det var stor skillnad mot tidigare. Ingen reaktion på dunkning över revbensbågen men hon sade att det kändes lite ömt när han kände i epigastriet.

–Eva det är några onormala värden i leverproverna, det kan vara gallsten. Vet du om du tidigare haft onormala leverprover?

–Nej det vet jag inte, jag har aldrig tagit några sådana. Får jag gå hem nu? Jag känner mig mycket bättre.

”Jag vet inte riktigt vad det är för fel och bakjouren lät meddela när han gick hem att det bara fanns några få lediga platser kvar på kirurgavdelningen. Jag måste ringa honom, om han behöver lägga in patienter, för att diskutera detta. Levervärdena var ju ganska höga och det här måste ju utredas. Hon har ju ingen feber och smärtan har blivit mycket bättre. Klockan är nu 23.30 och röntgen brukar inte vilja göra nattliga undersökningar om de inte tycker att det är absolut nödvändigt.” tänkte Sven.

Han ringde upp röntgenjouren för att diskutera vad han tyckte. Röntgenjouren sade att det borde ju göras ett ultraljud i första hand men att han inte klarade det och då var han tvungen att ringa in röntgenbakjouren och han var ju tvungen att jobba imorgon också.

Sven och röntgenjouren diskuterade Eva och beslutade framför allt med tanke på att hon var feberfri och att smärtorna nästan hade försvunnit helt, samt att hon ville gå hem själv, att hon fick gå hem. Men hon fick instruktioner om att komma tillbaka nästa morgon för nya prover, ny palpation samt ultraljudsundersökning kl. 07.30. ”Bra, då hinner jag träffa henne innan jag slutar mitt arbetspass.” tänkte Sven. Han informerade Eva om att hon som extra säkerhet fick med ett stolpiller Ketogan att ta vid behov hemma.

Eva tyckte att det lät bra. Sven sade till henne att om det började göra ont igen eller feber uppstod, så skulle hon återkomma tidigare än avtalat.

## 27/6 strax efter kl. 07.30:

Sven hade sovit cirka en timme i omgångar under natten och kände sig som vanligt ganska mosig efter en stressig nattjour och visste ju att han skulle vara nattjour igen i imorgon natt. Men han hade ju lovat att bedöma Eva igen på morgonen. Hon hade precis varit på ultraljudsundersökning och väntade på undersökningsrum 3.

Ultraljudet (UL) visade "en ca 1 cm stor sten fritt liggande i gallblåsan men i övrigt ses inget avvikande i lever, gallvägar eller bukspottkörtel".

Morgonens nya prover var klara och visade att Bilirubin hade stigit till 96. Sven beställde även analys av konjugerat Bilirubin och det värdet varr 59. ALAT hade stigit till 8,08 "Oj oj, det är en rejäl ökning", tänkte han. ALP var fortfarande normalt men GT var förhöjt. "Synd att det inte togs igår", tänkte Sven. Det verkade inte heller vara pankreatit eftersom Amylas var normalt. CRP hade stigit till 8 men det var ju inte så högt men någon slags inflammatorisk retning verkade det vara. Sven bad sjuksköterskan komplettera proverna med INR och el-fores för att få en uppfattning om leverfunktionen och om det kunde vara någon slags inflammatorisk leversjukdom.

När Sven en kort stund senare träffade Eva så tyckte han att hon nog såg lite gul ut på ögonvitorna. När han frågade hur hon mårde så svarade hon att det inte var ömt längre och att hon inte haft några smärtor efter att hon kommit hem.

Med tanke på de höga levervärdena så frågade Sven om hon hade varit ute och rest och då berättade Eva att hon gjort en långresa och kom hem för en månad sedan.

–Jag var i Singapore, Malaysia och Thailand.

–Vaccinerade du dig mot något innan du åkte?

Eva svarade att det gjorde hon inte.

–Jag var aldrig sjuk under den resan.

Sven redogjorde för de undersökningar som gjorts och sade till Eva att det nog inte var den påvisade gallstenen som var förklaringen till besvären, den låg ju bara där och skvalpade, men att det kunde vara någon inflammation i levern, kanske hepatit. Han informerade henne om att han skulle ringa infektionsjouren och höra vad denne ansåg. Sven bad Eva vänta i väntsalen så skulle han återkomma så fort han kunde.

Infektionsjouren, doktor Bilharz, kom och bedömde all utredning som gjorts och bedömde även patienten. Han tyckte det mest liknade ett avgånget gallkonkrement.

–Hepatitdiagnosen verkar inte sannolik men för säkerhets skull kontrollerar vi hepatitserologi och CMV och EBV.

Svårt fall! "Det är väl inte gallstas, varken ultraljud eller ALP provet talar ju för det och smärtorna har ju nästan helt försvunnit. Men det konjugerade bilirubinvärdet var ju högt? Då borde det ju inte vara fel på levercellerna? Hemolys ska väl inte komma med smärtor? Kan det vara en gallsten som avgått ut i tarmen? Det stämmer inte riktigt heller. Någon tumör sågs ju inte heller på UL och Eva är ju så ung.", tänkte Sven. Han var trött och hade svårt att koncentrera sig och tänkte att var det gallsten så hade ju Eva inte haft liknande tidigare. Hon hade blivit bra nu och gallbesvär en gång behövde ju inte betyda att besvären måste återkomma. Vad han mindes av gallföreläsningen på kirurgkursen så var operationsindikationen relativ om man bara hade haft ett enda anfall. Så att vänta och se kunde ju inte vara fel, tänkte han.

Sven gick och pratade med Eva i väntrummet.

–Det kan ha varit ett gallstensanfall där en sten avgått men det behöver inte alls återkomma och bara för att man ser en gallsten på ultraljud så måste man inte bli opererad. Den är ju även 1 cm stor så den borde inte kunna avgå från gallblåsan. Dessutom anser infektionsjouren inte att det är hepatit.

Sven bad Eva återkomma vid behov om besvären skulle återkomma. Hon fick lite råd om dieten d.v.s. vad som anses kunna utlösa gallstensanfall. Sven skrev ut några stolpiller Voltaren á 50 mg som Eva kunde ta om smärtan skulle återkomma. Eva nöjde sig med det och sade att hon var glad att hon slapp bli opererad. Sven dikterade in sin avslutande bedömning, avslutade sitt pass och fick äntligen gå hem och sova.

### **28/6 kl.20.00:**

Sven hade gått på nästa nattjourpass och såg nu på akutliggaren att Evas namn fanns där igen. Hon hade väntat flera timmar men var ännu inte läkarbedömd. ”Buksmärtor, ikterus” stod det som orsak. Nya ”bukprover” var tagna (Lablista (28/6) finns tillgänglig, vänligen kontakta författaren) och jämfört med dagen innan så såg i alla fall leverproverna bättre ut. CRP hade dock stigit till 10. Sven såg också att el-fores och INR från igår inte visade något speciellt. ”Antydd oligoklonal Ig-G ökning och lätt CRP-ökning som enda tecken på inflammatorisk aktivitet” hade labläkaren noterat i labsvaret. Amylas hade stigit lite men var fortfarande inom normalområdet. På akutjournalen var noterat temperatur på 37,2°.

När Sven gick in till Eva så låg hon stilla på britsen med armarna längs sidorna och hon såg inte ut att ha lika ont som tidigare. ”Ser hon inte lite mer gul ut på ögonvitorna än igår, trots att Bilirubin har sjunkit något?”, tänkte Sven. När han hälsat berättade Eva: –Idag på eftermiddagen så kom smärtan tillbaka efter att jag hade ätit men nu gör det mest ont till höger. Hon visade med handen på området under höger revbensbåge. –Det känns bäst när jag ligger stilla på rygg.

När Sven kände på magen så var Eva mycket öm under höger revbensbåge utan att det fanns någon speciell punkt som ömmade mer. Buken var mjuk. Ingen utfyllnad kändes. Sven informerade om att leverproverna såg bättre ut.

”Det är konstigt, smärtan har återkommit men proverna är bättre”, tänkte Sven. Ultraljud kunde väl missa saker och ibland lönar det sig att göra om undersökningen och då kan mer information komma fram hade Sven hört någon av kirurgerna säga ibland. Sven ringde röntgen och diskuterade fallet med röntgenjouren. Han hade förstått att röntgenjouren var ganska van att göra ultraljundsundersökningar. Röntgenjouren tyckte att den kunde göras akut. ”Vad bra, då kanske det blir klarare vad det rör sig om”, tänkte Sven.

Ultraljudet visade denna gång två konkrement. Det ena ca 10 mm och det andra litet, kanske 2 mm. Gallblåseväggen var inte förtjockad och gallgångarna var inte vidgade. Bukspottkörteln tycks en aning ”svullen” men det verkade vara osäkert när Sven fick utlåtandet på skärmen. Undersökaren skrev också att det kanske fanns en utfyllnad ner i distala choledochus, konkrement? Sammantalet var det ett ganska diffust utlåtande tyckte Sven, ”Inte mycket till hjälp, det var ju nästan samma som förra utlåtandet”.

Sven ringde och diskuterade fallet med bakjouren som inte heller verkade veta vad detta kunde bero på. Hepatit med leversvullnad kunde ge sådana här smärtor. Leversvullnad kunde ju även orsakas av andra saker men Eva var tidigare frisk och verkade inte ha några

riskfaktorer i anamnesen. Man enades om att patienten skulle läggas in för observation och senare eventuell vidare utredning. Men Sven undrade vad..

Eva hade så ont att hon bad om smärtstillande, så Sven meddelade sjuksköterskan att ge Ketogan 2,5 till 5mg iv v.b. och att patienten skulle fasta samt med 2 liter 5% Glukos med elektrolyter och nya leverprover nästa morgon. ”Pankreatit är det ju inte så amylas behöver jag inte beställa”, tänkte Sven. Han bestämde sig för att vara med på morgondagens röntgenrund för att diskutera om ytterligare röntgen vore av värde samt att höra vad bakjouren och de andra kirurgerna hade att säga om vidare utredning. Sven funderade över om det kunde vara ett operationsfall, men det kändes ju inte som om stenarna i gallblåsan var orsaken till de aktuella smärtorna och någon cholecystit verkade det väl inte vara.

# Den rödfläckiga patienten

*Författare: Eva Wikström-Jonsson*

*Läkarprogrammet*

*Eva.Wikstrom-Jonsson@ki.se*

Pernilla Gustafsson hade bara hunnit arbeta ett par veckor som vikarierande underläkare på hudkliniken vid Uppsala akademiska sjukhus. Klockan började närma sig fyra på eftermiddagen när hon sjönk ner framför datorn på läkarexpeditionen med sin tekopp bredvid sig. Hon skulle just börja gå igenom dagens labsvar, när avdelningsföreståndaren knackade på dörren. En ny patient som skulle skrivas in för utredning av hudutslag hade kommit.

Pernilla läste datorjournalen och gick in till den nyanlända patienten, förhoppningsvis dagens sista inskrivning, som för närvarande låg ensam i ett rum med två sängplatser. Hennes nya patient, den 82-åriga pensionerade sjuksköterskan Lisa Wärme, var blek, magerlagd och lätt kutryggig. Hon saknade helt tänder i överkäken och hade utbredda rodnade fläckar på hela kroppen. Underbenen var svullna och huden där vätskade på flera ställen. Vid samtalet berättade Lisa Wärme att hon drabbats av förmaksflimmer och hjärtsvikt efter en hjärtinfarkt för fyra år sedan. Hon antibiotikabehandlades för närvarande för en misstänkt djup mjukdelsinfektion. Förutom att hon hade epilepsi, som tablettbehandlats sedan barndomen, hade hon också Mb Bechterew sedan ungdomen. Hon hade opererats för magsår för några decennier sedan, med kroniska diarrébesvär som följd. Pernilla kunde inte låta bli att fundera över om magsårsproblemen hade med patientens tidigare Bechterewbehandling att göra. Hon noterade samtidigt att patienten kliade sig ofta. Vid flera tillfällen blev de tvungna att ta en liten paus i samtalet, då patienten var mycket orolig och fick upprepade gråtattacker.

På den tummade medicinlistan Lisa Wärme tog upp ur sin bruna handväska fanns följande läkemedel:

Omeprazol 20 mg 2x1	(protonpumpshämmare)
Loperamid 2 mg 2+2+2	(mot diarré)
Kalcipos 500 mg 1x2	(kalcium)
Plavix 75 mg 1x1	(klopidogrel, sekundärprofylax efter hjärtinfarkt)
Betolvidon 1 mg 1x1	(B-vitamin)
Folacin 5 mg 1x1	(folsyra)
Furix Retard 60 mg 1x1	(furosemid, mot hjärtsviktssymtom)
Fenemal 50 mg 1 tn	(antiepileptikum)
Liskantin 250 mg 1x2	(primidon, antiepileptikum på licens)
Sifrol 0,18 mg 1 tn	(pramipexol, oklar indikation)
Fenantoin 100 mg 1x2	(antiepileptikum)
Spirolakton 25 mg 1x1	(mot hjärtsvikt)
Dalacin 300 mg 1x3	(klindamycin, mot misstänkt djup mjukdelsinfektion)
Citodon 500 mg 2+1+1+1	(mot värk)
Oxascand 5 mg 1x2	(mot ångest och oro)
Duroferon 100 mg 1x1	(mot järnbristanemi)

På grund av patientens klåda och oro satte Pernilla in T. Nozinan 25 mg, ½ tablett till kvällen. Därefter ordinerade hon lokalbehandling av huden med den starka glukokortikoidsalvan Dermovat. Sedvanliga inkomstprover var normala, frånsett en sedan länge tillbaka känd anemi (Hb 101 g/L). Pernilla tog två stycken 4 mm stansbiopsier från rodnade hudpartier på patientens vänstra arm och nacke.

Den rodnade huden bleknade inom ett par dagar sedan Dermovatbehandlingen påbörjats. Patienten kände sig också mindre orolig sedan hon lagts in på avdelningen, och gråtattackerna hade i princip upphört helt. Däremot tycktes hennes klåda omöjlig att komma tillrätta med. Pernilla hade till och med, tillsammans med syster Jessica, ägnat minst 45 minuter åt att leta efter skabbdjur hos patienten utan resultat.

Några dagar senare låg PAD-svaret från biopsierna i Pernillas signeringshög. Svaret talade för eksematös läkemedelsreaktion. När Pernilla återigen lusläste de gamla journalanteckningarna, kunde hon konstatera att patienten tidigare vårdats på grund av en misstänkt läkemedelsreaktion i huden. Reaktionen hade då antagits bero på simvastatin, som nu var utsatt sedan tre månader tillbaka. Hudbesvären hade aldrig gått över helt. Lisa Wärme låg fortfarande kvar på avdelningen, och besvärades mycket av klådan. Pernilla sjönk ner i stolen på läkarexpeditionen och begrundade Lisa Wärmes läkemedelslista. Vad skulle hon nu göra?



## Akut ischemi

*Författare: Rebecka Hultgren*

*Läkarprogrammet*

*Rebecka.Hultgren@karolinska.se*

Precis när Bolibompaslingen tonade ut ringde det i kärlikirurgjourtelefonen. Johanna hade bara precis börjat sin ST på kärlikirurgen och tyckte det var svårt, jobbigt och spännande att gå första heljouren. Näväl, det var väl bara att svara.

–Ja det är Andersson, kärlijour.

–Ja hallå, det är Jansson, kirurgbakjouren på Danderyds sjukhus. Vi har en gubbe här med kall och blek fot. Var kan jag skicka honom?

–Stopp, kan du berätta lite först om patienten?

–Jahaja (suck). Jag vet inte så mycket om honom, det är vår AT som haft honom... Men han är född runt 1950, ganska frisk tror jag. Den här killen kom in halv fem på eftermiddagen med smärta i vänster fot, den är kall, och blek. Han har haft en liknande historia för två veckor sen men sökte inte då. Det känns som ett typfall för er?

–Jaaaa, ok. Johanna funderade, hur var det fanns det en säng kvar på avdelningen? Det var väl en kärllpatient, borde inte sådana här skickas till akuten först?

–Okej, skicka honom till vår kärlikirurgavdelning direkt, svarade hon till slut.

”Är detta en tillräcklig anamnes? Vad borde jag frågat om mer? Hur kan jag vara säker på att det är en kärllpatient?”, tänkte Johanna när hon lagt på.

Hon ringde systerarna på avdelningen som utan protester tog den kortfattade anamnesen. Johanna insåg att hon genast måste in till sjukhuset igen. Hon satte sig i den lilla röda och susade in. Johanna och ambulansen kom samtidigt. Patienten fick ett rum av snälla undersköterskan Annika på avdelningen och hon skrev in honom, snabbt.

Anamnes:

Smärta i vä fot abrupt kl. 16.30, kallt och domnat. Liknande episod för 2 veckor sedan som dock ej blev lika långvarig eller besvärlig. Patienten har haft ont i vä vad tidigare vid raska promenader; som viker efter en stunds vila.

Tid sjd; hypertoni (medicin Seloken 25mg\*), hyperlipidemi (medicinerar med Lipitor 10mg\*1), Soc arbetssökande, gift med barn, deprimerad enl hustrun.

Status (uppifrån och ner):

AT opåverkad i vila

BT 170/110

Cor; rr ca 96 sl/min inga biljud Carotis låter bilat. Ua.

Buk, spänd, aorta ej palpabel

PP; Hö; femoralis, poplitea, dorsalis pedis, tibialis posterior ua, (möjl breddökad popl)

Vä: femoralis puls ua, inget distalt palp. Ingen signal med doppler.

Vä jmf hö underben; Sens nedsatt, motorik nedsatt. Sval men ej iskall.

Johanna satte sig för att diktera, det var faktiskt ett bra tillfälle att samla sig. ”Okej, nu har

jag en ganska ung man med påverkad motorik, sensibilitet, och ingen dopplersignal. Det fanns ju ett akutkompendium, men det har jag glömt hemma. Det finns ju flera sätt att klassa patienterna, det där med 5 P var ju ett hjälpmedel”, tänkte hon. Hon gick tillbaka, för som vanligt glömde hon några viktiga detaljer. Det gjorde henne lite glad när hon märkte att patienten hade stort förtroende för henne. Han frågade när han kunde åka hem och vad som skulle hända med honom nu.

–Du ska stanna här i natt. Du har fått nedsatt cirkulation i vänster ben och kommer behöva behandling, svarade Johanna.

–Jamen, varför har han fått det? frågade patientens hustru oroligt.

”Hon kanske bättre förstår mina tillkortakommanden som kärljour”, tänkte Johanna stillsamt.

–Jaaaa... Det kan ju bero på många saker... Just det jag skulle behöva fråga några saker till om. Hur har du haft det sista dagarna, har du mått bra? Haft någon infektion, feber? Bröstmärtor? Resor? När åt eller drack du senast?

–Nej nej, allt som vanligt, stönade patienten som började få mer ont, och var uppenbart besviken över att hon inte kunde bota honom promptly.

Johanna bestämde sig nu raskt. Hon ringde sin snälle bakjour.

–Hej det är jag, jag skulle behöva konsultera dig. Hon drog hela ramsan en gång till. Som vanligt slutade samtalet med frågan:

–Jaha du, vad hade du tänkt göra med patienten då? Hur klassar du patientens status nu?

”Suck, varför ska de alltid säga så, varför tror du jag ringer? Jag ORKAR inte stå här och bestämma allt själv.” tänkte hon tyst och surt.

–Jo, jag tänkte att det fanns två vägar att gå och eftersom det kan finnas en liten misstanke på aneurysm kanske trombolys är bättre. Johanna svarade med flit inte på klassificeringsfrågan, det skulle hon läsa på i natt.

–Okej. Ring in angiojouren bums. Ring mig efter första bilden. Han lade på.

Patienten förbereddes på sedvanligt sätt inför trombolys och kördes ner efter cirka 25 minuter. Angio visade ocklusion från poplitea ovan knäled, men ingen fyllnad distalt därom. Lys påbörjades, man såg på angiokonturen att det möjligen rörde sig om ett poplitea aneurysm. Johanna bestämde sig snabbt, hon stannade på sjukhuset. Detta var en ”benobs” som måste bevakas. Patientens ben blev successivt varmare och mindre domnat. –HURRA! sade hon till patienten och sig själv efter en och en halv timme och gick och lade sig på den obekväma Tomelillasoffan inne i ”tjejrummet”.

Plötsligt vaknade hon av jourtelefonen. Syster på kärlavdelningen, klockan var 05.20.

–Du, jag vill bara säga att din lyspatient har väldigt lågt fibrinogen nu, 0.3. Ska vi fortsätta?

–Jag kommer, viskade Johanna och undrade vad spelar det för roll att det sjunker? Var inte det bra, meningen till och med?

På avdelningens stängdes lysen av, det gjorde syster alldeles själv. Patientens blev snabbt svalare på foten och klagade på smärtor i vänster fot. Bakjouren kom direkt när Johanna ringde honom och de beslutade sig i detta läge för att det bara fanns ett bra alternativ.

## Akut operation

Patienten opererades (sövd) och det blev bara dystrare ju längre operationen pågick. Det slutade med en fem-pop bypass och fasciotomi. Patienten väcktes och åkte in på THIVA. Han vaknade inte ordentligt, var hypoton och motoriskt orolig, så det blev akut reintubation. Bakjouren och Johanna enades om att man måste utesluta att en förödande komplikation till lys inte inträffat. Följdaktligen blev patienten undersökt med CT skalle, thorax och buk. Benet kändes allt mindre viktigt just nu. Han började blöda ymnigt från ljumsken och anmäldes för att opereras akut igen. Fibrinogenet var nu 0.4.

Johanna gick hem kl. 10.00 efter en dyster rapport till den pågående heljouren som nu skulle fatta en rad svåra beslut. Något som först nu uppmärksammades av Johanna var den höga morfindosen som patienten erhållit under tiden när hon sovit på Tomelillasoffan. Han hade givits 75 mg morfin enligt de "generella ordinationer" som tydligen fanns på kärldelningen. Han hade också haft 0.7 i fibrinogen redan kl. 04.00, och de hade då kontaktat angiojouren som sade att de skulle stänga av lysen.

"Hade jag handlat annorlunda om jag vetat om detta?". Tanken gnagde Johanna hela söndagen på scoututflykten...

På måndagen var patienten amputerad underbensnivå vänster, och tyvärr blev han amputerad utan att han blev väckt före. Johanna, som ansågs "känna" patient och familjen bäst, fick den tunga uppgiften att tala med anhöriga, och patienten. Hon funderade en lång stund före. "Vad kunde jag gjort bättre, och hade det ändrat något? Vad kan jag göra nu för att förbättra patientens situation och prognos?"

## Flebografin

*Författare: Linda Wennberg  
Röntgensjuksköterskeprogrammet  
Linda.Wennberg@ki.se*

Det var novemberlov och det var många på röntgenavdelningen som var på semester. Dessutom var det många som var sjuka, därför var avdelningen inte så välbemannad. Karin jobbade denna vecka på den del av avdelningen som tog emot de akuta patienterna. Hon och hennes kollegor hade varit hårt belastade under veckan. De hade haft mycket patienter hela tiden och det hade nästan inte funnits tid till att fika. Dessutom fanns det några röntgensjuksköterskestudenter som behövde handledning.

Karin hade jobbat på avdelningen i snart tio år och var väl insatt i alla rutiner. Även om hon inte var anställd som sektionsledare, så fick Karin ofta fungera som arbetsledare när ordinarie sektionsledare var borta. Hon ställde alltid upp på detta även hon inte var så överförtjust i att bli tilldelad den rollen. Hon kände sig inte bekväm i att delegera ut arbetsuppgifter till sina kollegor när hon inte hade en formell tjänst som arbetsledare och var bekymrad över att det skulle leda till missnöje och konflikter. Däremot kände hon sig bekväm med att handleda studenter. Det var både utvecklande och stimulerande och hon kände att det gjorde henne till en bättre röntgensjuksköterska eftersom det uppmuntrade till reflektion av metodtillämpningen och andra tillvägagångssätt. Hon såg det också som en utmaning att kunna hantera och tillgodose patientens omvårdnadsbehov och samtidigt kunna handleda studenter på ett adekvat sätt.

Karin hade precis kommit tillbaka från lunch då Tobias, en av undersköterskorna, kom fram till henne med en remiss i handen.

–Karin du måste ta denna undersökning nu, det är ingen annan som kan. Lars måste gå på lunch, Helen är gravid och kan inte stå inne i genomlysningslabbet och vi har ingen radiolog som kan köra den efter halv två så den måste köras nu.

Karin läste på remissen. Det var en 53-årig man vid namn Bertil, som skulle genomgå en flebografi under frågeställningen stod det: ”DVT?”. Anamnesen var väldigt kortfattad, mannen var röd och svullen med värmeökning över underbenet, det var allt som stod. Patienten var inneliggande och hade redan blivit nerkörd till röntgenavdelningen av vårdpersonalen och satt nu och väntade i väntrummet med personalen.

–Jag tar in patienten på lab 5 nu, sade Tobias lite jäktad.

–Okej låt mig bara få kolla att kreatinivärdet är okej, sade Karin.

Visserligen tyckte Karin om när det var lite tempo och när man jobbade effektivt, men hon ville kunna förbereda röntgenlabbet innan patienten hämtades. Dessutom hade hon ju inte varit på lab 5 på hela dagen och visste inte om allting fanns på plats. I ögonvrån såg hon en av studenterna stå alldeles ensam och lite vilsen medan hennes kollega försökte få en dement gammal dam att ligga stilla inför bildtagningen. Hon tyckte synd om studenten och ville gärna bjuda in henne att vara med på undersökningen, men kände att hon behövde förbereda sig och få lite mer kontroll över situationen först. Låt se nu, hon tittade snabbt igenom patientens tidigare inbokade undersökningar. Det verkade som om han hade gjort denna undersökning

för ett halvår sedan. Karin klickade upp svaret och skummade snabbt igenom det, tydligen hade han vid detta tillfälle haft en djup ventrombos. Hon kunde inte hitta några noteringar på några kontrastindicerande reaktioner och kreatinvärdet som var taget på morgonen låg på 94, så det verkade vara okej. Det fanns sprutor och uppdragningskanyler, men typiskt nog var kontrastmedlet i värmeskåpet slut. Hon fiskade upp nycklarna till medicinskåpet ur fickan och tog ut tre flaskor med jodkontrast, skrev dagens datum och sin signatur på flaskornas etiketter, spolade dem under varmt vatten en liten stund och satte sedan in dem i värmeskåpet. Det fick duga. Hon började dra upp natriumklorid i en 10 ml-spruta, kopplade den till en trevägskran och spolade igenom systemet så att det inte fanns några bubblor. Då hörde hon hur dörren gick upp bakom henne och Tobias kom in med patienten och medföljande personal.

Patienten, som satt i en rullstol, hade endast en tunn patientskjorta på sig. Han var barfota och runt hans vänstra fot hade man virat några varv med bandage. Karin pustade ut, vilken tur då hade i varje fall personalen på avdelningen satt en PVK. Att sätta infartkanyler var en åtgärd som hon kände sig ganska säker på, men det var alltid svårt på denna typ av patienter där foten var svullen med mycket ödem. Hon hälsade på patienten och sjuksköterskan, som kom med patienten. Sjuksköterskan verkade angelägen om att återvända till avdelningen och frågande hur lång tid undersökningen beräknades ta och om hon var tvungen att vänta kvar. Även om patienten verkade lite underlig så tyckte inte Karin att det fanns någon anledning till detta.

–Vi ringer när undersökningen är klar så kan ni komma och hämta Bertil, sade hon vänligt.

Sjuksköterskan skyndade sig iväg och Tobias och Karin hjälpte patienten upp på undersökningsbordet. Hon undrade för sig själv hur länge han hade legat på avdelningen. Patienten luktade inte så gott och det var uppenbart att han inte hade skött sin personliga hygien. Han pratade lite osammanhängande men verkade kunna ta till sig den information som Karin gav honom. Samtidigt som hon försökte göra det lite bekvämare för patienten så frågade hon honom om han hade diabetes.

–Det har jag ingen aning om, för det vet jag inte vad det är, sade han.

Karin funderade en stund sedan sade hon:

–Har du sockersjukan?

–Nej, nej... det har jag inte, svarade Bertil.

När Bertil låg på plats uppe på undersökningsbordet förklarade Karin lite mer ingående hur undersökningen skulle gå till. Bertil verkade inte speciellt intresserad av att lyssna utan ville hellre prata om allting annat. ”Nåväl, han har ju gjort detta förut och han verkar inte speciellt orolig”, tänkte Karin. Hon tog försiktigt bort bandaget från Bertils fot. Hon tyckte inte det såg ut som om PVK: n satt så bra. Bertils fot var väldigt svullen av ödemet. ”Inte det också nu när det är så ont om tid”, tänkte Karin. Hon tog på sig ett par handskar, tog fram sprutan med natriumklorid, kopplade trevägskranen till PVK: n och sprutade försiktigt. Hon kände ett kraftigt motstånd och lättade då genast på trycket.

–Gör det ont? frågade hon Bertil

–Nejdå, det är bara skönt, svarade Bertil. Karin smålog. ”Vilken märklig man, men han verkar ha humor så jag får väl försöka utnyttja det så ska det nog gå bra detta”, tänkte hon.

Efter en stund kom studenten, som tidigare hade stått och sett lite vilsen ut, in på labbet. Karin blev inte förvånad eller upprörd, hon hade ett inbjudande sätt gentemot studenterna

så det var inte ovanligt att de kom till henne. Studenten frågade om hon kunde få vara med. Karin nickade:

–Självklart! Det går väl bra Bertil? Då får du ju uppmärksamhet från två tjejer.

Bertil skrattade muntert och mumlade något obegripligt.

–Jag måste tyvärr sticka dig i foten igen eftersom denna infart inte fungerar.

–Det är bara till att sticka, sade Bertil.

Studenten tittade Karin med en förvånad blick, sedan tittade hon på Bertils fot.

–Oj, går det? Den är ju så svullen.

–Vi måste göra ett försök, eller hur Bertil? sade Karin och log.

Karin tog fram en ny PVK och tryckte med tummen på fotryggen av Bertils fot. Foten var så svullen att tummen lämnade ett djupt avtryck. ”Ojoj”, tänkte hon, ”Detta blir inte lätt”. Det skulle vara så skönt att få PVK: n på plats på första försöket så att de kunde bli klara innan radiologen blev upptagen och så att hon kunde hjälpa till med alla andra undersökningar som väntade. Sedan var det alltid lite mer pressande när någon stod och tittade på när en infartskanyl skulle sättas.

Precis när Karin skulle till att sticka, öppnades dörren till undersökningsrummet och in kom tre stycken civilklädda personer. Det var en välklädd kvinna, en kostymklädd man och ytterligare en man i sjukhusrock. Karin kände inte igen någon av dem, det var ingen av dem som jobbade på röntgenavdelningen. Vilka var de? Var det Bertils läkare som var angelägen om att ta del av diagnosen? Det hände ju aldrig att de bara strömmade in i undersökningsrummet utan att be om lov. Ingen av de främmande personerna hälsade på Karin eller studenten som stod vid Bertils fotända. De adresserade istället Bertil direkt. Vad Karin kunde utläsa av situationen så var en av männen överläkare på den avdelning som Bertil låg på och den andre verkade vara någon typ av handläggare från socialtjänsten. Kvinnan verkade vara juridisk företrädare för Bertil. Tydligt ansågs inte Bertil kapabel att ta hand om sig själv och man hade därför bestämt att överta Bertils beslutsrätt beträffande hans egna vårdbehov.

De tre personerna fortsatte att kommunicera över huvudet på Karin, det var ingen som lade någon notis om att hon överhuvudtaget fanns i rummet. Karin började känna sig mycket irriterad över hela situationen, hur kunde de bara stövla in mitt i en medicinsk undersökning utan att ens fråga henne om det var okej? Hon kände sig helt osynlig. Hon märkte att Bertils muntra humör började vända. Diskussionen verkade inte leda någonstans och klockan tickade på.

–Kan ni ta detta efterundersökningen? sade Karin bestämt.

Det var ingen som gav henne någon respons. Det verkade som om de skulle ta upp Bertils ärende i länsrätten just nu. ”Märkligt, varför skickar de ner honom för att göra undersökningen nu?”, tänkte Karin. Tiden gick och med tanke på hur Bertils ben såg ut och att han tidigare hade haft en DVT så verkade det vara av vikt att han genomgick undersökningen. Hur skulle hon göra nu?

## Anna

*Författare: Ingrid Lindquist*

*Sjukgymnastprogrammet*

*Ingrid.Lindquist@ki.se*

Anna var en mycket uppskattad sjukgymnast på neurologkliniken på stadens sjukhus. Hon hade haft studenter under flera terminer. Två veckor tidigare hade Lisa kommit till kliniken för att börja sin första kliniska period. Anna, som gått handledarutbildning, brukade börja med att försöka lära känna studenten och ta reda på vilka förväntningar och personliga lärandemål studenten hade. Hon började också på det sättet med Lisa som skulle vara sammanlagt sex veckor på kliniken.

Lisa berättade att hon var 28 år. Efter naturvetenskaplig linje på gymnasiet hade Lisa arbetat som lärarvikarie och som biblioteksassist. Hon berättade också att hon gjort ett antal längre resor över hela världen, som var mycket spännande och lärorika. När Lisa bestämde sig för sjukgymnastutbildningen kom hon in på första försöket. Lisa hade mycket höga betyg i gymnasiet och klarade studierna där utan större ansträngning. När hon kom till sjukgymnastutbildningen upplevde hon med en gång att konkurrensen var betydligt större men det hade gått väldigt bra för henne under det första året och hon hade klarat alla tentamina.

Lisa verkade mycket intresserad och påläst inför klinikperioden. Anna märkte väldigt snart att Lisa gärna ville gå hem litet tidigare på eftermiddagen för att sitta hemma och läsa. Hon uttryckte att hon lärde bäst på det sättet. Hon ville också gärna gå iväg till ett tomt undersökningsrum för att läsa på egen hand. Anna bestämde sig för att ta upp detta med Lisa och uttryckte vikten av att hon var kvar i grupparbetet. Lisa försvarade sig med att det var så ineffektivt att delta i diskussioner som böljade fram och tillbaka och där man inte hade fått klart för sig vad de skulle leda till eller hur arbetet skulle läggas upp. Lisa sade också att det hade varit lättare för henne om handledaren hade gett en överblick över ämnet eller åtminstone klargjort målet med diskussionen. Hon klagade också över att hon tyckte att hennes tankar lätt kom bort i gruppen.

Lisa ville inte gärna starta med egna patienter men hon följde gärna med Anna till hennes. Efter två veckor hade Lisa flera egna patienter men Anna hade började oroa sig för att Lisa blev klar så snabbt med den praktiska träningen med patienterna. Lisa hade inga problem att sätta upp mål och planera för upplägget och progressionen i träningen. Hon hade många idéer om hur man kunde behandla patienterna. Hon kunde också relatera de sjukgymnastiska insatserna till evidens om träning för den aktuella patientgruppen och berättade gärna vad hon läst om denna träning. Anna började inse att hon nog borde följa med Lisa till någon av patienterna och se hur hon hanterade den kliniska situationen. När Anna föreslog det, sade Lisa att det inte var nödvändigt och sade att hon klarade sig bra själv. När Anna till slut ändå följde med Lisa till en av hennes patienter såg hon att Lisa hade en mycket intressant diskussion med sin patient om träning men att hon inte gav sig in i det praktiska arbetet och egentligen inte följde upp hur patienten genomförde den träning man planerat. Anna frågade om olika undersökningsfynd. Lisa hade gjort ett neurologiskt status men inte utgått från patientens rörelseförmåga när hon gav träningsråd och inte sett patienten i träningen. Hon hade inte heller pratat med patienten om reella möjligheter att genomföra träningen när patienten skulle bli utskriven.

## Att möta anhöriga

*Författare: Anna Pettersson*

*Sjukgymnastprogrammet*

*Anna.Pettersson@ki.se*

Katarina var 27 år och arbetade sedan sex år tillbaka som undersköterska på Solgården som var ett demensboende. Hon trivdes bra med sitt jobb men tyckte många gånger att det kändes jobbigt att hantera de sjukas anhöriga. Den här eftermiddagen fick Katarina möta de anhöriga till Ulla, som hon var kontaktperson för.

Katarina hade knappt hunnit byta om innan Lisbet rusade fram och bad henne gå in till Ullas anhöriga. ”Åh, nej”, tänkte hon. ”Jag som hade sett fram emot att få en mjukstart på kvällspasset, men icke!” Nu hade hon inte ens fått i sig lite kaffe innan hon måste möta Ullas bror, Olof, och hans urjobbiga och alltid sura fru. Hon var ju inte ens Ullas närmsta anhörig, varför måste hon vara så ettrig och kritisk jämt? Det var som att de inte alls fattade hur svårt dement Ulla var. Lisbet och de andra tjejkarna hade redan fått en rejäl utskällning innan Katarina kom. De ville väl som vanligt klaga på allt som inte var gjort och påpeka allt som inte var gjort på det sätt som de tyckte att det skulle göras. Hon (Olofs fru) hade ”Minsann arbetat i vården” och visste precis hur det var. Katarina kunde riktigt höra deras kritiska frågor: ”Varför satt inte Ulla uppe?” ”Varför var telefonen urkopplad?” Som om de trodde att Ulla faktiskt kunde använda telefonen. De hade inte ens koll på att det var Ullas son, inte personalen, som hade varit där och kopplat ur telefonen Och fattade de inte att Katarina och de andra tjejkarna också hade andra att ta hand om?

Katarina hade varit kontaktperson till Ulla ända sedan hon kom till Solgården för två år sedan. Ulla var då 75 år. Då hade Ulla kunnat gå korta sträckor till toaletten och till dagrummet med rollator. Men två år och ett lårbensbrott senare hade hon blivit alltmer sittande. Hon verkade inte vilja längre, dessutom verkade hon ha ont. Det var som att hon tynat bort alltmer den senaste tiden, mer glömsk var hon också. Frakturen kanske inte hade läkt som den skulle? Katarina visste inte riktigt orsaken men hon hade sett det hända flera gånger förut. Det var ju så det var med gamla dementa. Hon och de andra i personalen hade minsann gjort så gott de kunnat men de kunde ju knappast tvinga upp Ulla om hon nu inte ville. Det var väl i så fall rehabpersonalens sak att ta tag i. Att gå till dagrummet gick oftast bra med sedan verkade det som om Ulla inte hade krafter kvar att gå tillbaka och då tog det för mycket tid. Katarina hade tagit upp frågan om komfortstol med Lisa, arbetsterapeuten, men hon hade bara svarat att: ”Det är inget man ska sitta och sova i”. Det var bara det att det hade känts lättare att låta Ulla att gå den ena sträckan om man visste att hon kunde sitta och vila i komfortstolen efteråt och bli körd tillbaka till rummet. Visserligen kunde Katarina oftast lirka och locka så att Ulla orkade den där sista biten utan att hon blev tvär men de andra som inte kände Ulla så bra... Det blev ofta kontroverser. Och förresten, vad skulle det göra det om Ulla slumrade till lite i den där bekväma stolen? Men det var klart, både rehabpersonalen och Olof och hans fru kom bara hit precis de tiderna när Ulla brukade sova i stolen! De såg ju aldrig att Ulla faktiskt visst var uppe då och då, plus allt det där andra som hon och personalen gjorde. Här slet man häcken av sig varje dag och vad fick man som tack? Argsinta anhöriga som ifrågasatte och kritiserade. Det kändes så orättvist!

Katarina tog nu ett djupt andetag innan hon öppnade dörren till Ullas rum där Olof och hans fru väntade ...



## Anna

*Författare: Ingvor Ultenius  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Ingvor.Ultenius@karolinska.se*

Anna hade gått ut sin specialistutbildning för ett år sedan och hade arbetat på samma sjukhus som hon utbildade sig på sedan dess. Sjukhuset var ett bassjukhus med de vanliga specialiteterna, såsom gynekologi, allmänkirurgi, ortopedi, urologi, ögon-, öron- näs- och halskirurgi. För tre månader sedan hade Anna flyttat till en större stad och börjat arbeta på en universitetsklinik, där hon nu var i slutskedet av sin tre månader långa introduktionstid.

Det var torsdag morgon och Anna såg att hon hade fyra patienter på sin sal och att hennes mentor inte var uppsatt på salen. Anna antog att det som vanligt var ont om folk på kliniken och att de som placerat ut på salarna antagligen tyckte att hon nu kunde klara sig själv, eftersom hon ändå snart var färdiginskolad. I och för sig kunde väl Anna hålla med om det men det hade ju varit trevligt om någon hade diskuterat med henne och sagt som det var i stället för att bara ställa henne inför fullbordat faktum. Anna kände sig inte riktigt nöjd trots att hon kanske egentligen skulle vara det eftersom de uppenbarligen tyckte att hon fungerade okej. ”Ja, ja, det är väl bara och gilla läget och ta tag i dagens program, jag har ju i alla fall en anestesilog bakom mig”, tänkte Anna och läste:

Kvinna född –55 partiell mastectomi

Man född –59 laparoscopisk cholecystectomi

Man född –69 hernia inguinalis dx

Kvinna född –48 haemorrhoidectomi enl. Milligan

När Anna kom in på operationssalen för att funktionskontrollera anesthesiapparaten, träffade hon Berit, en operationssjuksköterska som hon aldrig hade arbetat med tidigare. Anna hälsade och presenterade sig men Berit snodde runt på salen och verkade mycket upptagen med sina egna förberedelser tillsammans med Lotta som var undersköterska. Lotta hälsade glatt tillbaka och talade om att hon började på avdelningen bara för en månad sedan, vilket på ett naturligt sätt ledde till att Anna berättade att hon började för tre månader sedan. Medan Anna kollade sin anesthesiapparat kom Lotta fram till henne och viskade försynt att hon kände sig lite stressad i dag eftersom hon hade Berit på salen. Berit hade ju rykte om sig att vara otroligt duktig men samtidigt lite barsk och väldigt krävande. Anna försökte stötta Lotta med att det nog skulle gå bra och att de väl fick hjälpas åt.

Efter lunch hade Anna klarat av de två första patienterna utan problem, hon kände sig ganska nöjd och tillfreds med dagen så här långt. Hon hade fått hjälp vid induktion och väckning av Eva, sektionsledaren, en mycket duktig och sympatisk person tyckte Anna. Stämningen på salen hade varit lättsam och trevlig och hela teamet hade fungerat bra. Lotta och Berit verkade ha funnit varandra och Anna tyckte också att Berit verkade ha accepterat henne. Berit hade till och med skämtat till det lite vid ett par tillfällen. ”Där ser man vad rykten kan vara felaktiga”, tänkte Anna.

Nu var det dags att hämta in tredje patienten till förberedelserummet. På den preoperativa bedömningen läste Anna att kirurgen hade önskat muskelrelaxering till patienten men anesthesiologen hade ordinerat generell anestesi med larynxmask. Anna sökte den för dagen ansvariga anesthesiologen, Marianne, för att diskutera patienten med henne. Marianne var snart färdig specialist och hade gått största delen av sin ST på kliniken. Medan Anna väntade på Marianne gick hon in på salen för att se om Berit var där. Hon tänkte fråga Berit om hon kanske förstod varför kirurgen hade begärt muskelrelaxation. Berit och Lotta höll på att öppna förpackningar och duka upp instrument och när Anna kom in på salen tittade Berit upp.

–Vad bra att ni kommer, sade hon glatt. Vi är snart klara.

–Nej, sade Anna, jag har sökt Marianne för att diskutera anestesin eftersom kirurgen har begärt muskelrelax men på premlappen står det larynxmask. Vet du varför det är begärt muskelrelax?

–Har du inte hämtat patienten än? undrade Berit.

–Nej, svarade Anna. Jag måste reda ut det här först.

–Du kan väl hämta in patienten ändå, tyckte Berit och nu var hon irriterad, det hörde Anna

–Vet du varför det är begärt muskelrelax på den här patienten? undrade Anna igen, utan att låtsas om Berits kritiska synpunkter.

–Ja, det är väl för att de ska sätta in ett nät, svarade Berit.

–Jaha, så bra, det förklarar ju saken, sade Anna och vände på klacken. ”Att de inte kan fylla i sina operationsanmälningar ordentligt”, tänkte Anna men bestämde sig för att inte bli irriterad utan lät den lilla incidenten med Berit rinna av.

Nu hade Marianne kommit in på förberedelserummet.

–Är det dags och söva? frågade hon. ”Inte hon också”, tänkte Anna.

–Nej, svarade hon och berättade vad saken gällde.

–Ja, men då ändrar jag väl anestesiformen till intubationanestesi. Fixa i ordning för det du så kan jag hämta patienten och samtidigt kolla med kirurgen för säkerhets skull. Det är ju onödigt att intubera om vi inte verkligen behöver, sade Marianne.

–Tack, sade Anna och drog en lättadens suck, då sparar vi lite tid i alla fall.

Anna började göra i ordning läkemedlen. Hon funderade lite, hon hann ju inte diskutera med Marianne om vilka droger hon ansåg lämpligast. Anna kom inte ihåg om hon hade haft någon sådan här patient sedan hon började på den här kliniken. ”Alla tycker så olika”, tänkte hon. Hon tyckte att det var fortfarande lite frustrerande, att det inte fanns ett sätt att göra saker på men samtidigt var det väl det som var stimulerande med den här specialiteten. Hon tyckte nog att bara man kunde motivera sina handlingar och tankar så brukade man få gehör för sina åsikter. Hon bestämde sig slutligen för Propofol, Leptanal, Esmeron och Sevo. Hon drog upp läkemedlen och såg även till att hon hade Atropin och Celocurin i beredskap. Laryngoskopet fungerade och åttans tub samt övriga tillbehör inklusive ledare var okej. Narkosapparaten stod färdigkontrollerad och väntade, sugen var bytt, masker i flera storlekar hade hon plockat i ordning. ”Nu är det väl inget mer eller?”. Anna funderade men blev avbruten av att Marianne kom in med patienten.

## Johans tankar

Johan hade legat och väntat länge nu tyckte han. Hur mycket var klockan egentligen? Han hade varit här sedan klockan nio i morse och det enda som hade hänt var att han hade fått ett dropp i ena handen och en pil ritad vid bräcket. ”Hoppas operationen blir bra den här gången”, tänkte Johan. Det var andra gången de skulle försöka få ordning på hans bräck. Första gången var för två år sedan och det verkade bra i början efter att såret hade läkt. I somras när han hade byggt på den nya altanen på landet så kändes det som någonting brast när han lyfte en brädhög och efter det så kom bräcket tillbaka. ”Hoppas att de gör det ordentligt den här gången. Hungrig är jag också”, tänkte Johan. Varför var det ingen som hade sagt till honom att han fick äta flytande kost före klockan sex, då hade han ju i alla fall kunnat ta en tallrik fil och en kopp kaffe? ”De sade bara att jag skulle vara fastande efter 24.00. Det är olika information varje gång och så verkar de inte vara riktigt överrens heller på olika ställen på sjukhuset. På den preoperativa mottagningen säger de en sak och en helt annan här på avdelningen. Ja, ja bara det blir bra efter det här nu så står jag väl ut med lite hunger. Hoppas jag slipper må illa den här gången när jag vaknar. Det är nästan värre än att ha ont. Hoppas han skrev upp det den där narkosläkaren på mottagningen, han verkade så stressad så man ville ju inte tjata i onödan om saker. Jag kan i och för sig förstå att de är stressade, det satt ju hur mycket folk som helst i väntrummet på den där mottagningen.”

”Jag sov himla gott förra gången i alla fall men det gjorde fruktansvärt ont i handen, ja hela vägen upp i armen faktiskt, precis innan jag somnade. Det var något vitt mjölkaktigt som den där narkossköterskan sprutade in. Hon sade att jag skulle tänka på något trevligt men hur lätt var det när det gjorde så j-la ont i armen. Hoppas jag inte får den där vita dyngan i handen igen, det måste väl finnas någon annan krydda de kan använda. Jag har för mig att hon var en riktig pudding den där narkossköterskan, det förgyller ju alltid tillvaron även om det hade varit trevligare att träffa henne på krogen än i ett sådant här utsatt läge. Man är ju bara tvungen att lita på att folk vet vad de gör på ett sådant här place. Snacka om utlämnad. Jag hade för mig att jag fick någon rosa smörja att dricka förra gången. Det smakade skit men jag blev lite slö efter ett tag, det var rätt skönt faktiskt. Jag slapp och vara så klar i knoppen som jag är nu, man ligger ju nästan och skrämmer upp sig själv. Hoppas jag får gå hem i kväll, jag fick inget riktigt besked om det tycker jag. I och för sig kanske det är skönt att stanna kvar här och bli lite uppassad ett tag, tjejen hon bara jobbar hela tiden ändå. Hon är ju bortrest till i övermorgon, tänk att hon inte kunde boka om det där kundbesöket. Hon tycker säkert bara att det är skönt att inte vara hemma och behöva ta hand om mig. Ja, ja det blir nog bra med allt, bara det här blir bra. Nu kommer det visst någon...”

Marianne fick tag på kirurgen som bekräftade att han skulle sätta dit ett nät och att det nog skulle bli lite bökgigt eftersom bräcket var stort och det var dessutom reoperation och ”Killen är krallig”, som han uttryckte det. Marianne gick vidare ut på preop för att hämta patienten. ”Ja minsann, krallig det kan man säga. En riktig muskelknutte, snygg”, tänkte Marianne men så blev hon professionell och hälsade vänligt på patienten som hette Johan. Han verkade lite spänd tyckte Marianne men det kanske inte var så konstigt, det hade nog hon också varit i hans kläder. ”Tänk vad utlämnade de är egentligen patienterna och vad lite man vet om dem”, tänkte Marianne. Hon förhörde sig om läget, allt verkade vara under kontroll så hon sade till Johan att hon skulle köra in honom till operationssalen.

Anna hälsade glatt på patienten då Marianne kom in på förberedelserummet med honom. Marianne tyckte att de skulle köra direkt in på salen eftersom de var lite sena. Hon sade till Anna att hon redan hade frågat alla rutinfrågor och att det var okej så det var bara att sova. Anna hade gärna sett att de hade stannat till någon minut bara i förberedelserummet så att hon i alla fall hade kunnat bilda sig en liten uppfattning om patienten. ”Men, men det är väl bara att hänga med”, tänkte Anna.

Inne på salen satt Berit och Lotta och väntade. De reste sig och kom mot dem. Lotta hjälpte till att flytta över patienten till operationsbordet och Berit ville se journalen. Berit presenterade sig för patienten och ville sedan höra hans namn och personnummer. Anna passade på att hänga på id-kontrollen. ”Så får hon i alla fall den gjord utan att trampa Marianne på tårna”, tänkte Anna. Patienten hette Johan. Han verkade lite spänd och orolig tyckte Anna så hon frågade honom om det var någonting särskilt som han funderade på. Det var det inte sade han så Anna fortsatte att berätta att han snart skulle få sova. Han skulle få andas lite syrgas i en mask först förklarade hon och så berättade hon att han snart skulle komma att känna sig lite trött, eftersom hon såg att Marianne gav honom Leptanal. ”Då dög det i alla fall”, tänkte Anna. Sen såg hon att Johan började reagera på Leptanalen och att Marianne tog fram Propofolsprutan och började spruta. Efter ett kort tag började Johan vrida sin hand, den som Marianne sprutade i. Det lät som om han ville säga något men det gick inte att höra vad och Anna såg att Marianne fortsatte att spruta Propofol relativt fort.

Johan tystnade och svarade inte längre på tilltal, blinkreflexen var borta han var alldeles röd i ansiktet. Anna försökte ventilera honom med syrgas men han var helt stel och hon hade svårt att få fri luftväg och fick inte i honom någon luft.

## Mia-Lena

*Författare: Rose-Marie Gabrielson  
Specialistsjuksköterskeprogrammet  
Rose-Marie.Gabrielson@ki.se*

*Mia-Lena började tvätta och drapera patienten samtidigt som narkosläkaren försökte sätta en CVK. Mia-Lena frågade om hon skulle vänta, men fick inget svar. När hon nästan var klar kom doktor Johansson och en kollega in på salen, varpå den ena utbrast:  
-Men hur har du draperat? Det vet du väl att jag måste ha båda benen tvättade? Är det ingen som kan tänka?!*

## Bakgrund

Det var i slutet av sommaren och Mia-Lena hade arbetat tre månader som nyutexaminerad operationssjuksköterska på universitetssjukhuset. Det var en härlig känsla att vara färdig operationssjuksköterska, en dröm som hon haft i flera år, alltsedan hon gick sjuksköterskeutbildningen och var på operation två veckor. Hennes handledare var så professionell, så kunnig. Så ville Mia-Lena också bli. Det var en rolig men jobbig tid under specialistutbildningen, särskilt på praktiken. Aldrig hade hon trott att det skulle vara så mycket att lära och så mycket ansvar för en operationssjuksköterska. Flera gånger tvivlade hon på att hon skulle klara utbildningen. Hon hade blivit lovad av chefsjuksköterskan att få en ordentlig introduktion och en mentor hade utsetts för henne. Någon bestämd längd på introduktionen hade inte bestämts, de skulle se hur det gick. Det lät bra, men nu var det semestertider, ofta hade hon fått klara sig själv.

Denna torsdagsmorgon såg Mia-Lena på programmet att första patienten på hennes sal var Arvid Jonsson, född 1931. Han skulle genomgå en femoral poplitea by-pass sin. Mia-Lena hade varit med på några kärloperationer som student, men det var ett tag sedan. Hon tyckte att kärkirurgi var väldigt kul och spännande. Mia-Lena förstod att det som vanligt var ont om folk på avdelningen eftersom hennes mentor inte var placerad på den salen. De som operationsplanerade tyckte antagligen att hon nu kunde klara sig själv eftersom hon ändå snart borde vara färdiginskolad. Hon höll inte med om det och tyckte att det hade varit bra om någon hade diskuterat med henne om personalsituationen, i stället för att bara ställa henne inför fullbordat fakta. Hon kände sig inte riktigt nöjd trots att hon egentligen skulle vara det eftersom de uppenbarligen tyckte att hon kunde klara sig själv. ”Ja, ja det är väl bara och gilla läget”, tänkte hon.

När Mia-Lena kom in på operationssalen för att ställa i ordning allt material och utrustning, träffade hon anestesijuksköterskan Kerstin, som hon aldrig tidigare hade arbetat med, och Lotta som var undersköterska. Hon hälsade och presenterade sig. Kerstin, som utförde funktionskontroll av anesthesiapparat, tittade knappt upp och fortsatte med sitt. Lotta hälsade glatt tillbaka. Lotta och Mia-Lena hade arbetat tillsammans flera gånger tidigare. ”Tack och lov att det är Lotta, hon är så kul att jobba tillsammans med”, tänkte hon. Lotta hade arbetat på avdelningen i flera år men mest på ortopedien. Medan de kollade igenom att allt material var på plats viskade Lotta att Kerstin ibland kunde vara på dåligt humör, och idag verkade det vara på det viset.

Mia-Lena såg att patienten kom in i förberedelserummet och tänkte att nu passade det bra om hon hälsade på patienten och utförde id-kontrollen innan det var dags att duka upp. Det var alltid stressigt på morgonen innan första operationen kom i gång. Hon frågade Kerstin om de skulle göra id tillsammans. Kerstin snäste tillbaka att det hade hon redan gjort klart. ”Jaha”, tänkte Mia-Lena. ”Bra start på den dagen!”. Hon läste snabbt igenom journalen, där det framgick planerad operation femoral poplitea by-pass vänster ben till följd av Claudicatio Intermittens. ”Okej, då ska jag tvätta och klä vänster ben”, tänkte Mia-Lena. Hon hälsade på Arvid och berättade att hon skulle vara med under operationen. Hon utförde id-kontrollen och kontrollerade operationsmarkeringen på vänster ljumske och ben då hon upptäckte ett bandage på vänster häl. ”Jag får försöka draperera in foten med bandaget ordentligt”, tänkte hon. Arvid berättade att han i flera år haft besvär med sitt ben. Han som brukade gå långa skogs promenader kunde bara gå kortare sträckor, sedan måste han stanna, då brukade det onda lätta och han kunde gå vidare. Han tyckte också att det var jobbigt med såret han fått på vänster häl som inte ville läka. Detta hade gjort att han inte vågade sig ut alls på senare tid. Doktor Johansson hade berättat att det var åderförkalkning och att han måste sluta röka. Mia-Lena frågade om det var något Arvid funderade på angående operationen.

## Arvid

Arvid Jonsson hade sedan flera år tillbaka känt av smärtor i vänster ben. Han hade förstätt att det kunde vara dålig cirkulation och fått det bekräftat på vårdcentralen. Läkaren han träffat då hade sagt att det berodde på rökningen, ja han hade rökt sedan han var 15 år, snart 60 år nu och han tänkte att det nog såg ut som i skorstensstocken hemma. Det borde vara dags för en sotning av rören. Smärtorna hade blivit värre, han kunde bara gå korta sträckor, sedan måste han stanna och vila. Fönstertittarsjuka hette det, hade doktorn sagt, ja det passade ju bra. ”Fast jag brukar ju mest gå i skogen, så det får väl kallas fågelskådarsjukan då”, tänkte Arvid. Smärtan kunde också komma nattetid och det var riktigt jobbigt. Han hade just fyllt 75 år. Han kände sig väldigt trött och nedstämd över att han inte orkat leka med sina barnbarn på födelsedagen som han brukade. Det som var mest jobbigt var att han hade fått ett sår på hälen som inte ville läka. Distriktssköterskan Inga-Maj kom varje dag, tvättade och lade nytt förband. Han hoppades att såret skulle läka nu efter operationen som Inga-Maj trodde, ja han litade verkligen på henne. Hon hade förklarat för Arvid att läkarna skulle ordna nya vägar för blodet att ta sig ner till foten, ja han hade ju fått information på senaste besöket på sjukhuset också men allt var så bråttom, det var så mycket information och prover som skulle tas. Det verkade så skrämmande det där med operation. ”Tänk om jag inte vaknar? Vem ska ta hand om katten och mina blommor?”. Det skulle säkert ordna sig, han hade stor tilltro till personalen, de gjorde sitt bästa och var alltid trevliga fast de hade så mycket att göra.

Mia-Lena hann inte prata mer, nu kom narkosläkaren in. Nu skulle allt gå i rasande fart. En infart sattes och patienten fick lite Dormicum inför att ryggbedövningen skulle läggas. Medan detta hände kom det in fler personer i förberedelserummet. Två undersköterskor, en som hjälpte patienten att skjuta rygg medan ryggbedövningen lades och en som fixade med andra praktiska saker. En representant från ett läkemedelsföretag stod i ett hörn och tittade och en läkare som var ny och skulle lära sig hur ryggbedövningen lades. Arvid såg lite vilsen ut i allting, men var nu påverkad av de lugnande mediciner han fått och verkade trots allt ståhej ganska lugn. Arvid tänkte ”Vilken tur att det är så många duktiga sköterskor

som tar hand om mig, det är klart att inget kan gå fel, hoppas nu att jag får slippa allt ståhej och somnar fort”. Arvid rullades in på salen. Mia-Lena tänkte igenom en gång till hur hon skulle tvätta och draperera. Hon hade tagit fram ett extra slitslakan och en särskild påse att sätta över vänster fot, det borde räcka. Arvid sövdes, Lotta satte en urinkateter och fäste neutralelektroden på Arvids högra lår.

## *Aktuellt*

Mia-Lena kände sig förtvivlad och skulle helst vilja sjunka ner under jorden och funderade över varför hon utsatte sig för det här. ”Jag kunde ha jobbat i kassan på Konsum, där skulle de i alla fall inte klaga på att jag inte kan tänka”. Lotta agerade snabbt och frågade om hon skulle ta upp tvättsuddar och ett nytt universalset. Mia-Lena bet ihop och sade till kirurgerna att det skulle ta en stund och att de kunde vänta i kafferummet. En kvart senare kunde operationen börja. Chefsjuksköterskan kom nu in på salen och frågade hur det gick. Mia-Lena hade inte tid att svara, var stressad och tänkte att det var så dags att komma nu. Operationen fortlöpte väl, båda kirurgerna var väldigt trevliga och talade flera gånger om att hon var bra med under operationen och att det märktes att hon var intresserad. Kerstin sade inte ett ord under hela operationen, hon fick fortlöpande information om kärlavstängningar, blodförlust och då Heparin gavs.

Operationen var nu klar och Mia-Lena hade lagt förband på operationssåren. Det blev ganska mycket, nästan hela vänster ben. Hon gjorde sin slutkontroll, det var ganska mycket som skulle räknas och innan hon var klar såg hon att Kerstin var på väg med patienten ut från salen. Mia-Lena sade högt att hon inte var klar med sluträkningen men Kerstin svarade att patienten måste till post-op omedelbart.

## Lena

*Författare: Annsofi Johannsen  
Tandhygienistprogrammet  
Annsofi.Johannsen@ki.se*

Det var i början av sommaren och Lena hade arbetat i två månader som nyutexaminerad tandhygienist på en folktandvårdsklinik. Lena kände att hon nu hade kommit in i arbetet någorlunda, men hon kunde aldrig föreställa sig att det var så mycket man behövde lära sig och så mycket ansvar. Det var stor skillnad nu när hon ansvarade för alla patienter själv och dessutom ha sju-åtta patienter per dag. När hon gick på utbildningen hade de två-tre patienter per dag. Hon hade blivit lovad av klinikchefen att hon skulle få en ordentlig introduktion av arbetet när hon började sin anställning och hon hade fått prata med en tandsköterska en timme vid ett tillfälle, men någon mer tid hade inte bokats in. Nu hade tiden gått och det började bli semestertider, så hon fick klara sig själv.

Det var fredagseftermiddag och Lena hade en ny patient. Patienten hette Salima och var 48 år gammal. Hon berättade att hon åt stora mängder medicin och hon nämnde några stycken, till exempel Zolof, Tryptizol, Citodon, Ketogan, Doloxen, Mieansrin, Vioxx, Norflex och Temegisik. Lena undrade naturligtvis varför hon tog så många mediciner. Salima verkade förstå vad hon tänkte och berättade att listan blev så lång dels på grund av axel- och nackbesvär och dels från en gammal whiplashskada. Hon fortsatte vidare: –Sedan 1992 började mina tänder få stryk från alla dessa mediciner och de har kostat mig stora pengar och jag har lånat från banken för att klara av alla kostnader. Salima sade också att hon hade ont i munnen, hon trodde att det kom från överkäken och hon berättade vidare att hon blivit behandlad en gång men hon mindes inte riktigt vad det var för typ av behandling. Kanske var det en operation, men hon kom inte riktigt ihåg.

Lena hade tidigare nästan bara haft hand om barn och ungdomar på kliniken. De vuxna patienter som hon hade behandlat hade varit ganska friska i munnen, hon hade depurerat på dem vid några tillfällen. Salima hade däremot sökt akut och hon gick inte heller hos någon tandläkare på kliniken. När Lena frågade henne var hon tidigare hade gått, så kom hon inte ihåg det. Det hade varit hos någon tandläkare som snart skulle gå i pension och vad som hade hänt med kliniken visste hon inte. Salima fortsatte att berätta att hon hade haft besvär från bröstet sedan en månad tillbaka. Hon hade sökt hjälp på vårdcentralen men där hittade man ingenting och hon skickades hem. Det framkom att Salima hade flyttat omkring i Sverige de senaste åren och hennes familj bestod av hennes man och två barn som bodde hemma. Barnen var 16 och 18 år gamla och hennes man hade varit arbetslös i ett år. När Salima pratade om dem så började hon gråta. Lena började nu fråga Salima om hon kunde beskriva mer exakt var i munnen hon hade ont. När hon lutade stolen bakåt funderade hon över vad hon skulle börja med och tänkte ”Att jag skulle få den här patienten just idag, när jag är ensam på kliniken”. När hon undersökte tänderna i överkäken, såg hon att det var en rejäl uppdrivning i tandköttet på insidan vid reg 24-26 och när hon palperade där gjorde det fruktansvärt ont sade Salima. Vid fortsatt undersökning såg Lena att det var inflammerat i tandköttet och några tänder kändes rörliga. Även i underkäken såg det inflammerat ut i tandköttet, det spontanblödde nästan och det luktade gräsligt illa från munnen.

– Snart sitter jag utan tänder i hela överkäken och har bara 14 tänder självklart i min ålder, är det lite ovanlig, sade Salima. Jag är dig evigt tacksam om du hjälpte mig.



## **Postludium**

**Är Scholarship of Teaching and Learning  
och organisatoriskt lärande besläktade diskussioner?**



## Om organisatoriskt lärande

I en studie från 1988 om kunskapsupbyggnaden och var själva värdet ligger i olika branscher konstaterades bland annat följande:<sup>23</sup>

”Skogsföretagen, liksom de traditionella industriföretagen, har mycket stort realkapital bundet i stora maskiner. Dessa styr organisationen och processer och produktionsresultatet blir detsamma oavsett vem som kör maskinerna. De är i hög grad förprogrammerade, varför kunskapen binds till maskinerna. (...) Byggföretagen har inte alls så stora och så kapitalkrävande anläggningstillgångar som man ofta föreställer sig. I dessa företag är kunskapen bunden till organisationen. (...) I denna typ av företag – med kunskapen bunden till organisationen – borde det vara rimligt att anta att medarbetarnas kompetens skulle kunna vara av betydelse för organisationens mål. (...) I dataföretagen ägs kunskapen i hög utsträckning av de anställda – kunskapen är bunden till individerna.(...) Detta medför att företagen blir ganska svaga och aktivt måste arbeta på att få behålla individerna.”<sup>24</sup>

Att värna om, och skapa effektiva system för, organisationers lärande kan utifrån detta resonemang anses vara av stor strategisk betydelse för kunskapsintensiva organisationer. För varje organisations stabilitet är det viktigt att kunskap och erfarenhet som enskilda medarbetare besitter inte helt plötsligt försvinner när personer av olika skäl lämnar organisationen. Varje medarbetare har – medvetet eller omedvetet – behov av att förstå helheten och sin roll i organisationen, samt sin del i ”processflödet”. Inom undervisning är det väsentligt för studenternas lärandeproggression att lärarna vet var de kommer in i en utbildning, vad som kommit före och vad som kommer efter. Utan lärande om vad andra gör, när, hur och varför, blir det svårt för enskilda medarbetare att optimera sin egen insats, inom såväl som utanför, den undervisande sektorn. När det slutligen gäller att lära upp nya medarbetare snabbt finns det även här stora vinster med att ha en organisatorisk, kollektiv kunskap, både formaliserad och samlad.

Ofta är kollektivt lärande större och mer dynamiskt än lärande på individuell nivå. Om det stämmer att utbildningsinstitutionernas verkliga värde ligger i lärarnas kunskap och erfarenhet, borde en logisk konsekvens vara att sådana organisationer är välutvecklade när det gäller att ta vara på enskilda individers lärande och erfarenheter. Att omvandla de enskilda medarbetarnas individuella kunskap och erfarenheter till en kollektiv och organisatorisk kunskap borde vara en överlevnadsfråga och en fråga om organisationens stabilitet. Verkligheten tycks emellertid vara fjärran från detta i många utbildningsorganisationer.

I en studie av den amerikanska utbildningskvalitén lyfts tre kännetecken fram för utbildningsorganisationer:<sup>25</sup> Först, utbildningsorganisationernas brist på fokus. Ofta har en utbildningsorganisation många och samtidigt fokusområden, vilket leder till att inget i själva verket kommer att prioriteras:

”Without determining what is truly important, everything becomes urgent, and, in practice then, nothing is important.”<sup>26</sup>

23 Se Granbergs tolkning av Ekstedt i Granberg, S. 159 f.

24 Ibid.

25 Wanger, T. Keagan, R.

26 Ibid., s. 12.

Det andra kännetecknet för en utbildningsorganisation som lyfts fram är att det sker mycket lite kollektivt problemlösande. Den undervisning som bedrivs är en produkt av enskilda individers eget tänkande och arbete. Att tillsammans bygga kunskap och skapa förutsättningar för en gemensam problemlösning och erfarenhetsbank finns inte i särskilt hög utsträckning. För det tredje, betonas också att den individuella autonomi som så ofta förknippats med lärarkyrket medför att framgång i första hand är personlig framgång för enskilda individer, snarare än framgång på en organisatorisk nivå.<sup>27</sup> Detta fenomen har getts beteckningen "pockets of excellence".<sup>28</sup>

Viktiga steg har emellertid tagits inom den högre utbildningen i syfte att både stärka och utveckla undervisning och lärande. I högre utbildning går detta under benämningen *scholarship of teaching and learning*. Denna term myntades genom Ernst Boyers, numer nästan klassiska arbete, från 1990.<sup>29</sup> Det som särskilt komplicerat bilden av organisatoriskt lärande, eller *scholarship of teaching and learning*, inom den högre utbildningen är att det som organisatoriskt premieras är forskning. Inom professionsutbildningar i hälso- och sjukvården premieras exempelvis kliniskt arbete, medan undervisning, både inom universitet och kliniker, ofta ges en väl och tydligt definierad andraplats, både finansiellt, karriärmässigt för lärarna och därmed statusmässigt.<sup>30</sup> Boyer lanserade i sitt arbete idén om att det egentligen finns fyra typer av scholarship, varav grundforskning är en form av scholarship (*scholarship of discovery* vid sidan av tre andra). Därtill menade Boyer att det fanns ytterligare tre former; tillämpad forskning (*scholarship of application*); interdisciplinär forskning (*scholarship of integration*) samt *scholarship of teaching*.

Boyer argumenterade för att det som sker i undervisningssituationen mellan en lärare och en grupp av studenter måste studeras, publiceras, granskas av andra och sedan ligga till grund för fortsatt kvalitetsutvecklingsarbete. En viktig förutsättning för detta blev att undervisningens praktik behövde öppnas upp för omvärlden, tillgängliggöras för andra och utsättas för ingående studier. Allt detta för att skapa ett "scholarship" som därmed skulle bli synligt och möjligt att kritiskt granska, likt annan traditionellt etablerad, ofta disciplinärt baserad, forskning. Syftet med detta var dubbelt, dels att höja statusen på undervisning i förhållande till traditionell forskning, dels att möjliggöra en form av organisatoriskt lärande inom undervisningen genom att synliggöra och tillgängliggöra det som skedde inom de ofta stängda lärosalarna.

Inom den högre utbildningen har Carnegiestiftelsen i USA varit drivande när det gäller att utveckla och institutionalisera ett *scholarship of teaching and learning*.<sup>31</sup> Hur denna form av forskning, eller scholarship, ska definieras finns ingen egentlig konsensus kring, men några förslag har lämnats av en av förgrundsgestalterna inom Carnegiestiftelsen, professor Lee Shulman vid Stanforduniversitetet.

För att något ska kunna anses vara ett scholarship inom undervisningsområdet bör i huvudsak sex kriterier vara uppfyllda: 1) En fråga ska formuleras om studenternas lärande; 2) frågan ska besvaras genom en undersökning med tydlig frågeställning och metod; 3) en studie genomförs där data samlas in; 4) studien presenteras och görs tillgänglig för andra; 5) den ska granskas av kollegor (peer-review) och detta ska ytterst leda till; 6) kvalitetshöjning av studenternas lärande.<sup>32</sup>

27 Ibid.

28 Ibid., s. 27.

29 Boyer, E.

30 Se bland annat Boyer, E.

31 Glassick, C; Hutchings, P; Huber, M. Hutchings, P.

32 Huber, M. Hutchings, P. S. 52 ff.

Som redan framhållits finns en fundamental skillnad mellan organisatoriskt lärande inom företagsekonomi och the *scholarship of teaching and learning*, genom att den senare formen av organisationsutveckling primärt syftar till att höja status och kvalitet på undervisning i förhållande till forskning och klinik. Ett medel för detta blir att synliggöra, tydliggöra och skapa ett kollektivt lärande tillgängligt för andra om lärandets praktik. Inom ramen för en mer företagsekonomiskt präglad diskussion är det främsta intresset effektivitet och kostnadsrationalitet. Gemensamt tycks dock frågan finnas om hur enskilda medarbetares kunskap, sätt att arbeta och deras individuella erfarenheter, kan omvandlas, synliggöras och tillgängliggöras för andra inom ramen för ett kollektivt lärande i organisationen. I detta sammanhang bör det dock påpekas att en distinktion måste göras mellan lärande i en organisation och lärande organisationer. Otto Granberg hävdar i sitt arbete *Lära eller läras* att lärande sker i alla organisationer, men för att detta lärande ska övergå till en lärande organisation krävs systematik och konsekvens. Enligt Granberg är det svårt att få hela organisationer att bli lärande organisationer och det är framför allt i mindre avgränsade team som lärande synergier kan uppnås.<sup>33</sup>

”Bara under förutsättning att teamet också är en identifierad organisatorisk enhet kan man tala om *en lärande organisation*. I andra fall är det en fråga om *lärande i organisationen* – individuellt eller kollektivt lärande.”<sup>34</sup>

Granberg hävdar också att kollektivt lärande innehåller tre viktiga komponenter:

”Berättandet, den gemensamma reflektionen och den gemensamma aktiviteten leder fram till i huvudsak gemensamma verklighetsbilder och utgångspunkter för handlande. Det kollektiva lärandet sker i ett sammanhang där specifika erfarenheter *generaliserar*, där privata föreställningar *offentliggörs* och där den enskildes sätt att förstå och handla *görs gemensamt* för flera gruppmedlemmar.”<sup>35</sup>

Andra forskare bland annat Dixon lyfter fram fyra komponenter i kollektivt lärande: allmänt spridande av information, integration av informationen, gemensam tolkning av informationen samt att handla utifrån de gemensamma tankestrukturerna.<sup>36</sup>

Viktiga förutsättningar för att aktivt kunna verka för att skapa dynamiska enheter i en organisation för organisatoriskt lärande, är att erfarenheterna tillgängliggörs. Detta är också en av de bärande tankarna i en av Carnegiestiftelsens publikationer inom ramen för deras arbete med the *scholarship of teaching and learning*. Huber & Hutchings understryker samma iakttagelse som Granberg med flera gör om organisatoriskt lärande:

”The scholarship of teaching and learning invites faculty at all these levels to take teaching seriously as intellectual work, ask good questions about their students’ learning, seek evidence in their classrooms that can be used to improve practice, and make this work public so that others can critique it, build on it, and contribute to the wider teaching commons.”<sup>37</sup>

I detta ligger precis de dimensioner Granberg betonar, specific/generell, privat/offentlig och enskild/gemensam. En form av organisatoriskt lärande, eller ett resultat av the *scholarship of*

33 Granberg, O. Se bland annat s. 121 ff.

34 Ibid., s. 134.

35 Ibid., s. 132.

36 Ibid., s. 132. Se Granbergs tolkning av Dixon.

37 Huber, M. Hutchings, P. S. vi.

*teaching and learnings* genomslag, är sökandet efter kunskap och evidens om det som faktiskt visat sig fungera. Inom den medicinska pedagogiken drivs nu frågan om evidensbaserad medicinsk pedagogik allt hårdare. Särskilda publikationsserier, exempelvis BEME, börjar växa fram och göras allt mer tillgängliga.<sup>38</sup> Ytterst drömmer många om en evidensbaserad och erfarenhetsbeprövad ”best practice” som enkelt kan informera studieledningar, studenter och andra om hur olika lärandeproblem kan lösas. Inom medicin finns också en starkt naturvetenskaplig tradition av kontrollerade och randomiserade studier för att avgöra vilken behandling som bäst gynnar patienten. Ett sådant intellektuellt tankegodts måste också vägas in för att förstå varför bland annat BEME nu börjar få sådant genomslag.

I det pågående sökandet efter evidens och best-practice, eller för den delen av konkret undervisningsmaterial som visat sig fungera bra i andra sammanhang, är det av stor vikt att hålla i minnet att allt lärande och alla lösningar alltid är kontextuella.<sup>39</sup> Det finns ibland en övertro på att ”klippa ut och klistra in”. Det är särskilt viktigt att betona detta i de lärande organisationer som har naturvetenskapliga förtecken. Organisatoriska lösningar, eller lärande i stort, fungerar under vissa betingelser som är svåra att kontrollera för, eller upprepa.

”All too often, new management innovations are described in terms of the ”best practices” of so-called leading firms. I believe benchmarking best practices can open people’s eyes as to what is possible, but it can also do more harm than good, leading to piecemeal copying and playing catch-up.”<sup>40</sup>

Det finns ökända och klassiska exempel inom undervisningsområdet där betydelsen av kontext underskattats, till och med inom samma land. Det så kallade District-2 projektet i New York fick enorm publicitet när resultatet av studenternas läskunnighet visade sig öka markant i jämförelse med andra skolor.<sup>41</sup> Många ville försöka åstadkomma samma resultat genom att kopiera det som gjordes i New York. Ett omfattande och mycket långtgående försök gjordes i San Diego där till och med projektledaren från New York flyttades över till San Diego för att leda detta arbete. Resultatet blev inte det samma som i New York och flera år senare kom projektet i San Diego att läggas ned.

”What can we learn from this case? First, best practices don’t travel well. At least not without a culture of engaged adult learners and the commitments that they are able to make. Second, change won’t happen unless you help the community answer the question, “why change?” Third, context matters – a lot.”<sup>42</sup>

Liknande exempel finns bland annat inom bilindustrin där många försökt överta Toyotas kvalitetsmodell, utan att lyckas trots att hemligheten bakom konceptet gjorts tillgänglig för andra.

Material och erfarenheter från andra är viktigt, men lika viktigt är att hålla ordet kontext i minnet och fundera över varför något fungerar i en viss kontext, eller vilka kontextuella förutsättningar som måste föreligga för att något ska ha rimliga chanser att fungera.

38 Se [www.amee.org](http://www.amee.org). Särskilda *reviewprotokoll* och *reviewgrupper* håller på formas med inspiration hämtad från Cochrane.

39 Säljö, R.

40 Senge, P. S. 11.

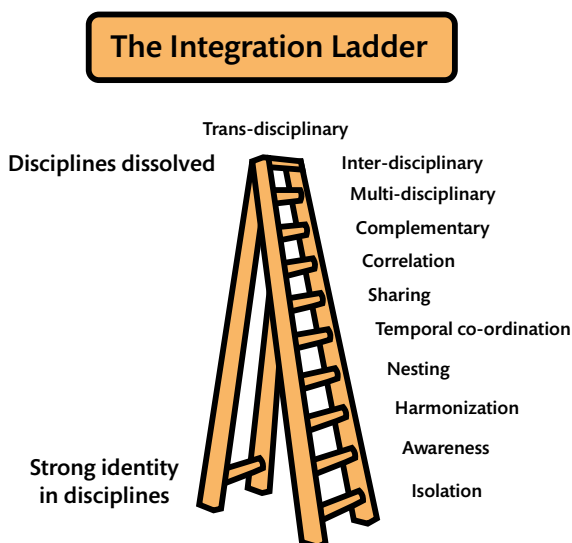
41 Wagner, T. Keagan, R.

42 Vander Ark, T. (Executive Director Education at Bill & Melinda Gates Foundation) i förordet till Wagner, T. Keagan, R. angående District 2-misslyckandet i San Diego; Bruner, J.

## Organisatoriskt lärande och *The Scholarship of Teaching and Learning* inom KI

Vår utgångspunkt är att arbetet med att förvetenskapliga och tillgängliggöra lärande inom ramen för det som sker i undervisningens praktik är mycket viktigt. Det arbete som Du nu strax har läst klart är till sin form mer företagsekonomiskt inriktat mot att öka effektiviteten och kostnadsrationaliteten genom att synliggöra och lära av andra. Att också hämta inspiration eller till och med låna redan färdigutvecklat undervisningsmaterial, för att undvika att hjulet ständigt uppfinns, har varit en bärande tanke i detta arbete. En viktig förutsättning för arbete med exempelvis interprofessionell utveckling som länge diskuterats inom Karolinska Institutet, ett strategiskt prioriterat område, är kunskap om vad andra faktiskt gör. På en övergripande nivå har säkert många en viss föreställning och förståelse om vad som händer inom andra program, eller mellan olika delar i samma program, men för att sant interprofessionellt lärande ska kunna bli verklighet krävs mycket mer detaljerad kunskap om vad som faktiskt görs, vilka perspektiv som anläggs och vilka lärandemål som finns för undervisningen. Ett instrument, bland andra, för att kunna förverkliga idéerna om ett interprofessionellt lärande, tror vi, är det material som nu görs tillgängligt genom denna casesamling. Parallellen kan här dras mellan den företagsekonomiska världen där förståelse för andra delar i ett processflöde är viktigt för effektivitet och optimerad kvalitet, och samma sak borde gälla för interprofessionellt lärande eller integration generellt.

Integration har blivit allt viktigare inom de utbildningar som ges inom hälso- och sjukvården. Den integrationsstege som lanserades av Ronald Harden i början av 1990-talet kan användas som tankemodell i läroplansdesign.<sup>43</sup> Total isolation mellan olika ämnen utgör det nedersta trappsteget i modellen medan det översta och slutliga steget är total integration via tematisering (där alla discipliner ingår men inte har en egen självständig ställning).<sup>44</sup>



**Figur 10. Integrationsstegen.**

<sup>43</sup> Se bland annat Nordquist, J. (2006, 2007).

<sup>44</sup> Prideaux, D.

Vi vill utifrån denna modell framhålla att det inte går att hoppa från lägre steg av integration till högre, utan att först passera de andra; alltså, för att nå en höggradig integration måste de lägre stegen först passeras. Kunskap om andra personers undervisning är förutsättningen för integration. Att integrera ett curriculum kräver därför tålmodigt grundarbete med att aktivt synliggöra kursinnehåll för andra lärare. Att bara rita om en kurskarta och tro att integration följer, utan att grundarbetet gjorts, är dömt att misslyckas.

## Casesamlingen som en del i ett större *Scholarship of Teaching and Learning*

Vår ambition har varit att möjliggöra insyn i vad andra gör för att ytterst både stärka förutsättningar för integration och interprofessionell samverkan. Att tillgängliggöra material för andra är en del av det större arbetet med ett *scholarship of teaching and learning* och organisatoriskt lärande. Det måste dock noga understrykas att organisatoriskt lärande uppstår inte automatiskt bara för att ett material är tillgängligt. Det organisatoriska lärandet sker först när detta material och de slutsatser som kan dras av det, processas och integreras med annat arbete inom en utbildning. Kursplaner och examinationer är viktiga styrinstrument och finns redan tillgängliga. Tillsammans med exempelvis de case som här presenteras bereds nu marken ytterligare för att viktigt undervisningsmaterial och viktiga styrdokument faktiskt kan användas för att aktivt utveckla nya integrerade kurser, både inom ett program (unilateral integration), eller mellan program för att möjliggöra interprofessionell samverkan (multilateral integration). Förutsättningarna finns således, men om detta ska resultera i ett verkligt organisatoriskt lärande är helt avhängigt hur denna information processas och används ute i KI:s utbildningsverksamhet. *Scholarship of teaching and learning* har både förutsättningar att stanna som en passiv dokumentation/analys av undervisningens praktik eller att bli en god plattform för utvecklingsarbete av våra utbildningar.

Om allt material som nu producerats och allt annat material som producerats inom ramen för the scholarshparbetet (inklusive alla studier), ska bli hyllvärmare eller aktivt användas, bestäms av de personer som har ansvaret för KI:s utbildningar. Parallellerna kan dras mellan SOLO 3-nivån för lärande på en individuell nivå när undervisningsmaterial görs tillgängligt och SOLO 4, när detta material faktiskt integreras i den egna undervisningen. SOLO 3, tillgänglighet och transparens, är viktiga förutsättningar för SOLO 4 på en organisatorisk nivå, och det är först på SOLO 4-nivå som vi på allvar kan börja tala om organisatoriskt lärande, vilket måste vara målet för vår verksamhet.

Vårt arbete med denna casesamling opererar således på en organisatorisk SOLO 3-nivå, men med den tydliga målbilden att vi strävar efter ett organisatoriskt SOLO 4. Vårt arbete på den organisatoriska SOLO 3-nivån, tillsammans med annat värdefullt material som finns i kombination med den pedagogiska forskning som görs, skapar en solid plattform för en upplyst diskussion om utveckling av undervisning och lärande. Vi hoppas att denna casesamling har medverkat till att ge några inblickar i andras undervisningsmaterial. Arbetet med att både fostra organisatoriskt lärande och the *scholarship of teaching and learning* fortsätter. Det har just börjat.

*Det här arbetet har handlat om det som är. Inte om hur det borde vara, utan just om det som är, precis som det är, just där det är och precis för vad det är.*



## Om författarna

*Fil.dr Jonas Nordquist* är senior forskare i medicinsk pedagogik vid Institutionen för medicin i Huddinge, Karolinska Institutet. Han doktorerade i statsvetenskap vid Stockholms universitet 2001 och övergick till att arbeta med pedagogisk utveckling och forskning direkt efter disputationen. Jonas Nordquist är sedan 2005 föreståndare för Medical Case Centre vid Karolinska Institutet och arbetar också som medicinsk pedagog i centrala ST-ledningen för Karolinska universitetssjukhuset. Han har haft flera uppdrag som expert för WHO och har aktivt arbetat tillsammans med Harvard Medical School. Han har ett starkt internationellt intresse för utveckling av medicinsk pedagogik och har varit verksam i bland annat Hong Kong, Taiwan, Indien och Sydafrika. Just nu ligger ett projekt i Mocambique i uppstartsfasen samt ett internationellt projekt om pedagogiskt ledarskap som drivs tillsammans med Association for the Study of Medical Education (ASME) i Storbritannien.

Jonas.Nordquist@ki.se

*Leg.audionom Linda Johansson* är forskningsassistent i medicinsk pedagogik vid Medical Case Centre. Hon är legitimerad audionom och har tidigare varit verksam inom den privata sektorn. Hon var engagerad i utbildningsfrågor under sin grundutbildning vid Lunds universitet i egenskap av bland annat ordförande för Medicinska Föreningen. Linda Johansson kom till Karolinska Institutet 2006 och arbetade först vid CLINTEC som adjunkt vid audionomprogrammet innan hon övergick till att arbeta vid Medical Case Centre. Johansson har varit verksam in Hong Kong samt genomfört externa utbildningsuppdrag i pedagogik vid andra svenska medicinska universitet.

L.Johansson@ki.se

## Referenser

- Anderson, L. Krathwohl, D. (eds). 2003. *A Taxonomy for Learning, Teaching and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. Longman, New York.
- Barnes, L. Christensen, C. Hansen, A. 1987. *Teaching and the Case Method*. Harvard University Press, Harvard University. Third Edition
- Barnes, L. Christensen, C. Hansen, A. 1987. *Teaching and the Case Method: Instructor's Guide*. Harvard University Press, Harvard University. Third Edition.
- Biggs, J. 2003. *Teaching for Quality Learning at University*. Open University Press, London. Second Edition. The Society for Research into Higher Education.
- Boud, D. 2001. *Peer Learning In Higher Education: Learning from and with Each Other*. Yaylor & Francis Ltd, London.
- Boyer, E. 1990. *Scholarship Reconsidered: Priorities of the Professoriate*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Jossey-Bass, New York.
- Bruner, J. 1996. *The Culture of Education*. Harvard University Press, Cambridge MA, USA.
- Christensen, C. Garvin, D. Sweet A. 1991. *Education for Judgement: The Artistry of Discussion Leadership*. Harvard Business School Press, Harvard University.
- Egidius, H. 1999. *PBL och casemetodik: Hur gör man och varför?* Studentlitteratur, Lund.
- Foster, C. (et al). 2006. *Educating Clergy: Teaching Practices and Pastoral Imagination*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Garvin, D. 2003. Making The Case: Professional Education for the World of Practice. *Harvard Magazine*. September-October 2003, Volume 106, Number 1.
- Gilbert, J. 2003. *Transformative Learning Process of One Teacher*. ED479643.
- Glassick, C. (et al). 1997. *Scholarship Assessed: Evaluation of the Professoriate*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Granberg, O. 2004. *Lära eller läras : Om kompetens och utbildningsplanering i arbetslivet*. Studentlitteratur, Lund.
- Harden R. 2000. Curriculum Mapping: A Tool for Transparent and Authentic Teaching and Learning. AMEE Educational Guide 21. In *Medical Teacher* 23(2).
- Huber, M. Hutchings, P. 2005. *The Advancement of Learning: Building the Teaching Commons*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Hutchings, P. (ed). 2000. *Opening Lines: Approaches to the Scholarship of Teaching and Learning*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Menlo Park.

- Knowles, M. (et al). 1998. *The Adult Learner. The Definite Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Butterworth-Heinemann, Woburn.
- Lave, J. Wenger, E. 1992. *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Lundeberg, M. Levin, B. Harrington, H. (eds) 1999. *Who Learns What From Cases and How? The Research Base for Teaching and Learning with Cases*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London.
- Lynn, L. Jr. 1999. *Teaching & Learning with Cases: A Guidebook*. Chatham House: Seven Bridges Press, New York.
- Marton, F. Trigwell, K. 2000. Variatio Est Mater Studiorum. *Higher Education Research and Development*. Volume 19:3.
- Mauffette-Leenders, L. Erskine, J. Leenders, M. 1981. *Teaching With Cases*. Richard Ivey School of Business, The University of Western Ontario.
- Mauffette-Leenders, L. Erskine, J. Leenders, M. 1981. *Writing Cases*. Richard Ivey School of Business, The University of Western Ontario.
- Mauffette-Leenders, L. Erskine, J. Leenders, M. 1997. *Learning With Cases*. Richard Ivey School of Business, The University of Western Ontario.
- Nordquist, J. 2003. The Case Method and its Implementation: An Educational Analysis Required. Paper prepared for the National Academy of Educational Research, Ministry of Education, Taiwan.
- Nordquist, J. 2004. Att lära med case. Ingår i Bron, A. Wilhelmson (red). 2004. *Lärandeprocesser i högre utbildning*. Liber, Stockholm.
- Nordquist, J. 2004. Caseundervisning: En bro mellan preklinisk och klinisk undervisning i medicin. Medicinsk kommentar i *Läkartidningen* 2004(101), nr. 43.
- Nordquist, J. 2006. *Learning Integrated or Disintegrated? On Accreditation, Teaching and Assessment*. WHO, Geneva.
- Nordquist, J. 2007. *Integration of Gender and Ethnicity in the Work of PAHO: A Strategic Review*. WHO/PAHO, Washington D.C.
- Perry, W. 1970. *Forms of Intellectual and Ethical Development in the College Years*. Holt, Reinhart & Winston, New York.
- Prideaux, D. 2005. Integrated Learning. In Dent, J & Harden R (eds). 2005. *A Practical Guide for Medical Teachers*. Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh. (Second edition).
- Schön, D. 1983. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books, New York.

- Senge, P. 1990. *The Fifth Discipline: The Art & Practice of the Learning Organization*. Currency Doubleday, New York.
- Silverman, R. Welty, W. Lyon, S. 1994. *Classroom Management Cases for Teacher Problem Solving*. McGraw-Hill, New York.
- Silverman, R. Welty, W. Lyon, S. 1995. *Case Studies for Teacher Problem Solving*. McGraw-Hill, New York. Second Edition.
- Säljö, R. 2000. *Lärande i praktiken: Ett sociokulturellt perspektiv*. Prisma, Stockholm.
- Wanger, T. Keagan, R. (eds). 2006. *Change Leadership: A Practical Guide to Transforming Our Schools*. Jossey-Bass, San Francisco.



## **Om Medical Case Centre**

### **Det här är vi**

Medical Case Centre (MCC) är en centrumbildning under styrelsen för utbildning vid Karolinska Institutet (med institutionen för medicin Huddinge som hemmainstitution). MCC verkar som stöd för en framstående och högt kvalificerad pedagogik inom den medicinska grund-, specialist- och vidareutbildningen vid Karolinska Institutet och inom Stockholms läns landsting.

### **Så här arbetar vi**

MCC skapar och ger egna utbildningsprogram samt medverkar i och stödjer större och mindre utbildningsprojekt på Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting. MCC håller också internationella kurser, seminarier och workshops, tar fram utbildningsmaterial samt tar aktiv del i den internationella metodutvecklingen inom medicinsk utbildning.

### **Det här gör vi**

MCC arbetar för att utveckla autentiska och relevanta situationer och aktiviteter för lärande, stimulerar samarbetet mellan olika utbildningsprogram och strävar efter att skapa integrerade, väl sammanhållna läroplaner på alla nivåer. Centret arbetar tillsammans med lärare på Karolinska Institutet och inom Stockholms läns landsting för att införa case-baserat lärande i utbildningen och för att skapa ändamålsenliga lärandemiljöer.

**[www.medhs.ki.se/mcc](http://www.medhs.ki.se/mcc)**