



Traumatologisk introduktion

Åke Andrén-Sandberg. **Innan bakjouren kommit – riktlinjer för akut omhändertagande av svårt skadade på akutmottagningen.** 166 sidor. Lund: Studentlitteratur; 2005. ISBN 91-44-03528-4.

Recensent: Lars Engborg, överläkare, neurosektionen, RN-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping, AnOpCentrum Östergötland.

|| Detta är bokens andra upplaga. När den första upplagan kom 1993 var det en frisk fläkt som fyllde ett tomrum. Sammanhängande traumatologi på svenska fanns då i stort sett endast som avsnitt i katastrofmedicinska böcker. Åke Andrén-Sandberg medverkade tillsammans med många andra till att föra upp traumaomhändertagandet på dagordningen. Debatten fördes då i många forum, såsom dagspress, TV och Läkartidningen.

Föregångare inom traumatologin

I SBU-rapporten »Trafikolycksfall«, som släpptes i maj 1994, medverkade författaren med vetenskaplig bearbetning. Sammantaget blev det en ordentlig upprustning och uppvärdering av arbetet omkring traumapatienten.

Inspirationskällan var det transatlantiska synsättet med ett systematiskt standardiserat omhändertagande av traumapatienten enligt A–B–C–D–E. Metoden som idag är allmänt erkänd och lärs ut på ATLS(advanced trauma life support)-kurser. Vidare startade författaren traumaregistrering för att kvalitetssäkra traumavårdkedjan.

Nästan identisk med första upplagan

Andra upplagan av boken »Innan bakjouren kommer« är så gott som identisk med första upplagan.

I boken föreligger fortfarande sakfel och stavfel (som jag trodde berodde på tryckfelsniss men som efter kontroll i

första upplagan visar sig vara desamma). Exempel på sakfel är angående tryckpneumotorax på sidan 58: »Mediastinum överskjuts mot den skadade sidan ...«; skall vara oskadade sidan. Exempel på stavfel är på sidan 79: »Bottles sign« skall vara »Battles sign«.

I inledningen av skalltraumakapitlet skriver författaren att det skett en betydande ökning av kunskapen under senaste decenniet, vilken lett till bättre diagnostik och behandling. Tyvärr framkommer inte detta i faktainnehållet i resten av kapitlet eller i boken i övrigt, vilket är olyckligt för novisen, som boken riktar sig till.

Någon uppdatering av fördjupningslitteraturen har inte gjorts. Avsnittet »Vidareläsning« är identiskt med det i första upplagan, dvs har nu över tio år gamla referenser. Detta lämnar läsaren utan möjlighet att få insyn i det senaste decenniets kunskapsutveckling, som författaren hänvisar till på flera ställen i boken.

I skalltraumakapitlet får hyperventilation en framträdande plats, trots att det i dagsläget endast skall ges till den som har hotande hjärnstamsinklämning för att vinna tid för kirurgisk åtgärd eller peroperativt för att undvika att hjärnan pressas ut genom kraniotomin. För övriga svårt skallskadade är kontrollerad normoventilation det som förordas.

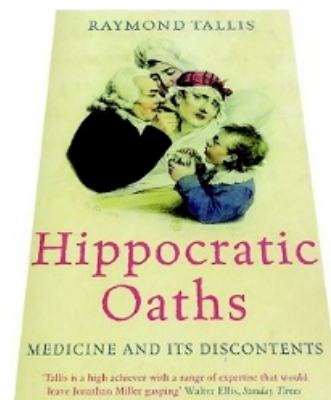
Försök till förbättrad layout

Icke fullföljda ansatser för att få boken mer översiktlig och lätt att hitta i har gjorts men är inte konsekvent genomförda i alla kapitel. I kapitel 2, »Första omhändertagandet«, har man t ex lyft fram nyckelpunkter genom att mörklägga bakgrunden under de olika A–E-punkterna. Den layouten skulle om den fullföljts i alla kapitel fått boken att bli ett praktiskt verktyg, som målgruppen ogärna skulle släppa ifrån sig vid arbetet på akuten.

Alltför ytlig och dåligt uppdaterad

Helhetsintrycket är att bokens brister från första utgåvan inte har åtgärdats. Kunskapsutvecklingen, som författaren nämner, lyser med sin frånvaro i texten, så också referenser. Jag ser inte att denna upplaga av boken tillför något nytt för dem som arbetar på akutmottagningen eller inom primärvården.

Boken blir mest en introduktion och är då alltför ytlig och inte uppdaterad för att bli köpt av målgruppen. Det hade varit bättre om andra upplagan hade reviderats mer utförligt och avspeglat innehållet i sjunde utgåvan av ATLS 2004.



Doktorn: en vänlig försäljare i vårdshoppingcentret

Raymond Tallis. **Hippocratic oaths: Medicine and its discontents.** 342 sidor. London: Atlantic Books; 2004. ISBN 1-84354-126-2.

Recensent: Reet Arnman, f d medicinöverläkare, Uppsala.

|| Raymond Tallis är professor i geriatrisk medicin vid Manchesters universitet. Han har en stor medicinsk vetenskaplig produktion bakom sig, i vilken också ingår uppmärksammade publikationer i bl a filosofi och litteraturkritik. Förra året bedömdes han höra till Englands 100 viktigaste intellektuella.

I sin analys av missnöjet med dagens sjukvård har Tallis den praktiskt arbetande klinikers utgångspunkt. Hans fallbeskrivningar har en äkthetsprägel. Han har varit med om att av anhöriga till en 97-årig kvinna, inlagd på grund av tilltagande hjärtsvikt, bli anklagad för inkompetent medicinsk vård. Kvinnan hade ju varit bra tills hon kom in, något i vården måste vara fel. Negligerades hon på grund av sin ålder?

Kugge i ett konstigt maskineri

Tallis ställer den spridda beskrivningen av den Gudlike, vite, manlige överläkaren, som talar förbi patienterna och aldrig inhämtar de underställdas synpunkter, mot den – i verkligheten ofta kvinnliga – kugglika överläkaren, som ständigt är i spänd brådska, jagar mellan kliniskt arbete, undervisning, forskning, administration, lokala, regionala och nationella kommittéer. Avdelningsronderna går fortare än hon skulle önska. Överbokade mottagningar (utan personalresurser) betas av med en hastighet som inte är förenlig med att ge patienterna den tid och uppmärksamhet de är i behov av och som doktorn skul-

le vilja ge dem. Ändlöst pappersarbete klaras av i ett huj, ofta kombinerat med lunch, och undervisning kläms in mellan arbetspassen.

Han beskriver att den arketytiske överläkaren har en svans av beundrande underställda medan verklighetens överläkare ofta kommer till avdelningen och finner att AT-läkaren är på kurs, ST-läkaren har gått hem efter jour och sköterskan just har kommit från långledighet och därför inte känner till det senaste. Provsvar saknas eller ligger i en jättehög. Att patienter tvingas vänta uppfattas som medveten nedvärdering eller nonchalans från doktors sida, men som enbart en kugge är doktorn utan möjlighet att påverka situationen. Tallis påpekar att också patienterna har ett socialt ansvar gentemot sina medpatienter och inte kan kräva orimligheter av begränsade samhällsresurser.

Kliniskt skarpsinne är inte förlegat

Kliniskt skarpsinne behövs även i en högteknologisk era, påpekar Tallis. Det behövs kunskap, erfarenhet och intuition för att komma till en diagnos och förstå att sätta denna i rätt perspektiv. Han påpekar för studenter att hypokondriker kan komma till en diagnos i timmen.

Medicinens konst är att överväga diagnostiska möjligheter och ordna dem i sannolikheter, baserade på kunskap och noggrann observation. När skalldatortomografin kom på 1970-talet hyllades den som »den automatiska neurologen« som skulle göra diagnoser baserade på klinisk observation och omdöme förlegade. DT-negativ huvudvärk kvarstod dock. Att veta vad man skall göra när test är negativa eller inkonklusiva och att inte missledas av positiva svar är lika aktuellt idag som tidigare och kräver klinisk skicklighet, framhåller han. Han menar att allmänheten bibringats uppfattningen att diagnoser är något man bara tar från hylan.

Nolltolerans mot läkarmisstag

Livet som läkare är att leva med och handla under osäkerhet. Idag råder nolltolerans beträffande läkarmisstag, säger Tallis. Han framhåller att medicinens praktik är att fatta oräknliga beslut som man har etiskt, legalt och personligt ansvar för. Besluten, som man är ansvarig för inför patienten, allmänheten, lagen och sig själv, är av många slag, t ex att lugna eller inte, att avvakta eller utreda/behandla, att välja det testet eller det, den tabletten eller den, eller ingen. Beslut tas ofta under svåra omständigheter, med inadekvat information, avbrott och jäkt.

Klinisk medicin handlar alltid om sannolikheter, om att fatta definitiva, ofta irreversibla beslut på ofullständig grund. En doktors känsla av vad som är sannolikt är en syntes av objektiv kunskap, personliga erfarenheter och ledtrådar givna av patienten. Detta lämnar ändå ett gap. Varje medicinsk procedur är till viss del ett experiment.

Att vara en bra doktor är att kunna hantera osäkerhet så att resultatet blir det bästa för patienten. Uppträdandet med lugn auktoritet, som doktorer alltid har strävat efter att visa inför oroliga patienter, hånas nu ofta som »paternalism«. Tallis skriver att en inbjudan till öppen delad oro eller delad panik inte skulle gagna någon.

Han skriver om sitt läkaransvar, om hur vardagen färgas av bekymmer för en konkret patient och ser sig långt ifrån författaren Milan Kunderas beskrivna lätthetstillvaro där människor ses passera genom livet som vatten genom sand. Kontraktet mellan patient och doktor upplevs av Tallis som existentiellt utan möjlighet att översättas till vårdnivåöverenskommelser. En doktor är mer än en »service provider«, säger han. Att börja en läkarkarriär är att binda samman sitt liv med bekymmer och klandrar.

Nu har dock klandren blivit för många, säger han. I den kliniska praktiken begår vi alla misstag. Genom medicinernas försorg har allmänheten/patienter tappat förtroendet, och enskilda läkare som gör så gott de kan i svåra arbetssituationer tillåts inte att göra fel utan hängs ut. I boken finns rikliga medieexempel. Många tidningsrubriker är för mig smärtsamma att läsa. Tallis menar att det kollegiala stödet har minskat samtidigt som läkararbetet har hårdnat.

Empati lärs ut till nya doktorer

Undervisning om goda kommunikationsfärdigheter finns nu på framträdande plats i medicinstudenternas undervisningsplaner. Studenternas färdighet i att ta upp anamnes, göra kroppsundersökning och komma till diagnos och behandlingsplan examinerades tidigare. Tallis beskriver hur man nu också betygsätter studenternas uppträdande och hans/hennes förmåga att få patienten avspänd. Användande av samtalsbörjan med öppna frågor, kontroll av att patienterna förstått rätt, efterforskande av underliggande föreställningar och farhågor om sjukdomen betygsätts. Studenterna instrueras att inta positionen »aktivt lyssnande«, skapa ögonkontakt, mumla »aha« då och då, luta sig framåt och utföra andra verbala och icke-verbala budskapsmottagande åtbörder. De lärs upp i hur de skall

genomföra rollen av en god, omvårdande, empatisk doktor.

Personligt ansvar snart borta?

Tallis ser en risk för att den medicinska världen blir mindre säker för de sjuka. Han är tveksam till om det kommer att finnas kvar kirurger, beredda att ta ansvar för vad som bör göras vid akuta symtom. Blir medicinen en »serviceindustri«? Han befärdar att framtidens doktorer kommer att bli vänliga konformister, robotaktigt standardiserade beträffande kroppshållning och övergångstid från öppna till slutna frågor. Att inte säga emot patienter (eller patientens advokat) kan ha mindre att göra med patientens välfärd än med doktors.

En bok som får mig att tänka vidare

Tallis skriver att för äldre doktorer var 1990-talet det årtionde då de timmar som tillbringades med medicinsk litteratur och på konferenser för att hänga med övertrumfades av de timmar som ägnades åt »management briefings«. Den utvecklingen känns nog igen av svenska läkare, och det är inga svårigheter att hänga med i resonemanget även om de olika omorganisationerna naturligtvis inte har varit helt lika i England och Sverige. Det har varit upplyftande att för en gångs skull läsa en bok av en praktiskt förankrad kliniker som inte sneglar åt vad som för dagen är politiskt korrekta åsikter. Jag skulle gärna vilja diskutera vidare med honom. •