

en), vilket inte är ovanligt i detta sammanhang, så är risken relativt stor att kommunikationen utvecklas negativt och leder till misstroende. Läkaren måste därför klargöra vad han/hon kan göra utifrån sin specialistkompetens och undvika löst grundade resonemang om orsakerna till patientens problem.

Boken, som i första hand riktar sig till arbetsgivare, fackliga organisationer, skyddsingenjörer, datoranvändare och företagshälsovård, är främst inriktad på tekniska och i viss mån psykosociala och arbetsorganisatoriska åtgärder.

Läkarens uppgift anges vara att genomföra en läkarundersökning för att utesluta annan diagnos, dvs fastställa om det finns en etablerad sjukdom som helt eller delvis kan förklara patientens symtom samt i så fall behandla denna. Det är också läkarens uppgift att ta ställning till behov av sjuk-skrivning och etablera en förtroendefull relation för att kunna följa utvecklingen av patientens hälsotillstånd.

I en av de intervjuer som återges i bokens andra del på-talar chefsläkaren vid Stockholms läns försäkringskassa, Christina Eliasch, vikten av att vi läkare använder lika strikta kriterier vid användande av psykiatriska/psykosomatiska diagnoser som när vi vill förklara symtom och besvär med somatisk sjukdom.

I dagens kunskapsläge är det däremot knappast rimligt att behandlande läkare tar ställning för eller emot mer långtgående »elsanerande» åtgärder på arbetsplatsen eller i bostaden. Läkare bör normalt inte heller förorda mätningar av elektriska och/eller magnetiska fält, eftersom det inte finns några gräns- eller referensvärden baserade på kunskap om denna typ av hälsoeffekter.

Beprövad erfarenhet grund för agerande

Medan forskningen försöker öka våra kunskaper om problemet elöverkänslighet och dess orsaker följer den praktiska hanteringen av det ute i samhället en egen logik baserad på vad olika grupper betraktar som »sunt förnuft» och »beprövad erfarenhet». Det finns ingen anledning att moralisera över detta annat än då kommersiella intressen utnyttjar utsatta människor för egen vinnings skull. Den roll som i boken tilldelas läkarna kan knappast uppfattas som särskilt kontroversiell. •

Lättläst och samlad information om enteral nutrition

Agneta Kjällman, red. **Metodbok i enteral nutrition.** 158 sidor. Lund: Dietisternas Riksförbund, 1995. ISBN 91-630-3601-0.

Recensent: chefsöverläkare Torsten Mossberg, anestes- och intensivvårdskliniken, Södertälje sjukhus.

Dietisternas riksförbund (DRF) bildade 1987 en referensgrupp med målet att utarbeta en metodbok i enteral nutrition. 1990 hade jag glädjen att recensera den första upplagan i Läkartidningen. Boken fyllde då en lucka bland våra handböcker. Den var den första publikationen i ämnet på svenska och mycket välkommen. Nu är den andra utvidgade upplagan av denna handbok tillgänglig.

Alltmer accepterad metod

Sedan 1990 har den enterala nutritionens roll i Sverige förändrats betydligt. Intresset har ökat, och alltfler inser att man alltid bör utnyttja mag-tarmkanalen för tillförsel av föda i så stor utsträckning som möjligt. Sedan s k translokation av bakterier och toxiner genom tarmväggen vid svår sjukdom, delvis på grund av att tarmen är inaktiv, börjat diskuteras har enteral nutrition även vid svår sjukdom (t ex inom intensivvården) blivit alltmer accepterad.

Att näring i första hand bör tillföras via mag-tarmkanalen råder det knappast någon tvekan om. Att så inte blir fallet inom sjukvården har flera orsaker. Metodiken för enteral nutrition har varit dåligt beskriven, det har rått förvirring beträffande utrustning för enteral nutrition, och värdet av de olika näringspreparaten har varit svårt att bedöma för den behandlande läkaren. Intravenös nutrition är lätt att tillföra. Det är en väl etablerad metod och har ofta varit den lättaste utvägen ur ett knivigt problem.

Den första upplagan av »Metodbok i enteral nutrition» förbättrade situationen för denna metod avsevärt. Andra upp-

lagen är avsevärt utökad, väsentligt mer attraktiv med ny typografi och en mer lättläst layout.

Praktiska råd

Dispositionen är i huvudsak densamma som i den första upplagan med en kortfattad inledning följt av beskrivning av dietistens roll vid arbetet med enteral nutrition, metodbeskrivning, indikationer och kontraindikationer. Efter inledningen återfinns man ett nyinsatt kapitel som behandlar kosttillsätt, viktiga komplement till vanlig kost. I metodkapitlet har man nu tagit hänsyn till den alltmer ökade användningen av perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) och behandlar mer utförligt hur sondmatning genom en sådan bör ske. Praktiska råd för nutrition i hemmet har också fått ett ökat utrymme.

Ett omskrivet och utvidgat kapitel ägnas de förändringar av näringsbehov som föreligger vid olika sjukdomstillstånd. Här kan man nu återfinna råd rörande näringstillförsel till patienter med brännskador, trauma, sepsis, diabetes, inflammatorisk tarmsjukdom, leversjukdom och kronisk njursjukdom. Ett nytillkommet avsnitt behandlar kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).

Väl formulerat

Det mesta är uppdaterat och väl formulerat. Möjligen kan energinivåerna som rekommenderas till brännskadade patienter vara något överdrivna. Med modern behandling (bl a varm miljö) kan energiomsättningsökningen hos dessa patienter dämpas betydligt, vilket har verifierats med indirekt kalorimetri. Kraven på extremt hög energitillförsel har på så sätt minskat.

I avsnittet om dialys skulle jag önskat några ord om kontinuerlig arterio- eller venovenös hemofiltration (CA(V)-VHD), en metod som används över hela landet vid akut njurinsufficiens och som erbjuder speciella nutritionsproblem.

Olika infartsvägar för näringstillförsel via sond är väl beskrivna, och jag uppskattar särskilt tipsen om fixering av den nasogastriska sonden, ett problem som alltid är svårt att lösa. Jag skulle vilja att man mer kraftigt betonat att röntgenundersökning bör utföras

för att kartlägga läget hos en tunn nutritionssond som man inte kan aspirera maginnehåll ur. Flera fall av intrapulmonellt sondläge har förekommit i landet trots att sedvanlig kontroll av sondläget med luftinblåsning, lyssnande osv har gjorts (enligt metodboken).

Jag vill också till nästa upplaga rekommendera att man på fler ställen än i komplikationskapitlet rekommenderar att en patient i sängläge som matas med nasogastrisk sond bör ha huvudändan 30° höjd för att undvika att regurgitation av maginnehåll inträffar.

Komplikationer i form av aspiration och diarré är vanliga i samband med enteral nutrition. Det i förra upplagan mycket kortfattade och illa uppställda komplikationskapitlet är nu väsentligt utökat och mer lättläst och därigenom mycket mer värdefullt. Tack för det!

Bra och kompletta tabeller

Boken avslutas med uppdaterade tabeller med rekommendationer för intag av energi, protein, vätska, vitaminer, mineraler och spårämnen samt tabeller som beskriver huvudingredienser och näringsinnehåll i produkter avsedda för enteral nutrition, kosttillsätt och modersmjölk ersättning. Jag upprepar gärna det jag skrev för fem år sedan – sammanställningen i dessa tabeller är ovärderlig. Endast i denna publikation kan man jämföra olika produkter på marknaden och, genom att ursprunget till preparaten anges, undvika att patienter med allergi/överkänslighet får olämplig näring.

Bred läsekrets

Ett bra nutritionstillstånd är förutsättningen för att vi ska kunna läka och överleva sjukdom. Denna bok, som framför allt är avsedd för dietister, kan läsas av alla, även av läkare som söker en lättläst och samlad bild av enteral nutrition med överskådliga och väl uppställda rekommendationer. En bok bra för alla vårdavdelningar som vill förbättra sin kunskap om nutrition och använda den till att bättra på patientens näringstillstånd. •

Adressera korrespondens om nya böcker och recensioner till:

Bokredaktionen, Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm.