

Motto för sjukvården i krigets Sarajevo

SPAR LIV OCH AVSTÅ REMISSER

Före kriget arbetade 179 allmänkirurger på sjukhusen i Sarajevo. Kriget lärde dem att anpassa sig och befintliga resurser till att spara liv och att avstå de sofistikerade utredningarna.

Fyra år senare fanns 78 av dem kvar.

Vid en första kirurgkongress i Bosnien och Hercegovina i maj 1996 berättade bosniska läkare att man kan uppnå goda resultat i en masskadesituation med samma basala krigskirurgiska teknik som Internationella rödakorskommittén, ICRC, använder vid arbete i krigsområden.

En annan lärdom var att första hjälpen på skadeplatsen borde vara bättre. Allmänheten bör utbildas för detta ändamål.

Under några dagar i maj samlades i Sarajevo omkring 320 bosniska och ett tjugotal utländska läkare till en kongress arrangerad av de bosniska läkarna för att redovisa vad man gjort under det fyra år långa kriget i Bosnien. Enbart vid Universitetssjukhuset i Sarajevo sågs mer än 60 000 skadade och ungefär 20 000 blev inlagda.

Krigets effekt på sjukvården

Kongressens president professor Fuad Sisic höll ett gripande anförande där han beskrev hur oförberedd man var inom sjukvården på kriget och den förvirring som uppstod när antalet sårade snabbt överskred sjukhusens materiella och personella resurser. Att åstadkomma en omorganisation tog tid och sedan tilltog svårigheterna på grund av förstörda sjukhusbyggnader, brist på vatten och elektricitet, försvinnande lager av

Författare

ÅSA MOLDE

kirurgisk koordinator, Internationella rödakorskommittén (ICRC), Genève, Schweiz.

materiel och mediciner och en stab som ständigt minskade. Han beskrev också målande hur det är att arbeta under ständigt fara och dessutom riskerna med att ta sig till sin arbetsplats plus den gnagande oron för de hemmavarande under den allt längre arbetstiden.

Före kriget hade man en sjukvård med hög standard och man försökte så långt möjligt fortsätta att ge samma högkvalitativa vård till varje patient, men snart fick man anpassa sig och satsa befintliga resurser på att spara liv och lem, och många sofistikerade utredningar och behandlingar fick överges. Remittering av patienter från ett sjukhus till ett annat omöjliggjordes av striderna. Så gott som alla läkare oavsett specialitet fick ta hand om krigsskadade och bli verkliga »allmänkirurger», inte minst på fältsjukhusen där det oftast bara arbetade en kirurg i taget.

Vid krigets början fanns i Sarajevo 179 allmänkirurger och vid krigsslutet 78. Antalet ortopedier minskade från 63 till 29, gynekologer från 100 till 31, plastikkirurger från 17 till 3. Imponerande var att man lyckats samla data om vad man gjort på de flesta kliniker trots att all sjukvårdspersonal också led av dagliga problem som kyla, rädsla och brist på mat. De flesta kliniker i Bosnien som handlagt krigsskador redogjorde för sina material som redovisades i 150 föredrag, 85 postrar och 32 korta videofilmer.

Krigskirurgiska metoder

Nästan inga läkare hade tidigare erfarenhet av krigsskador och det blev en period av anpassning till en behandling som skiljer sig från civil praxis men som tillämpas dagligen sedan många år på ICRC-sjukhusen.

Den basala tekniken att behandla sårskador med stora excisioner för att få bort all död vävnad och avstå från att göra primärsutur fick upptäckas på nytt, men när man väl lärt sig visade den sig fungera bra och man startade kurser för att utbilda andra läkare i denna teknik. Frakturer stabiliserades i allmänhet med en egen modell av extern fixator, »Sarafix», som möjliggjorde enklare sårvård samt snabb mobilisering och utskrivning av patienten.

Man redovisade i ett material på 580 externfixatorer en komplikationsfrekvens på 24 procent, framför allt infektioner, vilket är väl känt från andra krigssituationer och gör att vi inom ICRC förordar enklare metoder som gips och sträckbehandling på våra sjukhus.

Vikten av preventiv fasciotomi vid stora skador för att undvika compartment-syndrom betonades. Vid penetrerande bukskador hade man funnit att det var onödigt att slösa tid på preoperativa utredningar som slätröntgen och ultraljud. Medellinjessnitt ger bäst åtkomlighet och man bör undvika att gå in genom sårskadan i bukväggen.

Kolonskador behandlades med sutur efter eventuell resektion och endast undantagsvis anlades kolostomi.

Mortaliteten i Sarajevomaterialet om 765 bukskador var 20,8 procent, huvudsakligen bland dem som vid ankomsten blödde kraftigt utåt. Kärlskador hos 437 patienter behandlades med rekonstruktion i 87 procent av fallen, ligatur i 11 och primär amputation i 2 procent. Efter rekonstruktion var mortaliteten 5 procent. 7 procent hade komplikationer som infektioner och njursvikt och 5,8 procent blev amputerade. Bristen på anestesiologer var stor och man snabbutbildade därför studenter och använde mer spinal- och epiduralanestesi än tidigare. Syrgas i tub fanns sällan men man lärde sig att använda syrgaskoncentrator med dokumenterat god effekt.

Internationellt stöd

Man var väl medveten om att man inte hade kunnat utföra detta arbete utan stöd från internationella hjälporganisationer som i slutskedet av kriget stod för all materiel och alla mediciner; flera talare återkom med tacksamhet till detta. Det betonades att internationell hjälp fortfarande behövs. En mängd människor väntar på olika former av rekonstruktiv kirurgi, och med bara tre plastikkirurger kvar i Sarajevo är det en omöjlig uppgift att ens ge en bråkdel av de nödvändiga behandlingarna. Behovet av proteser och andra hjälpmedel är enormt. Under kriget blev behandlingen av vanliga sjukdomar och den före-

ANNONS

ANNONS

byggande hälsovården, som t ex vaccinationer, eftersatt. Att återuppbygga hela sjukvårdssystemet kräver stora resurser där de materiella kanske är lättare att finna än de personella.

Slutsatser och lärdomar

Lärdomarna man ville peka på var att första hjälpen på skadeplatsen borde ha varit bättre, och man planerar nu att utbilda allmänheten i detta. Å andra sidan medgav man att det ofta var svårt att ge adekvat första hjälp eftersom samma plats ofta beskötts under en längre tid och eventuella hjälpare inte vågade ta sig fram till den skadade.

Man hade insett att kirurger inte bör gå in i en subspecialisering för tidigt utan att alla bör ha en allmänkirurgisk bas – något att tänka på också i andra delar av världen. Man förstod också vikten av att så många som möjligt känner till grunderna i krigskirurgi vilket vi i Sverige är medvetna om.

En skakande erfarenhet var att hela samhällsstrukturen snabbt slogs sönder med brist på alla basala och livsnödvändiga ting som följd, och detta drabbade alla: civila, stridande, medicinsk personal. Man medgav att man inte var organiserad för att ta hand om stora mängder sårade men insåg också att även om man hade varit det hade förmodligen alla planer slagits sönder, framför allt i det belägrade Sarajevo med ibland total avsaknad av vatten och ström – en lärdom att ta till sig när man planerar för sjukvård i krig.

Debriefing

Under de sista åren har begreppet PTSD – posttraumatiskt stressyndrom – blivit alltmer känt, och en del av behandlingen för att förebygga detta hos människor som varit med om katastrofer är att tala om vad man upplevt – så kallad debriefing. Denna kongress var som en stor grupp-debriefing för alla de bosniska läkarna som när de nu redovisat vad de gjort under dessa fyra, svåra år kan lägga undan minnena och i stället se framåt och ta itu med dagens och framtidens problem. •

NY EXAMINATIONSFORM I LINKÖPING

Svårbedömda kvaliteter kan nu mätas

Hälsouniversitetet i Linköping var bland pionjärerna när det gäller problembaserad inlärning (PBI) med bland annat tidig patientkontakt och multiprofessionell integrerad undervisning.

Man har också utvecklat en ny form av examination med till exempel videoinspelade patientkonsultationer och en ingående muntlig examination baserad på studenternas egna vetenskapliga arbeten. Erfarenheterna hittills är att metoden är lämplig för en avslutande examination som utvärderar kvaliteter vilka tidigare inte kunnat bedömas.

Många medicinska fakulteter har förändrat sitt upplägg och innehåll under det senaste årtiondet för att bättre förbereda studenterna inför sitt yrkesliv och mötet med den kliniska verkligheten som innebär ökade krav från såväl patienter som samhälle.

Problembaserad inlärning (PBI) har visat sig vara en värdefull metod i detta avseende [1-3]. Utbildningsprogram med PBI har befunnits vara överlägsna traditionella program när det gäller studentens attityder och åsikter om sin egen utbildning och när det gäller utvecklandet av kliniska färdigheter, medan mätning av faktiska kunskaper visat varierande resultat [1-3].

Läkarutbildningen vid Hälsouniversitetet i Linköping har förändrats radi-

kalt sedan 1986 [4-6]. Utbildningen använder sig av PBI, tidig patientkontakt, multiprofessionell integrerad undervisning och integration mellan basvetenskaper och klinisk medicin samt mellan traditionella medicinska ämnen [4-8]. Syftet har också varit att ge studenterna en vetenskaplig grundinställning från allra första början [9].

Förändringar inom utbildningen kräver också att examinationsformerna anpassas till och är kongruenta med de nya pedagogiska principerna [10-12]. Vi har utarbetat och presenterar här en ny metod att genomföra den avslutande examinationen efter 11 terminers studier, tillsammans med resultaten från en utvärdering avseende både studenters och lärares åsikter om denna examination.

Betonar holistisk syn

Målet med utbildningen är förstås att generera framtida duktiga läkare och forskare med såväl goda teoretiska och praktiska kunskaper som initiativ-, samarbets- och kommunikationsförmåga. En holistisk syn på hälsa och sjukdom eftersträvas, att stimulera till förebyggande åtgärder, träna kommunikation, lagarbete och stimulera till livslångt lärande [4-6, 13, 14]. Studierna baseras på PBI och således läser studenterna inga traditionella ämnen utan man går ämnesintegrerat tematiskt igenom de olika områden som tillsammans täcker vad som normalt ingår i traditionella ämneskurser.

En mycket viktig komponent i utbildningen är tidig patientkontakt, som börjar redan under den första terminens första veckor [13]. Patientkommunikation tränas sedan återkommande under de fem första terminerna med hjälp av videoinspelade patientsamtal som studenterna har varannan vecka vid vårdcentraler runt om i länet [13].

De första tio veckorna av den allra första terminen studerar samtliga utbildningar inom Hälsouniversitetet tillsammans [7, 8], dvs läkarutbildningen, sjuksköterske-, arbetsterapi-, sjukgymnast-, laboratorieassistentutbildningen och utbildningen i social omsorg. Studenterna bildar här basgrupper med representanter från alla utbildningar och man läser samma områden, i huvudsak

Författare

MATS HAMMAR

docent, överläkare, högskolelektor, f d utbildningsledare

PIA FORSBERG

docent, biträdande överläkare, högskolelektor, utbildningsledare

PER LOFTÅS

leg läkare, AT-läkare, examinerad från läkarutbildningen; samtliga vid Hälsouniversitetet i Linköping.