



Anekdotisk medicin – en ny gren av medicinen?

Jeffrey M Borkan, Shmuel Reis, Jack H Medalie, Dov Steinmetz, eds. **Patients and doctors. Life-changing stories from primary care.** 220 sidor. Madison: University of Wisconsin Press, 1999. ISBN 0-299-16340-7.

Recensent: Kristian Svenberg, distriktsläkare, Hammarkullens vårdcentral, Göteborg.

Enorma tekniska och vetenskapliga framsteg har gjorts inom medicinen de senaste hundra åren. Men likväl klagar många patienter på att doktorn inte lyssnar, att de inte får en chans att föra fram sin »historia».

Den amerikanske läkaren Eric Cassell ställer frågan på sin spets. Han hänvisar till Hippokrates (grekisk läkare 460–377 f Kr). Denne lade grundstenen för den västerländska medicinen genom att hävda att inga sjukdomar har övernaturliga orsaker – att de alla kan förstås genom att studera biologiska förlopp. Cassell menar att Hippokrates i och med detta beredde vägen för en medicinsk praktik där läkaren inte längre känner något behov av att tala med patienten.

Patientberättelsen i fokus

Längs vägen har något hänt. Många läkare har förlorat förmågan eller tappat intresset för att lyssna. Detta bekräftar ju också av modern forskning som visar att läkaren ger patienten i genomsnitt 18 sekunder att berätta sin historia. Sedan griper doktorn in med slutna, precisa frågor som tränger in patienten i ett hörn. Kommunikationen blir enkelriktad och vägen till rätt diagnos och behandling försenad eller försvårad. Orsakerna till detta kan vara många, ensidig betoning på det strikt biologiska i medicinarutbildningen, ökad stress, snåla resurser, den »bevis-baserade» mediciners krav på vetenskaplig exakthet, avpersonalisering och hårddata eller synen på patientanekdoter som »ovetenskapliga».

Det humanistiska arbetssättet, med betoning av individens upplevelser och tankar, har trängts tillbaka. Men här

måste en ändring komma, balansen måste återställas, även läkekonsten måste få status som vetenskap.

Det är förhoppningsvis i detta syfte som boken »Patients and doctors. Life-changing stories from primary care», har givits ut. Det är en antologi utgiven av fyra allmän- och familjemedicinare från Israel och USA. Här finns ett 50-tal bidrag från läkare i ett 15-tal länder. Gemensam nämnare är patientens berättelse och de händelser som lett fram till läkarbesöket.

Tre typer av berättelser

Grovt sett rör det sig om tre typer av berättelser. Först de rena »hjältedram», där läkaren griper in i akuta situationer och räddar liv. Här är utgången given och frågetecknen få. Sedan kommer de historier som slutar i tvivel, där författaren är osäker och famlar efter en lösning; slutligen några bidrag där doktorn känner sig misslyckad eller tyngs av skuld. De senare berättelserna är oftast de mer intressanta. Vilka förutfattade meningar har läkaren om patienten? Vilken roll spelar detta i bemötandet? Vad vet doktorn om patientens familj och hemsituation? Denna kunskap verkar ha större betydelse i många andra länder än Sverige.

Hur kulturell påverkan kan ha avgörande betydelse för utgången visas av dr Miller från USA. Han jobbar natt på ett sjukhus där en ung, mexikansk kvinna opererats för gallsten. Operationen gick bra. Plötsligt försämras dock patienten. Blodtrycket faller, andningen blir ytlig, hon svarar inte på tilltal. Prov visar inget, dropp hjälper inte. En buköversikt tas, denna är normal. Läkaren tycker sig höra kvinnan mumla något. Han har tidigare jobbat i Mexico och har hört talas om begreppet »susto», förlust av själen. Han chansar, tar röntgenbilden, håller den framför hennes ansikte och säger: »Här är din själ.» Så trycker han bilden mot hennes mage, över operationssåret. Och så, efter några minuter, stiger trycket och hon börjar tala och sätter sig upp i sängen.

Humorns betydelse

I andra inlägg berörs humorns och skrattets betydelse i konsultationen, mötet med den döende patienten och med missbrukare, om sjukdom i doktors egen familj. Här finns också ett svenskt bidrag, från Mats Falk, distriktsläkare i Alstermo. Det är en ren fröjd att läsa denna bok. Den visar på ett arbetssätt som sannolikt leder snabbare

till diagnos, som har en betydande placeboeffekt och dessutom gör doktors arbete roligare! Den borde inspirera svenska kolleger att skriva ner sina »bästa och sämsta» konsultationer och ge bränsle åt den spirande gren av medicinen vi kan kalla för »anekdotisk».

Som William Osler sade: »Listen to the patient and he/she is telling You the diagnosis.» •

Situationsbundet lärande lämpligt för läkar- utbildningen

Henry Egidius. **PBL och case-metodik. Hur man gör och varför.** 96 sidor. Lund: Studentlitteratur, 1999. Pris ca 230 kr. ISBN 91-44-01187-3.

Recensenter: Birger Pålsson, med dr, adjungerad lektor, specialistkirurg, samt Magnus Hallén, klinisk assistent, specialistkirurg, avdelningen för kirurgi och gastroenterologi, Universitetssjukhuset, Lund.

Intresset för pedagogiska frågor inom läkarutbildningen har vuxit starkt de senaste två decennierna. Skälen härtill är många, bl a parallella förändringar inom andra universitetsutbildningar och på gymnasiet, delvis annorlunda krav på läkares yrkesfunktioner men också en tilltagande »stoffträngsel» på läkarutbildningen.

Situationsbundet lärande

Henry Egidius, psykolog och pedagog med mångårig erfarenhet som lärare och konsult inom ett flertal universitetsutbildningar, bl a läkarutbildningen vid Lunds universitet, har nu gjort en konkret och praktiskt inriktad sammanfattning av de två pedagogiska koncepten problembaserat lärande (PBL) respektive case-metodik (CM). Metoderna beskriver hur man arbetar med problem inom ett visst ämnesområde. Det centrala är att låta studenterna träna att lösa sådana uppgifter som lärandet i sig går ut på innan de har fått de specifika kunskaperna. PBL och CM tar sin utgångspunkt i modern kognitionsforskning, där bl a »encoding specificity»,



betonas dvs ett situationsbundet lärande som bl a innebär att inläringen blir snabbare och effektivare om individen själv söker relevant kunskap för att hantera ett verklighetstroget problem.

Egidius gör en grundlig jämförelse mellan PBL och CM samt ger konkreta regler och exempel på hur de två metoderna praktiskt skall användas. I PBL-situationer arbetar studenterna i en mindre grupp, upp till tio medlemmar, och någon från gruppen är ordförande respektive sekreterare. Läraren fungerar som handledare och introducerar vid ett första möte en nedskrivna situation eller ett händelseförlopp, men låter i huvudsak gruppen själv utföra arbetet. Läraren skall således inte leverera fakta eller »sanningar». Gruppen avgränsar ur texten fakta, problem, hypoteser om orsaker och verkningar samt obesvarade frågor. Gruppmedlemmarna söker sedan mer fakta under några dagar via litteratur, föreläsningar, personliga kontakter, databaser etc. Vid ett andra möte med gruppen fogas vars och ens fakta samman till en helhet, som kan förklara händelseförloppet och lösa problemet.

Diskussionen det centrala

Case-metodik förutsätter stora grupper på 20–30 eller flera deltagare, då diskussionen är det centrala. Läraren fungerar här som ordförande men utan att alltför mycket styra diskussionen. Som namnet antyder innebär case-metodik just att ett utförligt fall, ofta en patient, presenteras vanligen skriftligt i flera steg omfattande fem till sex sidor som delas ut efter hand. Det centrala är att analysera situationen, extrahera fakta och därefter värdera vilka problem som finns, deras bakgrund och troliga orsaker, vad som kan göras samt vilka ytterligare fakta som behövs och vad effekterna blir. Här ska även etiska, juridiska, psykologiska m fl aspekter beaktas. Gruppen kommer ofta fram till flera olika förslag, och det är inte nödvändigt att något »facit» skall finnas. Studenterna arbetar här med de kunskaper de redan har samt kompletterar varandra, vilket ju är en vanligt förekommande klinisk situation för läkare.

Lämpliga metoder för läkarutbildningen

Egidius ger också en historisk beskrivning av hur PBL respektive CM har vuxit fram. En av våra få invändningar mot boken är att här görs en del onödiga upprepningar.

Vi har sedan 1990-talets början an-

vänt både PBL och CM under kirurgkurserna på läkarutbildningen i Lund. Successivt och i samråd med studenterna har vi de senaste två till tre åren nästan helt övergått till CM. Skälen är bl a att metoden mycket efterliknar det kliniska läkararbetet, fångar mångfacetterade kliniska situationer och patientfall, samt att den, inte minst i dessa besparingstider, får sägas vara »kostnadseffektiv» då en till två lärare och en studentkurs om 20–30 personer under några timmar kan behandla relativt stora och övergripande problemställningar. Vår uppfattning om PBL-metoden är att den kommer bäst till sin rätt inom de prekliniska ämnena.

Egidius bok ger en mycket god vägledning i båda dessa pedagogiska metoder, som vi anser att lärare och andra läkarkategorier som undervisar och handleder bör behärska. Allt efter olika undervisningssituationer kan man sedan välja vilken metod som är lämpligast. •

Läsvärt om myofasciell smärta och fibromyalgi

Leonardo Vecchiet, Maria Adele Giamberardino. **Muscle pain, myofascial pain, and fibromyalgia. Recent advances.** 338 sidor. Binghamton, New York: The Haworth Press, 1999. Pris \$ 89.95. ISBN 0-7890-795-9.

Recensent: Bengt H Johansson, leg läkare, Stocksund, knuten till Belastningsskadecentrum, Umeå.

Muskuloskeletal besvär är bland de vanligaste orsakerna till kronisk smärta och arbetsoförmåga. Muskulaturen har därför med åren tilldragit sig allt mer uppmärksamhet vid den kliniska hanteringen av dessa besvär. Från att tidigare ensidigt ha diskuterat ryggraden och dess olika strukturer som orsak till värken har man från vetenskapligt håll kommit att mer studera muskulaturens fysiologiska och biokemiska funktioner och reaktionsätt.

Vissa begrepp som myofasciell smärta eller fibromyalgi har blivit van-

liga i den kliniska vardagen, och även begreppet kroniskt trötthetssyndrom faller inom detta kunskapsområde. Men begreppen är inte enhetliga eller tillfredsställande definierade. Till detta kommer att det råder stor oenighet med avseende på olika grundläggande synsätt vid dessa tillstånd hos forskare, som representerar allt från psykologiska till reumatologiska aspekter.

Dokumentation av kongressföreläsningar

I strävan att få en mer allsidig belysning och samsyn anordnades 1998 en världskongress (MYOPAIN '98) i Italien beträffande dessa smärttillstånd, och det föreligger nu med denna bok en väl-skriven dokumentation över föreläsningar från denna kongress.

Boken omfattar 30 kapitel skrivna av olika författare. Varje kapitel är relativt begränsat och beskriver sitt område på kortfattat men vanligtvis klart och relevant sätt. Det ligger i sakens natur eftersom den är skriven av flera författare, att den innehåller upprepningar men vanligtvis med olika infallsvinklar.

Boken redovisar grundläggande kunskaper om skelettmuskulaturen och dess reaktioner vid smärta, där bl a neurogena reaktioner beskrivs liksom smärtvärdering och central smärtspridning. Centrala nervsystemets roll vid dessa sjukdomstillstånd är redovisat på det omfattande sätt som det förtjänar. Begrepp som triggerpunkter får noggrann och omfattande belysning, varvid nya kunskaper om dess anatomi och fysiologi beskrivs.

Muskelreaktioner har en mångfald olika kliniska bilder och etiologi. Som exempel på detta kan anföras temporomandibulära smärtor där kopplingen till reaktioner i hjärnstammen diskuteras.

Trots begränsade möjligheter till terapi redogörs för vilka kända terapeutiska metoder som står till buds vid myofasciella smärttillstånd och fibromyalgi.

Reumatologiskt synsätt

Boken domineras av ett reumatologiskt synsätt. Man saknar en mer sammanfattande beskrivning om de neurofysiologiska mekanismer som är av grundläggande betydelse för att förstå de flesta av dessa kliniska bilder. Trots det är boken läsvärd för dem som vill fördjupa sig i detta vanliga kliniska problemområde. Det är värdefullt att litteraturreferenser är uppdaterade till och med 1999. •