Kaplan med titeln »Hämnd – och att avstå från att ge igen«. De menade att hämnd bottnar i en känsla av kränkthet och i föreställningen att man genom att kränka tillbaka kan återupprätta balansen och återfå respekten. Men det som händer när man kränker tillbaka är inte att den andre börjar respektera en, utan att den vill slå tillbaka ännu hårdare. På så vis får man en upptrappning av aggressionerna i stället för ömsesidig respekt, en polarisering i stället för en kommunikation. Det som behövs för att bryta den onda cirkeln är att en av parterna avstår från att ge igen och i stället värnar om relationen.

Det andra föredraget var Åsa Nilsonnes »Empati – medkänsla och bekräftelse«. Hon beskrev ett särdrag som återfinns hos människor i alla kulturer världen över. Det är vår egenskap att dela in dem vi möter i ingrupp eller utgrupp. Vi kan lätt känna empati med någon vi identifierar oss med, någon som tillhör vår ingrupp. Och lika lätt kan vi placera en människa i en utgrupp, en grupp vi inte identifierar oss med och inte känner empati med, och som vi därför inte tycker är lika mycket värd som vi själva. Ofta tycker vi att de regler vi satt upp för hur vi behandlar våra ingruppsmedlemmar inte gäller dem som tillhör en av våra utgrupper, och därför är det okey att behandla dem annorlunda och sämre.

Att göra samma misstag som motståndaren leder inte till att motståndaren försvagas, tänker jag. Om någon attackerar och demoniserar möter man det bättre genom att vara nyanserad. Men man kanske inte ska tala med folk som man tycker har fel? Man kanske bara ska överbevisa dem? Det är lätt att det blir en ofruktbar maktkamp, en kamp om att ge igen, att hämnas attacken. Och i den processen förlorar man sin empati med den andre, som kanske har goda skäl att känna som den gör. Man förlorar sin vilja att förstå, sin nyfikenhet på den andre, sin respekt för människor. Det är inte genom att kränka de andra som psykiatrin kan få respekt.

För mig handlar det inte så mycket om att överbevisa de hängivna motståndarna, de låter sig oftast inte rubbas av motargument hur väl underbyggda de än är. Det handlar kanske mer om hur vi vill att psykiatrin ska uppfattas av dem som inte har valt någon särskild sida än, och om hur vi vill uppfatta oss själva – som aggressiva och tilltryckande, eller som lyssnande, reflekterande och nyanserade?

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Elias Eriksson avstår från replik.

red

Långvarig operation med användning av benstöd

Under vinjetten »Patientsäkerhet« i Läkartidningen 48/2006 (sidorna 3838-9) beskrivs ett fall (HSAN 483/06), vilket kan vara av principiellt intresse att diskutera. Utan att primärt gå in på ansvarsfrågan ligger min övergripande frågeställning i hur lång tid som skall tillåtas förflyta mellan beskrivningen av ett tillstånd eller en behandling och genomslag av denna kunskap i praktisk sjukvård. Det gäller en 48-årig kvinna med en långvarig gynekologisk operation i benstöd, där bilateralt kompartmentsyndrom utvecklades med behov av fasciotomi och med kvarstående besvär, både funktionella och kosmetiska. Komplikationen är sällsynt men välkänd, vilket mycket riktigt påpekas av det vetenskapliga rådet i obstetrik och gynekologi docent Jan Henrik Stjerndahl.

Vi diskuterade denna problematik i en artikel i Läkartidningen 1991 [1], och eftersom det rör sig om en iatrogen skada med så pass deletära konsekvenser (i vår artikel beskrivs exempelvis en 45-årig patient där bilateral amputation blev resultatet) kan det tyckas märkvärdigt att vissa kliniker fortfarande inte har denna kunskap (eller åtminstone inte hade det fram till den nu rapporterade händelsen).

Kompartmentsyndrom på grund av kirurgi med benen i högläge skall inte behöva inträffa, och min avsikt med detta korta inlägg är inte att utkräva ansvar av enskilda kollegor utan fastmer uttrycka min förvåning över att man inte hade rutiner för att undvika det inträffade.

Vi kan dra en rad lärdomar av den här patienten, nämligen att alla operationsavdelningar där patienter opereras med benen i benstöd bör ha vissa rutiner tillgodosedda och att kollegor som opererar patienter med ben i benstöd bör ha motsvarande kunskap.

1. Benstöd bör vara utformade så att man undviker kraftig böjning i knäleden med risk för både arteriell och venös kompression.
2. Benstöd skall inte utöva tryck i fossa poplitea mot artär och ven.
3. Benstöd skall minimera tryck på vadmuskulaturen.
4. Rutiner måste finnas för att avveckla benstödsläget i tid, även om detta innebär en paus i den kirurgiska processen. Denna tid är svår att avgöra, men eftersom det rör sig om att förebygga en allvarlig komplikation kan ett riktmärke vara 10–15 minuter var fjärde timma.
5. Noggrann postoperativ övervakning är viktig, och fasciotomi skall göras vid minsta misstanke om kompartmentsyndrom trots iakttagande av ovanstående regler. Man skall inte invänta förhöjt myoglobin som tecken på det fullt blommande kompartmentsyndromet. Man skall agera profylaktiskt. När man bestämt sig för fasciotomi skall denna utföras akut, inte någon timma senare. Däremot är det osäkert om tryckmätningen i kompartment, om detta utförs vid enstaka tillfällen, är metodologiskt särskilt tillförlitligt och därmed förnuftigt. I allmänhet förlorar man säkerligen värdefull tid.
6. När man utför fasciotomi skall denna göras lege artis vid första tillfället och inte behöva kompletteras »dagen därpå« för att uppnå adekvat cirkulation, som i det aktuella fallet.

Sammanfattningsvis är detta en undvikbar skada som jag hoppas inte skall behöva inträffa i Sverige i framtiden. Bristande kunskap och avsaknad av rutiner bör fortsättningsvis inte vara en förmildrande omständighet.

David Bergqvist
professor i kärlkirurgi; vetenskapligt råd i kärlkirurgi i Socialstyrelsen; medicinskt sakkunnig i Patientskadenämnden

REFERENS

1. Bergentz SE, Bergqvist D, Bauer G. Skador av långvarig operation i benstöd. Läkartidningen 1991;88:3684-5.