

sätt har försvunnit, och patienterna ska betala för alla besök, eventuellt också för olika remisser, nu över 100 kronor varje gång.

Det största problemet enligt Horton är en bristande kommunikation mellan läkare och patient: »Som de flesta av oss som sökt medicinsk hjälp kan intyga, är bristande kommunikation mellan patient och läkare inte ovanlig. Många läkare har påvisbara luckor i sin förmåga att överföra viktig information till patienten – de är ofta särskilt dåliga i att förklara för patienter hur de ska handskas med utskrivna mediciner.«

Följaktligen betonar han vikten av att verkligen engagera patienten – det är inte längre tillräckligt att tala om läkar-patientrelation, det är patient-läkarrelation som ska gälla: »Läkarna är långt ifrån perfekta, det är säkert. Deras felgrepp kan emellertid innehålla värdefull information som kan användas i klinisk verksamhet. En läkares misstag kan bäst ses som en följd av hur hans tankar går. Patient och läkare har tillsammans ett gemensamt mål i att få hans tankeverksamhet på rätt spår.«

Richard Hortons intresse började inte med dessa böcker, han har länge varit intresserad av frågorna om hur medicinen utvecklas, om läkare är tillfredsställda med sitt arbete och om det föreligger någon skillnad mellan medicin och kirurgi. I det förra fallet är hans pessimism påtaglig: Om internmedicin framhåller han att det allmänna klimatet inte kännetecknas av optimism utan av »new millennial«-ångest. Sjukhusen har följaktligen blivit transformerade till »en själlös, anonym, slösaktig och ineffektiv medicinsk fabrik«, skriver han, citerande en amerikansk medicinhistoriker, Roy Porter [5]. Denne var mer optimistisk när det gällde kirurgi, men denna optimism delas inte av de kirurger som Horton tidigare intervjuat;

»Alla, även många kirurger, är positiva till ökad insyn, transparens, i allt vad kirurgen företar sig. Horton är inte säker på att detta skulle förbättra situationen.«

inte heller av kirurgerna Groopman och Gawande. Toraxkirurgernas ordförande Timothy J Gardner intervjuas av Horton, som anser att denna subspialitet haft de största framgångarna av alla. Gardner betonar bristen på samhällelig respekt och uppskattning av den medicinska professionen. Han anser den bero på en underförstådd misstanke att högteknologisk sjukvård, både medicinsk och kirurgisk, bedrivs av läkarna med ett krasst vinstmotiv.

En annan ledande kirurg, Thomas J Krizek, anser att kirurgi inte längre erbjuder den lyckliga (happy) karriär som den en gång gjorde. Han kommenterade fyra framstående kollegers självmord, och Krizek såg deras handling som tecken på att de led av vad han kallar »moralisk dyslexi«: »Det är svårt för oss att läsa skriften på väggen när vi presas till att stå med ryggen mot den.«

Förklaring? Horton påpekar att utbildning till kirurg tar för lång tid, arbetstiderna förstör familjelivet och den emotionella pressen av livsavgörande ingrepp tömmer ut all energi. Det blir dessutom allt svårare att åstadkomma och bibehålla hög standard när kirurgen har blivit så fragmenterad att ämnet förlorat en del av sin gemensamma identitet. Eventuella misstag blåses samtidigt upp till stora frågor som hotar kirurgens hela tillvaro.

Horton för ett långt och intressant resonemang rörande specifika förhållanden som förekomst av »learning curve«, svårighet med adekvata

kontrollmaterial och mycket annat som gör livet svårt för den kirurg som vill tillämpa moderna metoder på kirurgisk klinisk forskning.

Alla, även många kirurger, är positiva till ökad insyn, transparens, i allt vad kirurgen företar sig. Horton är inte säker på att detta skulle förbättra situationen. Tvärtom anser han att ökad transparens kan medföra ökad misstro i stället för förtroende. Experimentell kirurgi är så komplex att insyn endast ökar förvirringen. Ingen utomstående kan fatta de mycket speciella förutsättningar som råder för verksamheten.

Finns någon väg ut ur detta problem? Förtroendet måste återskapas, även om det innebär att transparensen inte är fullständig. Hjälpt från etikern förefaller inte förbättra situationen – många av de professionella filosofiska etikerna har olika syn på hur etik kan tillämpas i en besvärlig medicinsk situation.

Själv har jag inte någon annan lösning än att de som vill leda utvecklingen måste som personer skaffa sig samma förtroende som Nanna Svartz, Clarence Crafoord och Herbert Olivecrona (och många andra) en gång hade. Den personliga resningen, insikten om hur mycket av information som kan spridas vitt och hur mycket som måste förbehållas en liten krets, finns hos personen, inte i yrket.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Groopman J. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin Company; 2007.
2. Gawande A. Better. New York: Metropolitan Books, Henry Holt & Co; 2007.
3. Horton R. What's wrong with doctors? New York Review of Books. 2007;LIV:9:16-20.
4. Tully M. India's unending journey. London: Rider; 2007.
5. Horton R. The final cut. In: Horton R, editor. Second opinion. London: Granta Publications; 2003. pp. 423-41.

Blödningstid för preoperativ screening av ortognatkirurgipatienter

■ I Läkartidningen 17-18/2008 publicerades en klinisk översikt avseende blödningstidsbestämning (BT) och dess roll av Radulovic och medarbetare [1]. De granskade flera studier som rapporterade resultat vid utredning av blödningsbenägenhet inför njurbiopsi och leverbiopsi.

Manno och medarbetare rapporterade att det inte var någon skillnad i blödning vid njurbiopsi vare sig patienterna hade normal eller förlängd BT [2]. Vid utredning inför leverbiopsi rapporterade Boberg och medarbetare att patienter med förlängd BT hade signifikant större risk att drabbas av blödning efter leverbiopsi [3]. Dessa studier är utförda på icke friska patienter där allmäntillståndet kan tänkas komplicera tolkningen av resultatet av BT.

Vid avdelningen för käkkirurgi, odontologiska institutionen, Karolinska institutet, har vi nyligen genomfört en liknande studie rörande preoperativ screening av friska unga elektiva patienter inför ortognatkirurgi [4]. Med anledning av samstämmiga resultat med Radulovics och medarbetares artikel i Läkartidningen önskar vi komplettera med att rapportera resultat från denna elektiva grupp av unga friska individer.

Ortognatkirurgi används för att korrigera dentofaciala avvikelser. Kraftig blödning under operationen är en allvarlig men ovanlig komplikation. Olika preventiva strategier som t ex preoperativ screening för blödningsrubbingar, olika blodstillande läkemedel under operationen samt hypotensiv anestesi an-

vänds för att minska den peroperativa blödningen.

Studien baseras på 151 konsekutiva unga (medelålder 23 år) elektiva patienter planerade för ortognatkirurgiska ingrepp. Preoperativt screenades patienterna med BT (Surgicutt) som visade förlängd BT hos 20 patienter (19 kvinnor, 1 man). Efter ytterligare utredning kunde man påvisa trombocytfunktionsdefekt hos 10 av dessa 20 patienter. BT gav således en alltför hög andel positiva resultat.

Vidare kunde vi inte i denna grupp påvisa någon korrelation mellan peroperativ blödning och en förlängd BT. Det var som nämnts en stark övervikt av kvinnor med förlängd BT i vår studie (19/20). I andra studier har det rapporterats att detta kan bero på skillnader i blodkärl och bindväv [5] samt att kvinnor har skörare hud [6].

Konklusionen blir därför att rutinmässigt användande av BT för hemostatisk screening preoperativt av friska elektiva patienter inför ortognatkirurgi inte kan rekommenderas framför allt på grund av ett stort antal falskt positiva test.

Maria Modig
leg tandläkare, ST
maria.modig@ki.se

Annika Rosén
docent, övertandläkare

Anders Heimdahl
professor, övertandläkare;
samtliga vid avdelningen
för käkkirurgi, institutionen för
odontologi, Karolinska institutet,
Huddinge

REFERENSER

- Modig M, Rosén A, Heimdahl A. Template bleeding time for preoperative screening in patients having orthognathic surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008; doi:10.1016/bjoms.2008.03.017

LÄS MER Fullständig referenslista
<http://ltarkiv.lakartidningen.se>

Snälla HSAN, använd retrospektoskopet med förstånd!

■ Ansvarsnämndens beslut är ofta föremål för kommentarer i Läkartidningen – och då menar jag inte redaktionens referat i sektionen »Patientsäkerhet« utan kollegornas reflexioner, vilka kommer ur en klinisk verklighet fjärran från HSANs myndighetsutövande, och där beslutens svepande formuleringar ifrågasätts.

Som så ofta tidigare påpekats: om alla de »borde« som HSAN radar upp skulle tillämpas verbatim skulle varje öppenvårdspatient behöva underkastas ett oändligt antal laboratorieprov, röntgen-/DT-/MR-undersökningar, specialistremisser och explorationer, och allt detta dessutom utan någon tidsutdräkt! Om vårdproduktionen enkelt och kostnadsfritt kunde mångfaldigas och om samtliga undersökningar vore ofarliga skulle detta kunna vara tänkbart (om än medicinskt idiotiskt), men var finns realismen?

HSANs generaldirektör har deklarerat att man inte kan/får kommentera sina beslut eftersom det »skulle riskera att bli ett uttalande till förmån för någon av parterna« (Läkartidningen 49–50/2007, sidan 3791). För tidningens läsare blir detta minst sagt frustrerande. Vi vet inte om det finns relevanta fakta vilka utelämnats av tidningens referat, och vi står kvar med ett salomoniskt domslut som i många fall lett till att vården tvingats ändra sina rutiner utan att nyttan därav någonsin visats vetenskapligt!

Denna min jeremiad föranleds av referatet »Borde DT-undersökts« (Läkartidningen 15/2008, sidorna 1110-1). Två kollegor fälls till ansvar för att inte ha genomfört (tvingat patienten till?) DT-undersökning, sedan en 32-åring sökt på akuten två dygn efter att

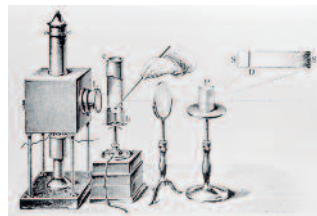


Foto: SPL/IBL

Inget retrospektoskop, men väl ett spektroskop (tidigt 1900-tal).

han till följd av ett nacksving slagit kunden i gatan. Uppgift om medvetlöshet saknas, sålunda finns inga hållpunkter för diagnosen commotio cerebri. Vid undersökning finner man normalt neurologstatus. Patienten vill gå hem, men återkommer två dagar senare. Även då saknas objektiva fynd i status. Först vid ett tredje besök ställs diagnosen kroniskt subduralhematom (?). Av referatet framgår dock inte att det som skedde på något sätt har påverkat utfallet.

Det som för min del får bäga- ren att rinna över är den skil- dring av patientens agerande som framkommer på åtskilli- ga ställen i referatet och som bör finnas med i bilden då man bedömer läkarnas hand- lande:

- Patienten ville själv gå hem (dag 2 och dag 4).
- Patienten var (tidigare?) tung drogmisbrukare.
- Patienten redogjorde vid andra besöket (dag 4) inte spontant för traumat, utan först efter specifika frågor med ledning av journalen. Han bagatelliserade då traumat, sade sig inte ha slagit i huvudet, varit medvetlös eller ha amnesi.
- Patienten vägrade bli undersökt, satt upp och såg opåverkad ut (dag 4).
- Patienten uppgav (dag 4) att han struntat i att hämta ut receptet från första besöket.
- Patienten, som ombetts vänta på akuten för bedömning, påträffades på väg hem (dag 4).

I Läkartidningen 24–25/ 2007 (sidorna 1928-9 och 1930-2) kritiserar SBU:s råd om DT-undersökning vid hjärnskakning av två grupper av erfarna kliniker (Gustafson och Kongstad; Pålsson och medarbetare). Man påpekar bl a att råden baseras på 13 retrospektivt funna fall av hjärnblödning under en peri- od då cirka 85 000 vårdtillfäl- len med diagnosen commotio cerebri registrerats, alltså 0,02 procent. Och i det här ak- tuella fallet finns inte ens den diagnosen!

I händerna på HSAN, liksom på SBU, är retrospektoskopet ett mycket dubiöst verktyg, fullt i klass med irisdiagnostik eller åderlåtning. Man har ju aldrig haft anledning övervä- ga de (84 987!) fall där under- sökningen inte skulle ha spel- lat någon roll. Om icke blott patienter med verifierad com- motio, utan även de som för- nekar detta, ska genomgå DT kan apparaten lika gärna monteras i entrédörren till våra sjukhus, så att alla som där inträden blir vederbörligen genomlysta.

Som alternativ till DT säger Ansvarsnämnden att kolle- gorna skulle ha rådfrågat sin bakjour eller remitterat till kirurgjouren. Tar HSAN för- givet att dessa mer erfarna lä- kare skulle ha ordinerat DT? Jag tror tvärtom – med längre erfarenhet har man än större möjlighet att bedöma sanno- likheten för relevanta under- sökningsfynd och vågar ex- pektera. Jag hoppas att kolle- gorna har kurage att överkla- ga till kammarrätten, vilket är generaldirektörens för HSAN lakoniska råd i ovannämnda uttalande.

Eskil Dalenius
leg läkare, specialist
i anesthesiologi, Karlstad
eskil.dalenius@telia.com