

- funktionsstörningar. Lund: Studentlitteratur, 1991: 114.
19. Hamberg J. Videoproduktion No 40 (170-047). Alfa.
20. Feneis H. Anatomisk bildordbok. Stockholm: Liber, 1979: 63.
27. Kapandji IA. The physiology of joints, vol 1. London: Churchill Livingstone, 1986: 116.

Komplett litteraturlista kan rekvireras från författaren under adress: Bernt Ersson, Strömsbrovägen 56, 806 45 Gävle, tel 026-51 09 14.

Replik:

Påtaglig risk för felslut

Bernt Ersson anser att jag felciterat honom. Citaten i min anmälan är korrekta liksom följande ur hans genmäle: »I boken anges aldrig att ulnas distala ledhuvud är konkavt». Anatomiska helsidesbilder av handloven (sidan 66, 71, 81) visar ulnahuvudet konkavt och ordet »konkavt» är inskrivet i en av figurerna. Sju bilder (sidan 66, 71, 73, 81) visar också en struktur benämnd »disk», vilken, så som den är framställd, icke finns [1]. Distala radioulnära leden beskrivs som »planled» (sidan 71, 76).

Felaktigheterna påtalades för att betona att om den anatomiska uppfattningen är inkorrekt, kan också den behandling som just bygger på insikten i den funktionella anatomin bli inkorrekt.

Författaren menar att jag påför honom »åsikter och anatomiska vanföreställningar» han inte har. Syftet var ju bara att visa att handloven skall mobiliseras som om det vore så som framgår av teckningar och text, vilket jag borde begripit.

Om man då tänker sig »disken» såsom nämnda teckningar felaktigt visar, tror man lätt att den – just som författaren säger – kan ge »låsning» i handleden precis som en inslagen menisk i knät. Så är det inte, och här har vi just ett exempel på den typ av felslut jag ville påtala risken för.

Annan patientgrupp?

Ersson redogör på sidan 105 helt korrekt för handträningens principer och nämner begreppet »extraartikulära glidytor». Detta begrepp introducerades av mig 1979 i vår bok om ortosbehandling [2] för att belysa att orsaken till in-

KORRESPONDENS

skränkt fingerrörlighet snarare är att söka i de utbredda extraartikulära glidytorerna än i de begränsade intraartikulära. Författaren ansluter sig till denna uppfattning och varnar t o m för passiva tånjningar. Vi är överens om att detta alltså gäller efter trauma.

Men när skall då muskeltöjningar och/eller ledmobiliseringar övervägas? Så långt det är bedömbart från litteraturen tycks ingen handkirurg eller handterapeut använda de metoder författaren ägnar de första två tredjedelarna av boken åt, och den två volymer omfattande »Rehabilitation of the hand» [3] nämner inte saken heller. Varför?

Är det så att det finns en patientgrupp, som bara ses av primärvårdsläkarna – bokens målgrupp – men inte alls av oss handspecialister? Eller är det så att vi inte begripit att, i ex »Mobilisation av karpalbenen kan öka utrymmet i karpaltunneln» (sidan 110) och utgöra ett behandlingsalternativ vid karpaltunnelsyndrom? Författaren aviserar en ny upplaga, vilket är bra. Vi hoppas då på information om patienturval och förväntade resultat.

Carl-Göran Hagert
docent, överläkare, handkirurgiska sektionen, Lund

Litteratur

1. af Ekenstam F, Hagert CG. Anatomical studies on the geometry and stability of the distal radioulnar joint. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1985; 19: 17-25.
2. Hagert CG. Handens glidytor. In: Moberg E, Hagert CG, Nordensköld U, Traneus-Nililius M, eds. *Ortoser i handkirurgi*. 2 uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1986: 17-23.
3. Hunter JM, Mackin EJ, Callahan AD. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 4th ed. St Louis: Mosby, 1995.

Besparingar med kortsiktig vinst ingen bra ekonomi

Ingen torde vara omedveten om den besvärande ekonomiska situation sjukvården befinner sig i. Besparingar förutsätts

inom alla områden, men effekten diskuteras vanligen kortsiktigt. Låt oss ta några exempel från vår verksamhet där visserligen kostnader kan minskas, men där detta förfaringssätt på längre sikt leder till större utgifter.

Ungefär 2 procent av befolkningen har någon gång i livet ett kroniskt bensår. Dessa förorsakas ofta av sjukdomar i vensystemet, och är mer eller mindre invalidiserande. Den viktigaste komponenten i behandlingen är kompression med bandage eller helst kompressionsstrumpor.

Reglerna för hur dessa strumpor skall ersättas har varierat. Idag noteras att lands- eller helt ersatt detta hjälpmedel drar in stödet.

Kortsiktigt en vinst, men på längre sikt en stor förlust, eftersom risken är stor att patienten inte anser sig ha råd att själv köpa strumporna. Cirka fem miljoner såromläggningar görs varje år i Sverige till en kostnad av ca en miljard kr. Korrekt utprovad och använd kompression innebär en betydande minskning av risken för recidivsår och därmed också behov av såromläggningar. En kostnad om ett par hundra kronor för ett par kompressionsstrumpor är därför en synnerligen god investering. I stället för indragning av bidrag vore det därför god ekonomi att tillförsäkra varje sårpatient hans behov av kompressionsstrumpor.

Stenosutveckling

Patienter som opereras med vengraft för allvarlig ischemi i nedre extremiteterna utvecklar i 25–30 procent stenosis i graftet eller anastomosområdet. Dylig stenosutveckling är en viktig riskfaktor för graftoklusion och man vet idag, bl a från en svensk randomiserad studie, att relativt tät uppföljning med färgdopplerundersökning och aggressiva åtgärder i form av ballongvidgning eller operation när stenosen uppkommer, ökar öppetstående av graftet. Härmed torde risken för en senare amputation minska. Att i denna patientgrupp dra ner på uppföljningsbesök och inte tillskapa resurser för optimal uppföljning leder till ökade kostnader i samband med en framtida amputation. Denna är dyr för samhället förutom att den är en katastrof för patienten.

Förkortad vårdtid vid aneurysm

Som ett led i strävandena att skapa minimalt invasiva kirurgiska åtgärder pågår en intensiv utveckling av tekniken att operera aneurysm endovaskulärt. Vid aneurysm i kroppspulsådern innebär denna teknik, som uppskattningsvis kan utnyttjas i 50 procent av fallen, en förkortad vårdtid och snabbare återgång till normalt liv, jämfört med konventionell operation. Däremot är teknologin dyrare, vilket innebär att sjukvården får betala mera för det material som åtgår än vad inbesparing av vård dagar förbilligar.

Det borde vara självklart att de sjukhus som vilka bland annat har som uppgift att leda utvecklingen skall kunna fortsätta dylig verksamhet trots ökad kostnad och att det är en annan »kassa» som ser effekterna.

Detta är tre exempel på verksamheter där sjukvården visserligen kan minska sina omedelbara utgifter, men där hänsyn ej tas till framtida kostnader. Vi saknar det övergripande hälsoekonomiska tänkandet och ser med oro en stagnation av utvecklingen till stor otjänst för patienter och samhälle.

Lars Norgren
överläkare i kärnkirurgi, Universitetssjukhuset, Lund, och professor i kärnkirurgi, Trondheims universitet

David Bergqvist
professor i kärnkirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Viktigt meddelande: Normaldosering av Teldanex halverad

För mer än ett år sedan ändrades normaldoseringen vid behandling av allergisk rinit och konjunktivit från 120 mg till 60 mg per dygn.

Detta är viktig information, då Teldanex (terfenadin) är ett preparat med potentiell risk för allvarliga biverkningar vid överdosering samt vid interaktion med en rad farmaka, som fördröjer nedbrytningen.

Den nya normaldosen står i Fass 1995, och där står även under rubriken Dosering med