

Vem ansvarar för obduktion?

I ett ärende som jag tagit del av har Socialstyrelsen riktat kritik mot en läkare för underlåtenhet att föranstalta om obduktion av en på sjukhus avlidne patient. Fallet anmäldes även till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som emellertid på grund av lagändring ej kunde ta upp det till bedömning.

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1991:7, FFH 1993) om dödsbevis och intyg om dödsorsaken m m framgår att »chefsöverläkarna och de läkare som avses i 14 § Allmänna läkarinstruktionen» (av huvudmannen utsedda läkare i de fall där det ej finns någon chefsöverläkare, min anmärkning) »ansvarar för att klinisk obduktion enligt Obduktionslagen (1975:191) görs när det finns skäl för detta» (10 § ALD).

Eftersom den kritiserade läkaren ej var chefsöverläkare inställer sig följande fråga: Vem ansvarar de facto för att obduktion enligt Obduktionslagen utförs när det finns anledning?

Är det den läkare som konstaterat dödsfallet eller den som utfärdat dödsbeviset? Den patientansvarige läkaren (PAL)? Chefsöverläkaren enligt texten ovan?

I sistnämnda fall: Gäller då lagen »ovillkorligt» eller måste det framgå av slutanteckningar eller dylikt att samråd med chefsöverläkare skett?

Det finns på sina håll – på grund av den ekonomiska situationen? – en minskande benägenhet att utföra kliniska obduktioner på avlidna patienter »i onödan». Min uppfattning är att den inställningen på sikt skadar tilltron till det svenska dödsorsaksregistret. Av bl a denna anledning är det av värde att klarlägga ansvarsförhållandena kring kliniska obduktioner. Det vore intressant om någon i ämnet insatt person kunde bistå med detta.

Gunnar Olofsson
specialistläkare, Göteborg

Att möta patienter så att de återfinner sig

Leif Keisu berör i Läkartidningen 18/96 läkares möten

med dem som menar sig vara sjuka utan att i traditionell mening ha en sjukdom? Keisu får patienten »Lena» att acceptera att hon själv framkallar sin sjukdom, sin elöverkänslighet. Därpå tonar Lenas besvär bort.

Elöverkänslighet ett försök att säga något

Det mänskliga medvetandet är »intentionellt», riktat: både läkare och patienter ser vad de vågar och behöver se [1]. Presenterat symtom kan vara ändamålsenliga att ha, sett utifrån patientens särskilda kontext. Symtom som personligt budskap står för patientens försök att anpassa sig till verkligheten – som han eller hon ser den [2]. En sådan patient ska mötas av läkaren, inte på basis av medicinska föreställningar om orsakssammanhang, utan via bilden av det som pockar på att uttryckas – om än kryptiskt. Jämför Winnicotts »good enough mother» och hennes spädbarn [2].

Låt oss nu pröva fallet Lena enligt tanken att människan ibland »väljer» att vara sjuk för att hålla ihop som person [2]. Enligt Keisu är det viktigt att patienter som tror sig vara drabbade av ström (be)möts så att deras egenhändigt skapade uppfattning om symptomets orsaker inte förstärks. Vad får då Lena att utveckla sin sjukdomsbild och vilka ytringar kommer Lenas behov av att vara »drabbad» att ta sig när hennes nödlösning tas ifrån henne?

Lena förhåller sig till sig själv som vore hon drabbad av elektromagnetiska fält. Hennes läkare kan välja att hantera sin gnagande känsla av hjälplöshet genom att fly till medicinska nödlösningar, hjälphypoteser, alternativt försöka möta sin samtalspartner i den icke-materiella, specifikt mänskliga dimensionen av tillvaron. Ett framgångsrikt sätt att möta Lena bör som bäst leda till att hon överger både sin elallergi och andra behov av att se sig som utsatt. Läkaren kan underlätta hennes möjlighet att se sig som agent genom att undra vad hon vill säga med sin symtompresentation [2]. »Den goda modern» [3] har som jämförelse inte som mål att bota sin femårige sons sekundära enkopres, om den står för pojakens ordlösa försök att skapa nya sammanhang. Hon möter so-

nen så att han inspireras att återuppta sin erövring av världen – utan att göra i byxorna. Lena kan också återfinna sig själv, utan att ersätta sin elallergi med något annat.

Olle Hellström
distriktsläkare,
vårdcentralen, Vansbro

Referenser

1. Husserl E. Phenomenological psychology. The Hague: Martinus Nijhoff, 1977/1925.
2. Hellström O. Vad sjukdom vill säga. Örebro: Libris Förlag, 1994.
3. Winnicott DW. The maturational process and the facilitating environment. The institute of psychoanalysis. San Francisco: Karnac Books, 1984.

Är injektionsbehandling med steroider vid allergisk rinit utan risk?

Vid ny pollensäsong i björkarnas stad, Umeå, kommer önskemål om steroidinjektioner mot allergisk rinit. Min erfarenhet inom yrket är inte så lång, men jag har slagits av hur många som har denna relativt okomplicerade åkomma med nästäppa men som behandlas med så potent medicinering som steroider i doser mellan 80 och 120 mg, ibland upp till 200 mg. En del av de patienter som fått injektioner har förvisso förutom sin rinit även luftvägsymtom, men en majoritet av de patienter jag träffat har endast haft rinit. De har av olika anledningar varit missnöjda med lokalbehandling och inte orkat fullfölja den och därefter fått förslaget om injektionsbehandling som ett alternativ. Kolleger jag talat med har motiverat forskrivningen av kortisoninjektioner med att »Det är ofarligt och mycket praktiskt för patienten» eller »Det är jät-tebra! Det är riskfritt – det står inget i Fass om några farliga biverkningar!»

Individuell känslighet?

Och mycket riktig – i Fass står det på metylprednisolon

(Depo-Medrol, inj 40 mg/ml, Upjohn), under rubriken biverkningar vid behandling av allergisk rinit att de ogynnsamma effekterna bl a beror på individuell känslighet. Inte ens bland sällsynta biverkningar anges övergående binjurebarkssuppression. Detta står dock i texten men där säger man att den kliniska effekten av sänkningen är liten.

Alternativet till Depo-Medrol är triamcinolonacetonid (Kenakort-T, inj 40 mg/ml, Bristol-Myers Squibb) som är ett derivat av prednisolon.

Under rubriken biverkningar hänvisas man till texten för Kenakort tableter 4 mg. Där kan man läsa bland vanliga biverkningar att preparatet har flera biverkningar som går samman med systemisk steroidbehandling, bl a binjurebarkssuppression.

Har Upjohn upptäckt några risker? I artiklar jag fått mig tillsända från Upjohn framkommer en diversifierad bild, men flera författare påpekar att man får en signifikant suppression av kortisolproduktionen under 3–4 veckor [1] och hos enskilda individer upp till 8 veckor [2]. I en studie redovisas personer med nedsatt funktion i HPA-axeln som svar på insulininducerad hypoglykemi, upp till 85 dagar efter behandling med två injektioner Depo-Medrol, trots att deras nivå av p-kortisol i vila återgått till det normala [3].

Flera frågor inställer sig

Skiljer sig metylprednisolon så avsevärt från triamcinolonacetonid att risk för kliniskt signifikant binjurebarkssuppression inte behöver anges? Om det finns en individuell känslighet kan man i förväg veta vem som är känslig? Ska man informera alla om att de kan vara känsliga och att de vid t ex kirurgi eller annan stress 1–8 veckor efter steroidbehandlingen kan få en binjurebarkssvikt eller löper de ingen risk under denna period? Är det samma risk för klinisk binjurebarkssuppression vid 80 mg som 160 mg?

Naturligtvis ligger huvudansvaret för behandling av allergisk rinit på forskrivande läkare som i första hand bör förorda lokalbehandling, men jag misstänker att Fass-texten för Depo-Medrol bidragit till en allt för frekvent forskrivning av preparatet och möjligen till den fördubbling av forskrivningen av preparatet som skett mellan 1993–1995 inom öppenvården i Västerbotten

ANNONS

ANNONS

(8 486 dygnsdoser–17 274 dygnsdoser) [4].

Jag vore tacksam för synpunkter på dessa frågor från Pharmacia & Upjohn, från kolleger inom endokrinologi, allergologi samt Läkemedelsverket.

Olov Rolandsson
ST-läkare i allmänmedicin,
Robertsfors vårdcentral

Referenser

1. Hedner P. Suppression of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis after a single intramuscular injection of methylprednisolone acetate. *Ann Allergy* 1981; 47: 176-9.
2. Ganderton M A. Clinical and endocrine side-effects of methylprednisolone acetate as used in hay-fever. *BMJ* 1970; 1: 267-9.
3. Ganderton M A. Steroid therapy in hayfever. *Lancet* 1972; 1: 847-8.
4. Apoteksbolaget; Statistik för öppenvården i Västerbottens län, 1993–1995.

Replik 1:

Fasstext avspeglar väl tillgänglig dokumentation

Inledningsvis kan konstateras att i Fass-texterna för Kenacort står informationen om effekter av längre tids systemisk användning utspridd på de olika behandlingsformerna, medan den för Depo-Medrol är samlad i en text, direkt efter varandra. I Kenacort-texten för injektionsvätskan, den som används på motsvarande sätt som Depo-Medrol, anges systempåverkan som mindre vanlig biverkan, men med tillägget att detta inte kan uteslutas vid långvarig behandling. Vad gäller Depo-Medrol anges specifikt att en sänkning av endogent kortison kan påvisas vid behandling av säsongallergi, men att den kliniska effekten av denna sänkning är liten. Vilket sätt att disponera texterna som är tydligast kan naturligtvis diskuteras, men lär knappast ge en radikalt annorlunda bedömning av de två preparaten.

Påverkar

Det är ett väl känt faktum att all systemisk tillförsel av korti-

son kan påverka kroppens egen produktion i mer eller mindre hög grad. Avgörande är dock den kiniska effekten av denna påverkan. I bl a den citerade artikeln av Pavo Hedner i Lund konstateras just detta – dvs att en mätbar påverkan på endogent kortisonproduktion uppträder, men att denna påverkan är av liten klinisk signifikans. Fass-texten avspeglar således väl den tillgängliga dokumentationen.

Detta bekräftas också till viss del av att inga fall av kliniskt betydelsefull binjurebarkssuppression till följd av Depo-Medrolbehandling av allergisk rinit har rapporterats sedan denna indikation godkändes i Sverige.

Vi anser därför sammanfattningsvis att de upplysningar som ges i Fass är i enlighet med tillgänglig dokumentation och ger ett gott underlag för förskrivande läkares bedömning. En ökande förskrivning skulle ju kunna tänkas avspegla att många läkare utifrån egen praktisk erfarenhet har funnit att Depo-Medrol är ett effektivt och säkert alternativ för många patienter med allergisk rinit.

Carola Lemne
medicinsk chef,
Pharmacia & Upjohn
Sverige AB

Replik 2:

Harmoniserade texter kommer i nästa års Fass

Olov Rolandsson sätter fingret på en detalj i ett större problemkomplex, nämligen att Fass-texterna för äldre preparat inte alltid är helt uppdaterade. Dessutom kan skillnader mellan olika preparat inom samma grupp föreligga, eftersom preparaten registrerats vid olika tidpunkter och kanske på delvis olika indikationer.

Målsättningen är självfallet att felaktig eller tvetydig information skall utrangeras ur produktinformationen för respektive preparat, och som regel är producenterna och Läkemedelsverket uppmärksamma på ny kunskap när det gäller exempelvis biverkningar. En

kontinuerlig uppdatering av texterna sker således, men inom varje preparatgrupp kan dessa faktatillskott leda till ytterligare diskrepanser mellan de enskilda preparaten.

Tidsbegränsade godkännanden

I samband med Sveriges anpassning till EUs regelverk gäller numer tidsbegränsade godkännanden för samtliga registrerade läkemedel. Vart femte år granskas varje enskilt preparat och man bedömer därvid den medicinska ändamålsenligheten mot bakgrund av bland annat aktuella säkerhetsdata. Läkemedelsverket skall i samband därmed godkänna varje preparats produktresumé, vars innehåll ligger till grund för (den av läkemedelsindustrin utformade) Fass-texten.

För närvarande pågår granskningen av steroidpreparaten, som i de flesta fall funnits på marknaden under många år (det av Rolandsson aktualiserade exemplet Depo-Medrol registrerades 1963). Inte minst biverkningstexterna har skilt sig åt mellan olika glukokortikoider trots likartad effekt och likartad biverkningsmönster. En av de viktiga uppgifterna i den nu aktuella granskningen blir därför att så långt det är medicinskt motiverat åstadkomma en harmonisering av biverkningstexterna för steroidpreparat med likartad verkan. Således behandlas för närvarande bland annat produktresuméerna för de av Rolandsson nämnda preparaten. Förhoppningsvis kommer mer fullständiga, uppdaterade och harmoniserade texter att tryckas redan i 1997 års upplaga av Fass.

Inge Eriksson
leg läkare,

Thomas Bradley
leg läkare,
Läkemedelsverket, Uppsala

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/»mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!

Kortare gipstid väl försvarbar vid distal radiusfraktur

I Läkartidningen 19/96 kommenteras ett ansvarsärende som refererats i Läkartidningen 48/95, där en läkare fått en erinran för att han avgippsat en kvinna med distal radiusfraktur efter tre veckors gipstid. Efter reposition hade frakturen fixerats med gipsskena. Senare konstaterades att frakturen läkt med en betydande deformitet.

Föredragande i ortopedi i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, bedömer att vederbörande ortoped inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i det att gipsskenan togs bort redan efter tre veckor.

Av tradition

Vi instämmer helt i att 4–5 veckors gipstid är en etablerad praxis vid gipsbehandling av dislokerade distala radiusfrakturer. Såvitt vi känner till är den dock snarare grundad på tradition än på en vetenskaplig dokumentation.

I en prospektiv kontrollerad studie har man jämfört tre och fem veckors gipstid vid dislokerade distala radiusfrakturer [1]. Vid efterundersökningarna fann man att det radiologiska resultatet, dvs läget i de läkta frakturerna, var likvärdigt. Patienterna med tre veckors gipstid hade mindre smärta och bättre greppstyrka vid uppföljningen, medan det inte förelåg någon skillnad i rörlighet.

I en annan prospektiv randomiserad studie behandlades patienter med reponerade distala radiusfrakturer antingen med konventionell gips i fem veckor eller motsvarande tid med en gips som endast begränsade dorsalextensionen i handleden, men i övrigt lämnade rörligheten i handleden fri [2]. Även här fann man vid uppföljning att graden av kvarstående deformitet var oberoende av fixationstypen.

Det är väl dokumenterat att dislokationen i en distal radiusfraktur tilltar under en tämligen lång tid så att en försämring av läget ofta sker mellan fem och nio veckor, och att en mätbar försämring sker även mellan nio och tretton veckor [2]. En röntgenkontroll efter tre veckor skulle därför knappast vara av värde inför ställningstagande till tidig avgipsning.