

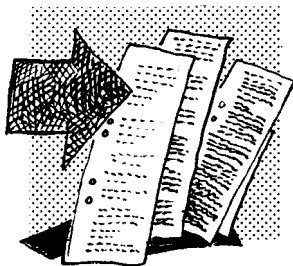
Vi anser således att nuvarande praxis för fixationstid av distala radiusfrakturer bygger på ett osäkert vetenskapligt underlag och att de jämförande studier som finns av detta talar för att en tidig avgipsning kan vara värdefull.

Mot bakgrund av detta anser vi att avgipsning av en distal radiusfraktur efter tre veckor är väl förenlig med den vetenskap som finns på detta område.

Bengt Sandén
leg läkare,

Björn Ragnarsson
leg läkare, ortopedkliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

ILLUSTRATION: LASSE PERSSON



»Jag är medveten om att en domstol har att döma efter lagarna, men måste den inte ta hänsyn till verkligheten också?»

Referenser

1. Mc Auliffe TB, Hilliar KM, Coates CJ, Grange WJ. Early mobilisation of Colles' fractures. A prospective trial. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-B: 727-9.
2. Dias JJ, Wray CC, Jones JM, Gregg PJ. The value of early mobilisation in the treatment of Colles' fractures. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-B: 463-7.

Sköterska anmäld för mänskligt och professionellt beteende

Med förvåning har jag tagit del av en rapport i Vårdfacket nr 3 1996 om ett anmälnings- ärende riktat mot en sjuksköterska vilken enligt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, givit läkemedel utan läkarordination till en 76-årig patient på avdelning för terminal vård.

Patienten hade enligt uppgift kronisk hjärtinsufficiens, angina pectoris och ett bukaortaaneurysm, som orsakade buksmärter. För dessa smärter fanns en ordination om injektioner med morfin 5–10 mg vid behov.

En natt, vid 4-tiden, fann personalen honom liggande på golvet med sår i pannan och smärter i vänster armbåge. Ansvarig sjuksköterska behandlade såret med tejp, gav 8 mg morfin mot smärtorna och lade tillbaka patienten i sängen. Tre timmar senare rapporterades det inträffade till distriktsläkaren, som föranstaltade om en

röntgenundersökning av armen. Man fann en suprakondylär fraktur som gipsades.

Ett par dagar senare försämrades patienten och blev okontaktable. Efter ytterligare ett dygn hittades patienten död i sängen.

Obduktionen visade utbredda infarkter, massivt lungödem och leverstas samt nefroskleros. Enligt HSAN föreskriver SOSFS 1989:1 att ordination av läkemedel endast får göras av läkare. Så hade inte skett kl 4 den natten, alltså tilldelades sjuksköterskan en varning.

Jag är medveten om att en domstol har att döma efter lagarna, men måste den inte ta hänsyn till verkligheten också?

Väljer att hjälpa patienten

Här ligger en dödssjuk patient på golvet, skadad i armen, ledsen och upprörd, har sannolikt ont i både bröst och buk av ansträngningen. Sköterskan inser genast att vad patienten omedelbart behöver är smärtlindring. Hon har ordination på morfin men formellt inte för fraktursmärta. Det var ingen som räknade med att detta skulle inträffa. Hon väljer att hjälpa patienter och ger 8 mg morfin. Detta är ett mänskligt och professionellt helt rimligt beteende. Jag anser det vara riktigt handlat.

Patienten vårdas i terminalt stadium. Vad vården kan bjuda är 1. omvårdnad, 2. nödvändig smärtlindring (oavsett orsaken till smärtan). Det kan inte ha varit avsikten att bara behandla buksmärter utan även buksmärter. Denna patient hade bröstsmärter, lungödem och ångest, vilket allt motiverade morfin i lämpliga doser. Att man särskilt angav att buksmärterna skulle behandlas bör

tolkas så att man här även skulle behandla buksmärterna med morfin, vilket man normalt inte gärna gör.

Vad ger detta för signal till våra nattsköterskor, som vi vet är tänkande och ansvarskännande? Tänk inte själv – ring doktorn i alla lägen.

Händelsen ger också anledning till annan reflexion. Smärtlindringen var enligt HSAN inte skött på formellt riktigt sätt. Däremot har Socialstyrelsen och HSAN inga synpunkter på omvårdnaden.

Här hittas patienten på golvet med sår i pannan och armbrott för att några dagar senare hittas död i sängen. Sådan kvalitet på omvårdnaden kan tydligen utan vidare accepteras, men man anser sig ha motiv att varna den sköterska som givit patienten adekvat smärtlindring. Om dessa signaler får kvarstå riskerar vi att ytterligare försämma möjligheterna för svårt sjuka att få adekvat smärtlindring. Nattsköterskor kommer även i fortsättningen att ha svårt att ringa jourhavande distriktsläkare kl 4 på natten. Huvudmannen finner knappast anledning att satsa resurser för att patienter i terminalskedet skall slipa vara helt ensamma och utlämnade.

Jag måste tolka HSANs beslut i detta ärende som ett uttryck för att man bara har tagit hänsyn till formalia och inte till den verklighet i vilken personalen i vården arbetar. Beslutet bör omprövas och varningen hävas. Dessutom bör omvårdnadsrutinerna ses över.

Dan Holmlund
överläkare, Skövde

Mammografi-screening 50–69 år: Nu endast två kontroverser!

Lars-Gunnar Larsson och Lennarth Nyström har gjort en fin genomgång i *Läkartidningen* 14/96 av den segslitna mammografidebatten: »Slå vakt om allmän mammografiscreening. Värdet odiskutabelt för åldersgruppen 50–59 år». Som en nyhet redovisas att den reduceras

de bröstcancermortaliteten i studiegruppen verkligen kan översättas till en livsförlängning för patienterna. Dessutom lyckas de ta en stor del av luften ur den något polemiska diskussionen kring relativa versus absoluta tal som mått på denna vinst.

I samma nummer beskriver Ingvar Andersson utvecklingen av mammografitekniken [1] och jag tror alla kan instämma i att för kvinnor över 50 år är dagens mammografiscreening alldeles utmärkt ur teknisk synvinkel.

Två belastande aspekter

Beräffande åldersgruppen 50–69 år återstår egentligen bara två belastande aspekter:

1. Avslöjandet av subkliniska processer som är så långsamt växande att de inte skulle bli kliniskt manifesta.

Detta etiska dilemma skulle minska betydligt om vi kunde enas om att avstå från axillutrymning och strålbehandling hos kvinnor med små latent tumörer. Problemet storleksordning bör även beräknas enligt den modell som jag skissat i min kommentar till László Tabár [2].

2. Om psykologiska faktorer har prognostisk betydelse vid bröstcancer är de svenska screeningstudierna feldesignade.

För det kan ju inte förnekas att det entusiastiska diagnos- och behandlingsteamet gav studiegruppen en positiv respons som saknas i kontrollgruppen. Med tanke på att det faktiskt finns dokumentation att psykologiskt stöd kan förlänga livet betydligt för patienter med bröstcancer [3, 4] kan man ifrågasätta om den påvisade vinsten i studierna verkligen beror på den tidigare diagnosen.

I Kanada-studien är denna »placeoeffekt» i stort sett neutraliserad därför att även kontrollgruppen blev »kallad» och undersökt kliniskt, vilket måhända kan förklara att mammografivinsten inte kan reproduceras i Kanada.

Och kan det goda resultatet i den gamla HIP-studien (Health insurance plan of greater New York) verkligen tillskrivas mammografien som ju var av usel kvalitet?

»Biomekaniken» belastas ytterligare av en finsk studie som visade att självundersökning i kombination med självhänvisning till mammografi reducerade mortaliteten i bröstcancer signifikant trots att det