

Ingen »skor sig» här på arbetsgivare eller »det allmänna» som insändaren så nobelt uttrycker det. Min ersättning som huvudlärare är resa, hotell och det av staten föreskrivna traktementet på 292 kr/dag.

Min förhoppning är att det är kursdeltagarnas/kundernas intresse och behov som ska styra sådan verksamhet.

Robert Ludvig  
leg läkare, Ryggkliniken,  
Stockholm

## Akut buk med oklar diagnos motiverar rektal palpation

Roland Andersson går i Läkartidningen 26–27/96 sid 2524, till angrepp mot HSAN under rubriken »Fler ogrundade straff i ansvarsnämnden». Andersson hävdar att läkare bestraffas utifrån subjektiva värderingar och utan stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Bakgrunden är två fall där läkaren missat appendicit och prickats, bl a med motivering en att rektalpalpation inte utförts.

Undertecknade, som är företrädare i kirurgi, har inte deltagit i bedömningen av dessa fall där patienterna skötts i primärvården och därför i HSAN haft företrädande i allmänmedicin. Vi har i efterhand tagit del av nämndens bedömningar och är överens om att dessa varit ganska stränga.

I det första fallet (1426/94) hade patienten onekliga tonsillit och bukdiagnosen fastställdes först tio dagar senare. Det kan inte ens med säkerhet fastställas att den ursprungliga diagnosen faktiskt var appendicit. En av nämndens ledamöter anmälde också avvikande mening och ville fria i detta fall.

I det andra fallet (1462/94) opererades patienten, men appendix var makroskopiskt frisk och först vid mikroskopisk undersökning påvisades inflammation. Möjligen gjorde den kirurg som opererade det större felet i handläggningen av denna patient? Det är inte säkert att operation var indicierad.

### Flera omständigheter?

Vanligen brukar flera omständigheter föreligga som bidrar till kritik från HSAN. Om sådana omständigheter förelig-



»Häromdagen fick vi tillbaka inte en kasse utan en säck kasserade läkemedel.»

gat i dessa fall undandrar sig vår bedömning. Vid läsning av de två ärendena är det dock svårt att få annan uppfattning än att det är just avsaknaden av rektal undersökning som lett till kritik. Vi anser att det är olyckligt att en enskild faktor får så stor tyngd vid bedömningen av ärenden där problematiken för övrigt är minst sagt komplicerad.

Roland Andersson har tidigare i Läkartidningen framfört stöd för sin uppfattning att rektalpalpation inte tillför särskilt mycket vid diagnostik av appendicit [1]. Vi instämmer i sak. Däremot tycker vi att det är olyckligt att han genom sin »kampanj» riskerar bibringa läkarkåren och då framför allt icke-kirurger uppfattningen att det inte längre är meningsfullt att genomföra undersökning per rektum.

### Motiverad rutin

Det logiska fel Andersson gör är att han bryter ut en liten grupp patienter med appendicit ur den mycket större gruppen patienter med akut buk och därav drar generella slutsatser. Så kan man förstås inte göra. Rutinen att alltid göra rektal palpation vid akut buk med oklar diagnos finns klart motiverad i aktuella läroböcker i kirurgi [2, 3]. Att hävda något annat kan inte vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Med anledning av det inträffade har vi tillsammans med HSANs ledning diskuterat hur en mera stringent bedöm-

ning av ärenden rörande akut buk skulle kunna åstadkommas i framtiden. Som ett första steg har vi erbjudit oss att granska samtliga fall rörande akut buk, även sådana som inte handlagts på kirurgisk klinik.

Lars-Ove Farnebo  
Anders Somell  
företrädare i kirurgi,  
HSAN

### Referenser

1. Andersson R. Övertro på rektalpalpation vid appendicit gav varning utan grund. Läkartidningen 1995; 92: 727-8.
2. Boey JH. Acute abdomen. In: Way LW ed. Current surgical diagnosis and treatment. London: Prentice-Hall International Inc, 1994: 441-52.
3. Sinanan MN. Acute abdomen and appendix. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB eds. Surgery, scientific principles and practice. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1993: 1120-42.

## Liten avgift för varje recept-expedition?

Så gott som varje dag får vi igen kasserade läkemedel på apoteken. Många kunder hamstrar medan de har frikort, andra har plockat ut fria läke-

medel inför förväntad reform: ej längre fritt.

Häromveckan fick vi tillbaka inte en kasse utan en säck kasserade läkemedel. Jag gick in på läkarmottagningen och vägde den – 11,6 kg. Direkt kasserade jag salvor mot svamp och eksem, nitroglycerin m m som kan finnas i all kassation. Sedan tog jag bifogade kort.

Atrovent	34×20 ml à	52 kr
Ventoline	18×22 ml à	71 kr
Pulmicort T	12×200 à	400 kr
Bricanyl T	8×200 à	152,50
Serevent	3×3×60 à	693 kr
Monoket ta	4×200 à	69 kr
Lasix Retard	6×100 à	121 kr
Furix ta	6×100 à	48,50
		m m
		m m

Inget av dessa preparat var expedierat på vårt apotek.

Margareta Carlbäck  
apotekschef,  
Apoteket Biet,  
Skellefteå

## Läkare inte skyldig vara föredöme för en sund livsstil

Karin Sparring-Björkstén vill med korrespondensinlägget »Läkare inga reklampelare!» (Läkartidningen 34/96) reglera klädsel etc för läkare. Men ingenting kan hindra mig från att ta ex bära en snygg tröja med vilket märke det vara månne.

Jag är inget föredöme för sund livsstil och har absolut ingen skyldighet att så vara. Däremot är det givetvis min plikt som läkare att upplysa om faror av olika slag, exempelvis rökning, men därefter avgör patienten själv vilka risker hon vill ta i detta liv.

Ulf Kjellström  
chefsöverläkare,  
röntgenavdelningen,  
Kiruna sjukhus

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!