

linska institutet 1996; (2): 2-12.

3. Grundler W, Kaiser F, Keilmann F, Waliczek J. Mechanisms of electromagnetic interaction with cellular systems. *Naturwissenschaften* 1992; 79: 551-9.
4. Frey AH. Electromagnetic field interactions with biological systems. *Journal of the Federation of American Societies for Experimental Biology* 1993; 7: 272-81.
5. Elöverkänslighet – Hur hanterar vi den? Arbetarskyddsnämnden, 1995.

Smalnat utbud och tidsbrist störst problem i fortbildning

Som Jan Håkansson beskriver i *Läkartidningen* 45/96 finansieras en stor del av fortbildningen inom det psykiatriska området av läkemedelsindustrin. I denna utbildning brukar mycket välrenommerade och kunniga experter medverka både från Sverige och från andra länder. Givetvis kan man se en problematik. Min största oro är dock inte att kolleger skall gå hem och skriva ut de preparat som mötesarrangören producerar, utan snarare att det samlade utbildningsutbudet riskerar att smaltas alltmer. Vi ser nu att Socialstyrelsen halverar antalet SK-kurser samtidigt som chefsöverläkarna i takt med tilltagande budgetnedsänkningar blir allt mindre benägna att skicka sina underläkare på utbildning. Det är naturligtvis viktigt att psykiaterkåren själv värnar om att producentbundna utbildningar arrangeras, i brist på intresse från stat och landsting.

Psykiatriska arrangeringar i likhet med flera andra specialitetsföreningar möten tre gånger per år i olika delar av landet där oftast andra teman presenteras och diskuteras än de som belyses av läkemedelsindustrin. Aktuella sådana ämnen är t ex socialpsykiatri, äldrepsykiatri, autism-spektrumstörningar, psykiatrisk genetik, sexologi och storstadpsykiatri. Psykiatriska föreningen har också tidigare arrangerat myc-

KORRESPONDENS



»Vilka kompetenskrav bör ställas på den som skall vara förlossningsjour med bakjouren sovande i hemmet?»

ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

ket eftersökta kurser i psyko-farmakologi och neuroleptikaanvändning. Under senare år har dock intresset för dessa minskat markant, av skäl som berörts ovan.

Tore Hällström
ordförande,
Svenska psykiatriska
föreningen

Socialstyrelsen måste räta ut frågetecken kring bakjouren

I Riskronden nr 7/96 skriver företrädare för Socialstyrelsen och kommenterar den bakjourningsvården där många kan känna igen sig och samtidigt ställa sig frågor som de är angelägna att få svar på.

Bakjouren på plats där det händer . . .

Vid åtskilliga förlossningskliniker i landet har man endast en jourhavande läkare, en specialist. De åtaganden man gör vad gäller beredskap måste i någon mån anpassas efter bemanningssituationen.

Alla situationer är inte möjliga att gardera sig emot, åtminstone inte om kostnaderna skall läggas på en rimlig nivå.

På länslasarett är jourbelastningen sådan att man i allmänhet, vi tror undantagslöst,

har en primär- och en bakjourhavande läkare.

Primärjouren är oftast under utbildning, men har under senare år allt oftare kommit att bli en yngre specialist. Dessvärre är det inte möjligt att ordna jourlinjen så att primärjourhavande alltid är kunnig nog att självständigt utföra kejsarsnitt.

Viss inställetid undviklig

Bakjournbelastningen blir tidvis mycket tung. Alla kan inte vara bosatta i lasarettens omedelbara närhet, varför en viss inställetid blir oundviklig. Den blir längre under nattetid och vid otjänlig väderlek. Är primärjourhavande specialist räknar bakjourhavande med att ha lite längre tid på sig för inställelse, dock max 30 minuter.

Vi strävar efter att ha en så hög kompetens som möjligt i sjukvårdsarbetet, att vara så förutseende och fantasifulla som möjligt och att ha beredskap för ovanliga situationer. Beredskapen och kompetensen skulle ytterligare kunna höjas – men inte utan att dagtidsverksamheten i sådant fall påverkades, alternativt kostnaderna tilläts att öka.

Av den i Riskronden refererade fallbeskrivningen väcks åtminstone två frågor av principiellt intresse:

1. Hur lång – eller snarare kort – skall inställetiden för

bakjouren vara under olika betingelser?

2. Vilka kompetenskrav (inte önskemål) bör ställas på den som skall vara förlossningsjour med bakjouren sovande i hemmet?

Vad säger Socialstyrelsens talesman?

Läkarna vid kvinnokliniken, Mälarsjukhuset i Eskilstuna genom

Johan Hemlin

Gunnar Björkman

Replik

Vid genomgången av bemanningen och kompetensen vid akutmottagningarna framgår det helt klart att det inte är fråga om något önsketänkande att ha kravet på att kejsarsnitt skulle kunna genomföras utan fördröjning. Kan inte primärjouren utföra kejsarsnitt måste bakjouren, som kan göra kejsarsnitt, finnas på plats.

Nina Rehnqvist
överdirektör
Socialstyrelsen

Alla och ingen har ansvaret för plasmaproduktionens framtid

På Erik Berntorps och medarbetares debattartikel »Plasmaproduktionens framtid i fara. Vem har ansvaret?» (*Läkartidningen* 40/96) vill vi svara.

Uppmaningen i artikeln till RFV har redan delvis hörsammats, men särskilt när det gäller de övergripande problemen har artikelförfattarnas signal lett till att RFV nu överväger ytterligare åtgärder för att ett samlat grepp om plasmaproduktionens framtid i Sverige ska kunna tas snarast!

I det följande illustreras med ett exempel vad RFV faktiskt har gjort, men också har svårare att göra. Den dynamik som skapas av t ex hela EUs underskott på plasma om ca 3 000 ton årligen, de internationella marknads- och strukturförhållandena liksom den tekniska utvecklingen på plasmområdet är förhållanden som ingen enskild blodcentral, enskilt landsting eller ens RFV med sina ekonomiska resurser utan vidare rår på.

Problemet med »snedvridningen» av prisbildningen uppd-

Register för första halvåret 1996 medföljde *Läkartidningen* 30–31/96.

ANNONS

gades av RFV redan 1993, strax efter att RFV tagit över prissättningen på läkemedel från Apoteksbolaget, och diagnosen var solklar: Priserna i Sverige, i första hand på albumin, var för låga i jämförelse med omvärlden. Det resulterade i att de utländska bolagen valde att inte sälja (nästan) något i Sverige. RFV medverkade till att höja priserna på KabiPharmacias albumin i två steg 1993/1994, vilket då skulle fört detta albuminpris i nivå med omvärldens.

Den första höjningen utlöste häftiga protester från den s k samarbetsnämnden (Apoteksbolaget, landstingen), och när höjning nummer två aviserades på våren 1994 blev denna så häftig att KabiPharmacia kände sig tvingat att ta tillbaka prishöjningen.

Sommaren 1995 försämrades albumintillgången allvarligt på grund av produktionsproblem hos KabiPharmacia, och ingen annan leverantör var villig att träda in vid den prisnivå som då gällde i Sverige.

Hearing anordnades

RFV anordnade därför den 26 januari 1996 en hearing med alla producenter samt Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Apoteksbolaget för att få ett underlag för beslut. RFV tog också sina internationella kontakter till hjälp för att bedöma den svenska situationen.

De viktigaste resultaten av hearingen kan sammanfattas:

a. Ingen har totalansvaret för försörjningen.

b. Albuminpriserna i Sverige var för låga.

c. Albuminförsörjningen är ojämn och riskfylld.

d. Priserna på immunglobuliner och faktorkoncentrat är på internationell nivå.

e. Säljarkoncentrationen på albuminprodukter ökar i riktning mot monopol.

Priset höjdes till internationell nivå

Efter hearingen ledde diskussioner med producenterna till att RFV som första åtgärd höjde priset på Pharmacias albumin med 25 procent och därmed till internationell nivå. Priset på immunglobulinerna ändrades inte och priset på faktor VIII sänktes med 8 procent. NB utan kostnadsökningar för samhället!

Andra företags albuminprodukter har senare korrigerats på liknande sätt. Ingrepp mot priserna på de rekombinanta faktorkoncentraterna måste för

närvarande betraktas som riskabla från försörjningssynpunkt.

»Snedsitsen» är nu i stort sett korrigerad. Albuminförsörjningen fungerar bättre än för ett år sedan, bl a för att efterfrågan minskat, och att konkurrenssituationen har förbättrats genom att också Immuno återigen levererar till den svenska marknaden.

Staffan Sjölin
chefsapotekare,
Riksförsäkringsverket,
Stockholm

Föredragande läkares personliga uppfattning avgörande i HSAN-dom?

I Läkartidningen 48/95 refererades ett ansvarsärende där behandling av en distal radiusfraktur på en 66-årig kvinna ledde till erinran. Kommentarer till fallet i Läkartidningen 19/96 och 26-27/96 har fått mig att fundera över vad en dom i HSAN egentligen innebär.

I HSANs beslut från den 6 november 1995, underkrivet av hovrättslagman Olof Köhl och Pelle Netz, står »Om det finns starka skäl att förkorta gipstiden till 3 veckor, måste man försäkra sig om frakturens läkning genom en röntgenundersökning». Och vidare: »Man borde ha verifierat en eventuell läkning med röntgen för att, utan risk för ökad felställning, kunna upphöra med gipsbehandlingen. Underlåtenheten att upphöra med gipsfixationen vid denna tidpunkt utan röntgen skall föranleda disciplinär påföljd.» Jag tolkar detta som att röntgen är det viktiga. Det är OK att gipsa av i förtid, bara man verifierar läkning med en röntgen.

Övertro på röntgens förmåga

Jag blev därför förvånad när jag läste kommentarerna i 19/96 av Ove Engkvist, handkirurg, och Margareta Höglund, handradiolog. De varnar för en övertro på röntgen för att bedöma läkning. Läkingsbedömningen bör i stället baseras

på kliniska fynd vid provning av stabilitet och ömhet.

I sin replik skriver Pelle Netz bl a: »I det nu aktuella fallet har vederbörande ortoped inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i det att gipsskenan togs bort redan efter tre veckor. Det är detta – och inte att röntgen inte gjordes – som är anledning till kritiken.» Nu gällde istället: Tidig avgipsning endast vid komplikationer av digniteten stora trycksår eller dylikt. I övrigt skulle gipstiden ovillkorligt hållas. Röntgen var plötsligt inte så viktigt längre.

Jag blev åter förvånad när jag läste kommentaren i 26-27/96 av Bengt Sandén och Björn Ragnarsson, båda ortopeder. De anser där 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. Vidare: »... avgipsning av en distal radiusfraktur efter tre veckor är väl förenlig med den vetenskap som finns på detta område.» Netz har inte replikerat.

Vad står en fällande dom för?

Vad står en fällande dom i HSAN för? Undergår den anmälde en objektiv bedömning eller är han eller hon utlämnad åt nämndens godtycke? Skiljer man på brott mot principer som en enig läkarkår står bakom, och brott mot principer som är under diskussion? Tycker nämnden att det finns en skillnad?

Faktaruta

Vårdprogram presenterat vid Riksstämman 1991

1. Obetydligt dislokerade frakturer (max 15 gr dorsalvinkling jfr med friska sidan eller <2 mm axial förkortning) behandlas med elastisk binda eller dorsal gipsskena utan reposition. Eventuellt röntgenkontroll efter ca 12 dagar.

2. Måttligt dislokerade frakturer (>15 gr dorsalvinkling jfr med friska sidan eller >2 mm förkortning) reponeras slutet. Dorsal gipsskena 4-5 veckor. Röntgenkontroll direkt och efter 12 dagar. Vid redislokation med >4 mm

Jag vet att det finns massor av sjukdomstillstånd där behandlingstraditionerna skiftar och ingen är bevisat bättre än den andra. Föredragande läkares personliga uppfattning verkar helt avgörande för en fällande dom. Men om den uppfattningen är så fluktuerande som ovan beskrivits har jag svårt att ta domen på allvar. Ska detta utgöra grunden för en fällande dom i HSAN?

Jag trodde att en fällande dom i HSAN i alla fall delvis var till för att den fällde skulle lära sig något och bli en klokare doktor. Jag har lärt mig betydligt mer av att läsa kommentarerna i Läkartidningen.

Mats Möller
underläkare,
kirurgkliniken,
S:t Görans sjukhus,
Stockholm

Replik:

Allt måste tolereras som inte är fel

Jag vill än en gång helt kort försöka förklara hur jag har uppfattat att denna fraktur enligt svensk nuvarande praxis bör behandlas. Enligt min mening har »röntgen» fått en olycklig framtoning i detta ärende. Röntgen är inte avgörande, men svaret kan vara något att luta sig mot när man tänker frångå de principer som annars gäller för behandling av en dylik skada. Mats Möller får uppfatta »röntgen» som svaret på en fråga: »Vad skulle kollegan ha gjort för att HSAN skulle kunna acceptera den korta

förkortning och dorsalvinkling >30 gr sättes extern skeletal fixation utan försök till rereposition med ny gips. Bencement eller perkutan stiftning i vissa fall.

3. Gravyt dislokerade frakturer (>5 mm axial förkortning) bör primärt behandlas med extern fixator och kontroller som ovan. Exklusionskriterier: Mycket äldre eller allmänt sjuka.

Träningsprogram för fingrar, armbåge och axel ges muntligt och skriftligt alltid, gärna med sjukgymnastkontroll. Normalt behövs ingen slutröntgen.