

## Alternativ terapi vid aorta-rekonstruktion

I en artikel i Läkartidningen 40/96 belyses väl ett klassiskt fall av grafterisk erosion efter en aortarekonstruktion, ett av de mest fruktade komplikationstillstånd som finns inom kärlkirurgin. Den utmärkta fallbeskrivningen beskriver svårigheten med både diagnos och terapi. Vi skulle dock vilja kommentera valet av terapi.

Denna patient behandlas med partiell resektion av sitt graft baserat på bl a hennes höga ålder. Denna behandlingstyp är troligen också orsaken till den fortsatta infektionsutvecklingen och patientens död tre månader senare.

För att undvika att denna typ av partiell grafterexcision uppfattas som vedertagen vid grafterisk fistel borde, enligt vårt förmenande, terapivalet ha belysts mer noggrant.

### Extra anatomisk rekonstruktion

I ett fall som detta, där stark misstanke föreligger om grafterkomplikation redan före operationstillfället, är den klassiska, och för patienten mest skonsamma behandlingsmetoden, att man i en första seans gör en extra anatomisk rekonstruktion för att säkra perfusionen till nedre extremiteten i form av en axillbifemoral bypass. Efter ett par dagars stabilisering utförs därefter i ett separat ingrepp total excision av den gamla aortaprotesen. Detta förfarande brukar benämnas »staged procedure».

Om diagnosen är mer tveksam är troligen fortfarande ett säkrare behandlingsalternativ en extra anatomisk rekonstruktion följt av total graftersektion i samma seans när diagnosen ställts peroperativt. Detta är fortfarande standardproceduren vid all behandling av grafterinfektion, primär eller sekundär.

Vid en lokaliserad primär grafterinfektion, exempelvis i ljumskan efter en aortobifemoral rekonstruktion med en väl inkorporerad grafterdel, har det debatterats om man kan nöja sig med en partiell excision av graftert. I detta fall, särskilt när man har facit i hand, borde man kanske av didaktiska skäl ha fördjupat sig i den valda terapiens betydelse för utgången samt noggrannare diskutera andra alternativ. Detta inte sagt

## KORRESPONDENS

för att kritisera valet av terapi just i detta fall utan mera för att ge ett bättre underlag för de kolleger som kommer att handlägga patienter av denna typ.

*Pär Olofsson*  
docent, överläkare

*Eric Wahlberg*  
med dr, avdelningsläkare,  
Karolinska sjukhuset,  
Stockholm

Öppet brev till statsrådet Margot Wallström:

## Neuroleptika, läkemedelsförmåner och sparande

Läkemedel gör nytta. Oftast i alla fall, om man använder dem på rätt sätt.

I enlighet med regeringens proposition 96/97:27, läkemedelsförmåner och läkemedelsförsörjning m m, kommer från och med januari 1997 alla läkemedel (med undantag av insulin som även fortsättningsvis kommer att vara kostnadsfritt) att omfattas av högkostnads-skyddet.

Det innebär att den särskilda förordningen om kostnadsfria läkemedel vid 32 långvariga och allvarliga sjukdomar upphör. Många remissinstanser har ansett det rimligt att alla som är i behov av läkemedel betalar sin del upp till det föreslagna högkostnads-skyddet 1 300 kr. Flera har dock påpekat att konstruktionen av betalningssystemet medför risk att patienter kan finna det ekonomiskt omöjligt att köpa ut medicin. Detta har man i propositionen mött med förslag om avbetalningssystem på apoteket.

### Motiverade

Förhoppningsvis kommer människor med astma eller andra livshotande sjukdomar att klara sina inköp. De är ju motiverade att genomföra sin behandling. (Man kan dock befara att kostnaderna för akut sjukvård och akut sjukhusvård av tex astmatiker, som under flera år sjunkit tack vare effektiv medicinering, kan komma att öka återigen om patienterna



»Regeringen är väl medveten om att avskaffande av den s k frilistan och den förändrade förmånskonstruktionen kan innebära ökade kostnader för vissa patienter.»

de facto inte tar ordinerad medicin.)

### Svår motiverad grupp

Det finns emellertid en grupp av människor som kan komma att bli svår att motivera att köpa ut medicin – de kroniskt sjuka psykospatienterna. Idag sker deras medicinering ofta med lock och pock; de skulle egentligen önska slippa medicinera med neuroleptika.

Om patienten avstår från medicin ser vi ofta en försämring som på kortare eller längre sikt leder till sjukhusvård.

Hur skall dessa patienter motiveras att betala för den medicin de kanske redan nu ganska motvilligt tar?

Staten räknar med att skjuta till 30 miljoner kronor till landstingen för kostnaderna för insulin; kan man tänka sig en liknande överföring av pengar för att de patienter som behöver neuroleptika även i fortsättningen ska få sin medicin kostnadsfritt?

Är det billigare från samhällsekonomisk synpunkt att subventionera kostnadseffektiv medicinering än att spara?

Vi önskar svar från berörda instanser!

*Kristian Pedersen*

*Johan Alsén*

*Elna Remes*

*Meta Wiborgh*

*Lars Grundström*

samtliga distriktsläkare vid Luleå vårdcentral

Replik:

## Lokalt utformade vårdprogram ges högre prioritet

Precis som frågeställarna skriver i sitt brev kommer kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen att föras över från staten (sjukförsäkringen) till landstingen den 1 januari 1998.

Läkemedel är en av flera möjliga behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. För att åstadkomma ett bra vårdresultat krävs ofta en kombination av olika behandlingsinsatser. Genom att nu flytta kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från staten till sjukvårdshuvudmännen kommer landstingen ges bättre möjligheter att genomföra prioriteringar som innebär en effektivare resursanvändning och därmed bättre vård för befolkningen.

### Nytt betalningssystem

Regeringen är väl medveten om att avskaffande av den s k frilistan och den förändrade förmånskonstruktionen kan innebära ökade kostnader för vissa patienter. Det skall därför bli möjligt att dela upp betalningarna enligt ett system som Apoteksbolaget håller på att utarbeta och som skall träda i kraft samtidigt med att det nya förmånssystemet införs. Den sammanlagda högsta patientkostnaden för öppen hälso- och sjukvård och läkemedel blir 2 200 kr, varav kostnaden för läkemedel uppgår till högst 1 300 kr.

Självklart är det mycket olyckligt om exempelvis kroniskt sjuka psykospatienter trots detta skulle avstå från att köpa ut sina läkemedel. Det är ett ansvar förskrivaren har att informera och motivera patienten att göra detta.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000), vars delbetänkande (SOU 1995:122) Reform på recept har legat till grund för regeringens överväganden kring läkemedelsförmånen, har uppmärksammat frågan. Kommittén ansåg att problemet för de patienter som behöver dessa läkemedel inte skulle få en tillfredsställande lösning endast genom att läkemedel tillhandahölls kostnadsfritt inom ramen för läkemedelsförmånen. Situationen för personer med allvarliga psykiska sjukdomar som saknar sjukdomsinsikt ör

inte enbart egenavgifter för läkemedel utan också t ex avgifter för läkarvård, bemötande och samverkan mellan olika aktörer. På några få platser i landet har man funnit lokala lösningar med avgiftsfria besök i den öppna vården inom ramen för särskilda vårdprogram för att kunna erbjuda god vård. Däremot saknas lokala vårdprogram på de flesta håll i landet.

### Lokala vårdprogram

När nu landstingen får ett samlat kostnadsansvar för läkemedel och annan hälso- och sjukvård bör framväxten av sådana lokalt utformade vårdprogram ges högre prioritet. Inom ramen för dessa program kan vårdformer, avgiftsfrihet, samverkan m m regleras.

Avsikten med överförandet av kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård till sjukvårdshuvudmännen är just att dessa skall kunna ha ett inflytande på hur kostnaderna fördelas och insatserna prioriteras. Olika behandlingsinsatser får här vägas mot varandra.

Förskrivaren har alltid en nyckelroll i detta att skriva ut adekvat medicin efter samråd med patienten och motivera denne samt följa upp effekterna av behandlingen.

Vården av kroniskt sjuka psykospatienter är viktig. Jag utgår därför ifrån att sjukvårdshuvudmännen vidtar sådana åtgärder som är motiverade för denna patientgrupp.

Margot Wallström  
socialminister,  
Socialdepartementet

## HSAN låst vid utebliven bakterieodling

I ett ansvarsärendereferat i Läkartidningen har Ansvarsnämnden tilldelat en läkare en erinran för att han underlåtit att ta bakterieodling på en patient som blev föremål för någon sorts kirurgisk revision av ett veckogammalt sår i handen som sedan snabbt utvecklades i en infektion med septiskt inslag och hög feber.

Utän detaljkännedom i fallet, men med aktuellt referat som underlag, finns det naturligtvis anledning att ha kritiska synpunkter på förfaringssättet. Man får nog anse att det är vetenskap och beprövad praxis

att ge antibiotika i samband med exploration av ett veckogammalt sår i handen, där misstanke om varhärd eller främmande kropp föreligger (därom är vi alla tio specialister i handkirurgi vid vår klinik eniga).

Ett återbesök dagen därpå och särskilt efter det att patienten varit i telefonkontakt med anledning av tilltagande smärta och feber hade också varit på sin plats. Infekterade sår i handen bör följas upp med täta (= dagliga) återbesök till dess att man säkert vet att infektionen är på retur.

### Svårförståelig

Ansvarsnämnden baserar emellertid sin disciplinära erinran på att bakterieodling ej togs i samband med det första ingreppet. Detta är svårt att förstå, eftersom odlingen på intet sätt förändrat förloppet, vilket däremot insatt antibiotika möjligen gjort eller förhindrat. Med hänsyn till den snabba progressen efter explorationen skulle man gissa på streptokocker, som ju är känsliga för vanligt penicillin. Man kan, för diskussionens skull, vända på steken och fråga sig om Ansvarsnämnden hade friat läkaren om bakterieodling tagits men förloppet i övrigt hade varit det ovan nämnda?

I referatet används uttrycket »rotade runt». Det är förmodligen patientens uttryck. Möjligen kan patienten uppleva det så när man som kirurg reviderar ett sår på misstanken främmande kropp. Det kan ge läsaren (och Ansvarsnämnden?) ett intryck av hobbybetnad charlatankirurgi och borde därför kanske inte stå i ett referat, eftersom det förstärker känslan av att läkaren redan är dömd. Man rotar inte i händer (möjligen med händer).

Ansvarsnämndens bedömningar är alltid av stor betydelse för behandlingspraxis. Det är därför olyckligt att Ansvarsnämnden fokuserar den uteblivna bakterieodlingen, som saknar betydelse för det kliniska förloppet i det aktuella fallet.

Slutligen: Visst bör väl referaten av anmälningsärenden i Läkartidningen alltid innehålla uppgift om vetenskapligt råd uttalat sig eller ej och vem det i så fall är?

Ove Engkvist  
docent i handkirurgi,  
chefsöverläkare,  
Södersjukhuset, Stockholm

## Replik: Välvillig tolkning valdes

Besluten i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) utsätts för kritik från två håll. Vanligen anses HSANs bedömningar vara alltför stränga. Ibland inträffar det motsatta. Det senare tycks gälla i ovanstående fall, även om formuleringarna i beslutet och i viss mån utformningen av rubriksättning och referat i Läkartidningen föranlett insändarens kritik.

### Antibiotikabehandling borde ha ordinerats

Handläggningen av den aktuella handskadan var inte adekvat och patienten riskerar därigenom livslång invaliditet. Om detta är vi överens. Frågan är vilken grad av kritik som läkarens felbedömning bör föranleda och hur detta skall motiveras. Nämnden ansåg att läkaren borde ha misstänkt att en infektion var orsak till att såret inte läkte och han därför borde ha ordinerat antibiotikabehandling. I konsekvens härmed borde nämnden ha tilldelat läkaren en varning, inte minst med tanke på de allvarliga följder som felbedömningen lett till. Som föredragande valde jag att i detta läge trycka på att läkaren i sitt yttrande angett att hans handläggning baserade sig på att inga kliniska tecken på infektion förelåg då han undersökte patienten. Nämnden diskuterade då vilka konsekvenser som ett beslut om obligat antibiotikabehandling i fall som detta skulle kunna få för användning respektive överan-

vändning av antibiotika vid sårskador i allmänhet.

Nämnden valde att acceptera min välvilliga tolkning av läkarens yttrande och begränsade sin åtgärd till erinran. Man ansåg dock att det i beslutet borde framhållas att läkaren, även om han valde att avstå från antibiotikabehandling, åtminstone borde ha garderat sig och tagit en bakterieodling vars resultat kunde användas vid eventuell försämrning.

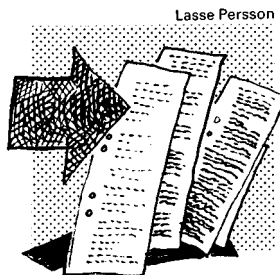
Jag kunde som föredragande ha bett om yttrande från vetenskapligt råd. Detta sker också regelmässigt vid principiella ställningstaganden då rådet har att fastställa vad som är förenligt med »vetenskap och beprövad erfarenhet». Jag ansåg inte att det aktuella fallet hade denna dignitet. Min erfarenhet är dessutom att detta förfarande sällan är till fördel för den anmälande, utan ofta leder till att den »superspecialist» som då avgett sitt yttrande ser saken ur ett tämligen snävt perspektiv, vilket därefter vanligen leder till varning från HSANs sida. Ovanstående inlägg synes också bekräfta att så hade blivit fallet i det aktuella ärendet.

Lars-Ove Farnebo  
docent, föredragande  
i kirurgi, HSAN

## HSAN-dom vid hälseneruptur förvånar

En slagskugga i form av Socialstyrelsens Ansvarsnämnd lägrar sig allt tyngre över den svenska sjukvården. Från »verkstadsgolvet» har man under årens lopp vid flera tillfällen fått anledning att spärra upp ögonen inför nämndens bedömningar. I ärendet HSAN 2238/95 refererat i Läkartidningen 45/96 lyckas man med konststycket att överträffa sig själv ifråga om inkonsekvens och obegripliga slutledningar.

Härmed ärendet i korthet enligt referat i Läkartidningen: En 44-årig man skadar i samband med brännbollsspel sitt ena ben. Primärundersökande kollega finner »intakt kontinuitet i achillesenan» samt att patienten kan »gå på två u a». Besvaren fortsätter och i slutet av augusti undersöks patienten av ortoped som bedömer hälsenan vara intakt. Vid återbesök i november misstänker annan ortoped »total hälseneruptur». MRT-undersökning utfaller



»Ansvarsnämnden baserar emellertid sin disciplinära erinran på att bakterieodling ej togs i samband med det första ingreppet.»