

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 misstänke 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 misstänke 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 handskadade 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.

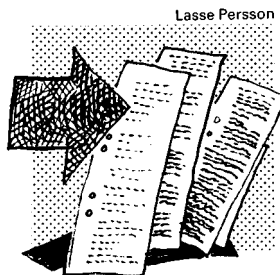
Jag kunde som föredragande ha bett om yttrande från vetenskapligt råd. Detta sker också regelmässigt vid principiella ställningstaganden då rådet har att fastställa vad som är förenligt med »vetenskap och beprövad erfarenhet». Jag ansåg inte att det aktuella fallet hade denna dignitet. Min erfarenhet är dessutom att detta förfarande sällan är till fördel för den anmälda, 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.»

ANNONS

ANNONS

dock negativt med avseende på rutpturdiagnos. Undersökningen visar snarare tecken på »seninflammation».

Vidare händelseförlopp refereras icke men i januari opereras patienten varvid man finner »gammal obehandlad hälseneruptur». Patienten anmäler den primärt undersökande läkaren för försummelse och »slarvig undersökning». Nämnden finner kritiken berättigad, anser att läkaren genomfört en otillfredsställande undersökning och tilldelar vederbörande en erinran!!

Ett inte alls osannolikt utan tvärtom högst tänkbart förlopp är enligt vår mening följande:

Patienten ådrar sig vid det initiala traumat en partiell ruptur med åtföljande blödning. Senare utvecklas en kronisk tendinit som försvagar sensubstansen och leder till ruptur. Det måste dock betraktas som synnerligen ovisst när denna ruptur uppstått.

Klargöranden önskas

Vi på ortopediska kliniken anser det vara av stort värde, inte minst av pedagogiska skäl, att nämnden ger svar på följande frågor:

1. Kan en total hälseneruptur vara förenlig med intakt förmåga att gå upp på och stå på tå?

2. Den ortoped som i andra hand undersökte patienten gjorde uppenbarligen samma bedömning som den av nämnden åtthutade kollegan. Borde inte i konsekvensens namn samma disciplinära pekfinger riktas mot denne ortoped?

3. Hur förklarar nämnden den i rupturavseende negativa undersökningen med MRT i november månad?

4. Nämnden anser att »en noggrannare undersökning borde ha lett fram till diagnosen total hälseneruptur». Kan nämnden för oss »vardagsortoped» ange vilka undersökningar som talar för ruptur av achillesenan om nu sådan i verkligheten inte föreligger?

Vi ser med intresse fram mot några klagörande kommentarer.

Lars Ottosson
överläkare, ortopediska kliniken, Borås, för alla läkare vid kliniken

Replik:

Olika undersökningar ej gjorda

Vi vill här kort försöka belysa hur nämnden arbetar och besvara de frågor Lars Ottosson har ställt.

Ansvarsnämnden har bl a till uppgift att efter anmälan om fel i yrkesutövningen pröva frågor om disciplinpåföljd för dem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Formellt är nämnden en statlig förvaltningsmyndighet, men ramen för nämndens prövning bestäms – i likhet med domstolars prövning – av de anmärkningar som anmälaren framställer. Nämnden kan därför inte – som Lars Ottosson kanske önskar – »rikta samma disciplinära pekfinger» mot en annan ortoped som också hade undersökt patienten i ärendet men som inte blivit anmäld.

Stå på tå

Huvudpunkten av Lars Ottossons kritik ligger emellertid på det rent medicinska planet. Han frågar om en total hälseneruptur kan vara förenlig med intakt förmåga att gå upp på och stå på tå. Nej det kan den inte, men i det aktuella fallet gav utredningen vid handen att en sådan undersökning inte hade utförts.

En annan fråga som ställts är hur den i rupturavseende negativa undersökningen kan förklaras med MRT i november månad. Den ej anmälda ortopedens undersökning utfördes sex veckor efter traumat. Det är väl känt att akillesenerupturer läker spontant och vid tidpunkten för ortopedens undersökning var sannolikt sendefekten utfylld av ärrvävnad, varför kontinuitet fanns i senan.

Utfylld av ärrvävnad

En annan fråga som ställts är hur den i rupturavseende negativa undersökningen kan förklaras med MRT i november månad. Den ej anmälda ortopedens undersökning utfördes sex veckor efter traumat. Det är väl känt att akillesenerupturer läker spontant och vid tidpunkten för ortopedens undersökning var sannolikt sendefekten utfylld av ärrvävnad, varför kontinuitet fanns i senan.

Olika undersökningsmetoder

Vid misstanke om hälseneruptur finns det flera kliniska undersökningar som bör eller skall utföras. En sådan är prövning av förmågan att aktivt plantarflektera den skadade foten mot motstånd, t ex att stå på tå på det skadade benet. Avsaknad av förmågan talar för ruptur. En annan undersökning är Thomsons test. En aktiv fotflexion utlöses normalt av vadmkompression. Avsaknad av sådan flexion talar för ruptur. Ytterligare en undersökning är palpation av hälsenan. En ruptur känns i regel som defekt i senans kontinuitet.

HSANs slutsats av utredningen i ärendet var att läkaren inte utfört dessa undersökningar samt att han inte dokumenterat anamnes och status på ett tillfredsställande sätt.

Lars-Åke Johnsson
ordförande i HSAN

Richard Wallensten
docent, överläkare och HSANs föredragande i ärenden rörande ortopedi

Rikskvinnocentrum finns i Uppsala

Asta-teamet i Umeå efterlyser i Läkartidningen 39/96 andra enheter inom hälso- och sjukvården som vänder sig till kvinnor som utsatts för sexualiserat våld.

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala finns sedan 1994 Rikskvinnocentrum för kvinnor som misshandlats och våldtagits. Det har kommit till på Kvinnoväldskommissionens (SOU 1994:56) förslag och skall vara ett resurs- och kunskapscenter för hela landet. Det är unikt i sitt slag i den offentliga vården, och har till uppgift att skapa modeller och metoder för ett bättre omhändertagande samt att initiera forskning och utbilda och informera om sexualiserat våld. Rikskvinnocentrum finansieras till hälften av staten och till hälften av Landstinget i Uppsala län.

Arbetet skall bedrivas ur ett kvinnoperspektiv. Det förutsätter kunskap om kvinnopsykologi och kvinnors ställning i samhället och en insikt om vilket multitrauma kvinnan utsatts för och hur det påverkar hela hennes liv.

Patientverksamhet

Rikskvinnocentrum tar emot jourfall dygnet runt, men har också tidsbeställd mottagning dagtid hos läkare och kurator. En särskild jourlinje av kvinnliga gynekologer med kompetens i sexualiserat våld ställer upp med beredskap utöver sin vanliga tjänstgöring för akuta fall. Sedan starten i oktober 1995 har över 700 öppenvårdsbesök ägt rum. Den telefonlinje som är öppen dag och natt för rådgivning och stöd har hittills tagit emot mellan 100 och 120 samtal i månaden till största delen från patienter, men också från organisationer och utbildningsansvariga i samhället.

Avgörande är ett nära samarbete mellan de myndigheter som den utsatta kvinnan behöver ha kontakt med för att lösa den komplexa situation hon befinner sig i.

Utbildning och information

Ämnet sexualiserat våld är en särskild kompetens. Rikskvinnocentrum utbildar kontinuerligt sjukvårdspersonal både i slutet och öppen vård. Där belyses ämnet från sociologisk, juridisk, medicinsk och omvårdnadsvetenskaplig synpunkt. Rikskvinnocentrum har också fått statliga medel för att utarbeta en ny modell för undervisning av läkarstuderande, som nu prövas i Uppsala. Under utbildningens tre sista terminer tas ämnet upp ur olika aspekter.

Därtill kommer rådgivning och information om patientomhändertagandet och om sexualiserat våld.

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.