

makt skulle läggas i de sjukas händer. Detta accepterades av socialdemokraterna, så länge det inte innebar att patienterna ställde krav som de i politisk maktställning inte kunde eller ville möta.

Vårdgarantin hade fördelen av enkla och tydliga regler och en klar sanktionsmöjlighet gentemot motsträviga landstingspolitiker. Som det hette i Socialstyrelsens anvisningar: »Patient som inte kan bli behandlad inom tre månader skall erbjudas vård vid annan klinik inom sjukvårdsområdet, hos annan sjukvårdshuvudman eller hos privat vårdgivare.» Tyvärr tycks detta patientperspektiv ha försvunnit.

### Gått i graven

Så har då vårdgarantin gått i graven, ersatt av en besöks- och väntetidsgaranti. Man får rätt att komma till vårdcentralen inom en vecka och till sjukhus med remiss inom en månad. Någon uppföljning eller några sanktionsmöjligheter införs dock inte. Någon garanti för när en konstaterad diagnos ska åtgärdas blir det inte heller. Vi riskerar att få en allt längre kö av väldiagnostiserade och väl-informerade lidande patienter.

Folke Schött  
Landstingsråd (m),  
Stockholm

### Replik:

## Kraven på huvudmännen har stärkts

Inledningsvis bör väl sägas att Socialstyrelsen är en myndighet som har ett verkställbara beslut som riksstad och regering fattat (oavsett om det är en borgerlig eller socialdemokratisk regering). Samtidigt är – och känner sig – Socialstyrelsen som patienternas företrädare i sin roll som tillsynsmyndighet.

I detta fall är det dessutom så att vi i det något långa inlägget försöker visa på att den överenskommelse som nu gjorts mellan Socialdepartementet och Landstingsförbundet är bättre än den gamla vårdgarantin av de många skäl som vi tog fram, inte minst för att den gäller alla patienter och följer prioriteringsutredningens förslag på ett bättre sätt. Att den skulle kunna skärpas ytterligare med garantier för om-

**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.

händertagande i den slutna vården är i och för sig en önskvärd utveckling – som ju också signalerats av socialministern. Vidare att det finns andra metoder att tillse att tillgängligheten av vård tillgodoses samt att kvaliteten i åtgärderna följs upp. Detta exemplifieras tydligt i dokumentet om kliniska riktlinjer vid diabetes, som Socialstyrelsen givit ut.

De riktlinjer som nu planeras att tas fram gäller krans-kärlsjukdom, stroke, höftfrakturer, psykos och reumatoid artrit.

I dessa dokument anges bl a indikationer för olika åtgärder. Vi vill också understryka att en väntetid utöver rent administrativ sådan aldrig är motiverad, såvida man inte räknar med självläkning. En väntetid är tvärtom förenad med förlängd återhämtningstid och därmed inte heller samhällsekonomiskt försvarbar.

### Rörde endast vissa specifika åtgärder

Problemet med den gamla vårdgarantiöverenskommelsen var att den endast rörde vissa specifika åtgärder, som i och för sig var välmotiverade, men som inte alla kunde anses vara de mest angelägna för patienterna. Garantin hade initialt avsedd effekt men det finns hållpunkter för att indikationsglidningar har skett, att prioriteringen av dessa åtgärder började ge ökade väntetider för andra patientgrupper samt att andra diagnoser eller tillstånd också bör omfattas av motsvarande rättigheter.

När det gäller önskemålet om uppföljning för Socialstyrelsen och Landstingsförbundet en diskussion om hur man

skall kunna följa upp den nya vårdgarantin. Sanktionsmöjligheterna i denna vårdgaranti är desamma som i den tidigare, nämligen den sedvanliga tillsynen som Socialstyrelsen utövar.

Vår poäng med artikeln var om något att kraven på huvudmännen har förstärkts och inte tvärtom. Det har vi framhållit i flera svar, även i det ursprungliga, till Bengt Hjelmqvist.

Nina Rehnqvist  
överdirektör,  
Sven Dahlgren  
specialsakkunnig,  
Socialstyrelsen

## Tidig hemgång – en positiv och säker vårdform

Några tunga namn inom svensk barnsjukvård uttalade sin oro för de svenska barnens hälsa i en debattartikel i Dagens Nyheter den 2 april i år. Vi vill ta upp diskussionen vad gäller faran i att skicka hem nyblivna mödrar från BB efter förlösningen.

I artikeln säger man att mödrarna bör stanna på sjukhus tills amningen har kommit igång. Två saker i detta påstående kan ifrågasättas.

Det är otvetydigt vad som menas med att amningen »kommit igång», och det är oklart varför man tror att detta skulle vara beroende av var modern befinner sig.

Det kan ta flera veckor innan amningen är etablerad. Med etablerad menas att mor och barn befinner sig i en am-

ningssymbios, där de har passerat sina livsrytm till varandra, och där modern har lärt sig tyda barnets signaler. Skall mödrarna ligga kvar på sjukhus fram till denna tidpunkt? Eller menar man att mödrarna bör stanna tills råmjölken i moderns bröst ersätts med den »mogna» mjölken? Varför skulle just det skeendet vara en garanti för fortsatt lyckad amning?

Vad som möjligtvis kan säkra en optimal amningsstart är ett kunnigt och professionellt omhändertagande. Kvaliteten på rådgivningen och kunskapen hos personalen som sköter den nya familjen kan vara avgörande för en lyckad amning. Barnmorskans professionalitet är inte beroende av att modern befinner sig inom sjukhusets väggar. Tillämpas en väl utformad vårdideologi kan moderns vistelse i det egna hemmet under denna känsliga period vara till fördel för familjen. Trots alla nedskärningar ger Sverige alla nyblivna fäder möjlighet att vara lediga från sitt arbete för att bistå sin kvinna under denna period.

### Positiv

Vid kvinnokliniken i Helsingborg har en så kallad tidig-hemgångsverksamhet funnits sedan fem år. Erfarenheterna är mycket positiva. En kvalitetsutvecklingsstudie vid kliniken [1] visade att med en väl tillämpad strategi för omvårdnaden av nyblivna mödrar fungerar amningen lika väl efter tidig hemgång som efter traditionell BB-vård.

Det finns ingen nationell strategi i Sverige för omvårdnad av nya familjer efter hemgång från sjukhuset, men kunskapen finns liksom viljan att göra ett professionellt arbete. Statistik vid kvinnokliniken i Helsingborg visar att risken för att missa en svår gulsot är mycket liten om man har en organisation för hembesök och en andra undersökning av barnet hos barnläkaren. Ser man utvecklingen av vård vid tidig hemgång som ett sätt att förbättra för den nyförlösta och

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!

hennes barn och inte som en besparingsåtgärd, vilket gjorts i Helsingborg, är tidig hemgång en positiv och säker vårdform.

När den ekonomiska situationen kräver att även nyopererade patienter och tämligen sjuka människor vistas i hemmet ter det sig självklart att friska mödrar och barn inte skall ligga på sjukhus.

Linda J Kvist  
vårdutvecklare och  
barnmorska,  
kvinnokliniken, Lasarettet,  
Helsingborg  
Stig Gårdmark  
chefsöverläkare,  
kvinnokliniken, Lasarettet,  
Helsingborg

**Referens**

1. Kvist LJ, Persson E, Lingman GK. A comparative study of breast feeding after traditional postnatal hospital care and early discharge. *Midwifery*, 1996; 12: 85-92.

**Replik:**

**Fördel om adekvata hembesök ordnas**

Erfarenheter från Stor-Stockholm och också från Skåne (se Norra Skåne 14 april 1997) har visat att nyblivna mödrar ofta kommer tillbaka till barnakutmottagningen på grund av att amningen inte har kommit igång. Detta förefaller förekomma i en utsträckning som vi ej tidigare noterat. Dessa kliniska iakttagelser bör tjäna som en varningsklocka och ligga till grund för en mer kontrollerad studie. Sannolikt kan de flesta mödrar gå hem med sina barn relativt tidigt från BB, men vad vi ville påpeka i artikeln var att omfattande nedskärningar vid BB och den stressiga miljön har inneburit att mammor som inte borde gå hem ändå gör det. Resultatet är att de kommer tillbaka till barnakuterna.

När man från början införde tidig hemgång, bl a vid ABC-kliniken i Stockholm, påbörjade man ett ambitiöst uppföljningsprogram med hembesök av barnmorskor. Avsikten var inte alls att spara pengar, utan att förbättra vården. Tyvärr utnyttjades detta projekt snabbt till att man genomförde kraftiga besparingar genom att införa såväl tidig hemgång som in-

dragning av hembesöken. Jag håller med insändarförfattarna om att det är en fördel med tidig hemgång om man kan ordna adekvata hembesök. Det är tyvärr dock inte möjligt i exempelvis vissa av Stockholms förorter.

Hugo Lagercrantz,  
professor,  
institutionen för kvinnors  
och barns hälsa, enheten för  
neonatologi och barnonkologi,  
Karolinska sjukhuset

**Eutanasi eller långtidsnarkos?**

Danuta Wasserman varnar i en mycket välskriven artikel mot införande av legal döds hjälp i Sverige (*Läkartidningen* 11/97). Tyvärr har hon ingen lösning av grundproblemet, de döendes lidande.

Vad det gäller är en liten grupp, de långsamt döende i kronisk sjukdom, med svårt lidande, sängbundna, men själsligt klara.

Ingen av oss vill tillhöra denna grupp. Att blunda för problemet kan ingen göra, som stått inför det.

Rädslan för indikationsglidning förbjuder oss att hjälpa dessa människor. Eller kan vi klara det med långtidsnarkos i veckor/månader? Men är detta etiskt? Skulle långtidsnarkos inte också kunna utsättas för indikationsglidningar i oönskad riktning?

Bengt Lindqvist  
fd överläkare,  
Umeå

**Malign hypertermi – genetisk diagnostik ännu ej möjlig**

Vi har med intresse läst Lennart Appelgrens utmärkta artikel [1] i *Läkartidningen* nr 7/97 om malign hypertermis historia. Vi vill nu gärna ge några kompletterande kommentarer angående aktuell genetik och diagnostik, då de genetiska förhållandena visat sig

långt mer komplicerade än vad Appelgren skriver.

Kalcium intar en central roll i regleringen av energiutvecklingen i skelettmuskulatur. Under en malign hypertermireaktion ses förhöjd intracellulär kalciumkoncentration, vilket medierar en abnormt ökad metabolism. En av faktorerna som styr den intracellulära kalciumkoncentrationen är ryanodinreceptorn som är belägen i det sarkoplasmatiska retiklet. Mycket av intresset kring malign hypertermi de senaste decennierna har fokuserats kring denna receptor och den intracellulära kalciumhomeostasen.

**Genetik**

Hos grisar orsakas malign hypertermi/porcine stress syndrome (PSS) av en mutation i ryanodinreceptorgenet. Tillståndet hos gris är recessivt ärftligt. Hos människa är de genetiska förhållandena mer komplicerade än hos gris. Predisposition för malign hypertermi är helt säkert ett heterogenetiskt tillstånd [2], som i de flesta men sannolikt ej alla familjer ärvs autosomalt dominant [3]. Ett lokus för malign hypertermi-predisposition hos människa, är genen för ryanodinreceptorn, belägen på kromosom 19. Ett flertal mutationer finns beskrivna i denna gen, de flesta uppträdande i enstaka familjer. Samma mutation som finns hos gris har påvisats i ca 5 procent av familjerna med malign hypertermi med. I enstaka familjer finns koppling till andra kromosomer såsom kromosom 3, 7 och 17 [4]. I ett stort antal familjer är de genetiska förhållandena ännu ej identifierade. Mycket forskning pågår på området.

Motsägelsefulla resultat vad gäller de genetiska förhållandena hos människa har framkommit. I en del familjer finns misstankar om att »grismutationen» inte säkert orsakar predisposition för malign hypertermi. Därför har man avrått från primär genetisk diagnostik [5].

Förhoppningarna att vi skulle få ett enkelt genetiskt

test har grusats. Flera mutationer, i flera gener och på flera kromosomer tycks vara involverade i malign hypertermi med predisposition. Trots stora ansträngningar finns fortfarande inget annat diagnostiskt test än in vitro testet.

**Myopatier**

Förutom det extremt sällsynta King-Denborough syndromet finns det bara en muskelsjukdom som med säkerhet är kopplad till predisposition för malign hypertermi, Central core disease (CCD). Alla patienter med CCD måste betraktas som predisponerade för malign hypertermi tills motsatsen är bevisad. Malign hypertermi för predisposition kan förekomma hos muskulärt sett friska individer, i familjer där CCD förekommer.

Sammanfattningsvis har vi nu mer kunskap om malign hypertermi. Vad gäller de genetiska förhållandena är mycket fortfarande oklart. Någon säker genetisk diagnostik är ännu inte möjlig.

Gunnilla Islander  
avdelningsläkare,  
Eva Ranklev Twetman  
docent biträdande  
överläkare,  
anestesi och intensivvårdskliniken,  
Universitetssjukhuset,  
Lund

**Referenser**

1. Appelgren L. Malign hypertermi. Historien om en allvarlig narkoskomplikation *Läkartidningen*. 1997; 94: 534-44.
2. Fagerlund T, Islander G, Ranklev E, Harbitz I, Hauge JG, Möklebye E et al. Genetic recombination between malignant hyperthermia and calcium release channel in skeletal muscle. *Clinical Genetics* 1992; 41: 270-2.
3. Islander G, Bendixen D, Ranklev Twetman E, Ørding H. Results of in vitro contracture testing of both parents of malignant hyperthermia susceptible probands. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1996; 40: 579-84.
4. Online mendelian inheritance in man OMIM (TM). Johns Hopkins University, Baltimore, MD. MIM Number: {#145600}: {9/27/1995}, {#154275}: {11/6/1994}, {#154276}: {11/6/1994}, {600467}: {11/3/1995}.. World Wide Web URL: <http://www3.ncbi.nlm.nih.gov/omim/>.
5. Hopkins PM, Halsall PJ, Ellis FR. Editorial: Diagnosing malignant hyperthermia susceptibility. *Anaesthesia* 1994; 49: 373-5.

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.