

Äldre frakturpatienter skall inte behöva vänta på operation

I Läkartidningen 25/99 redovisas ett ansvarsärende (HSAN 29/98) vari en 76-årig man anmält en chefsöverläkare vid ortopediklinik för att operationen av en höftfraktur fördröjts i 39 timmar. Chefsöverläkaren frikänns, men på felaktig grund. I nämndens bedömning påstås bl a att »om operationen sker i ett tidigt skede eller först efter ett eller två dygn har ingen betydelse». Detta strider mot både vetenskap och beprövad erfarenhet.

Trauma- och frakturbehandling inom de första sex till åtta »gyllene timmarna» ger som regel de bästa resultaten vad avser funktion och överlevnad. Detta gäller för patienter i alla åldrar, men i hög grad för äldre patienter som är mer sårbara. Kliniska studier visar att fördröjd operation av höftfrakturer medför ökad risk för komplikationer, ökad mortalitet, förlängd vårdtid och ökat institutionsberoende i efterförloppet [1]. Det har alltså stor betydelse att ingreppet sker utan fördröjning.

Det var dock rätt att fria chefsöverläkaren från ansvar för den uppkomna situationen, som främst beror av organisationen av operationsverksamheten och resurstilldelningen till ortopedikliniken, faktorer som den enskilde chefsöverläkaren har mycket små möjligheter att påverka. Anmälan borde snarare ha riktats mot sjukhusledningen eller ansvarig politiker.

Tyvärr ingen ovanlig situation

Den i anmälan beskrivna situationen är tyvärr inte ovanlig vid våra sjukhus, med ökade risker för de äldre frakturpatienterna och ökade sekundärkostnader för kommuner och landsting. Operationsresurser för akuta ingrepp är ofta otillräckliga och disponeras gemensamt av de opererande specialiteterna. Därför hamnar man ofta i etiskt tveksamma prioriteringsdiskussioner där t ex appendicit hävdas vara livshotande trots god tillgång på antibiotika, medan de risker vid fördröjning av höftfrakturoperationer som anförts ovan ofta negligeras.

Med blygsam resursförstärkning, eller endast omDispositionering av resurser, torde verksamheten kunna organiseras så att de största opererande specialiteterna dagtid veckan runt disponerar

egna operationsresurser för akuta ingrepp. Prioritering kan då ske inom i stället för mellan specialiteterna.

Brådskande fall är alltid brådskande oavsett specialitet, fast på olika grunder. Med tillräckliga operationsresurser dagtid för frakturkirurgi skulle nattoopererandet för ortopedin kunna reduceras till ett minimum (multitrauma, frakturer med kärlskada etc).

De äldre frakturpatienterna är en stor och ökande patientgrupp. Tillräckliga resurser måste anvisas för ett adekvat omhändertagande enligt vetenskap och

beprövad erfarenhet, dvs utan fördröjning. Att låta dessa patienter vänta till sist vid operationsprioritering är varken etiskt eller medicinskt försvarbart.

Ulf Lindsjö

överläkare, docent,
ortopedikliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Referens

1. Lindsjö U, Ragnarsson B. Äldre med osteoporosfraktur bör opereras utan fördröjning! Läkartidningen 1997; 94(41): 4452-5.

Missvisande om implanterbara defibrillatorer

I Läkartidningen 28–29/99 skriver Lars Werkö hur införandet av nya metoder kan/bör granskas. Som exempel nämner han implanterbara defibrillatorer. Werkö ifrågasätter på vilken grund olika landsting anslår medel till denna behandling: »Det är svårt att av den litteratur som finns exakt definiera indikationen för dess användning.» Som referens till detta påstående anges en SBU Alert-rapport som publicerades i januari i år på Internet (<http://alert.sbu.se/index.asp?lang=SWE>) [1].

Som medicinskt sakkunnig till denna rapport reagerar jag starkt mot Werkös tolkning. För den som inte är förtrogen med SBU Alerts arbetsätt: För varje metod som granskas utses en medicinskt sakkunnig inom området som utarbetar ett medicinskt/vetenskapligt underlag, där bl a resultatet av hittills genomförda studier presenteras. Detta granskas av en referent (i detta fall Lars Werkö) och slutligen utformar det s k SBU Alert-rådet en sammanfattande bedömning av metoden. Beroende på det vetenskapliga underlaget kan kunskapen om metodens effektivitet klassas som *ingen*, *ringa*, *viss* eller *god*. Av hittills tolv granskade metoder har endast tre erhållit klassificeringen *god* kunskap. En av dessa är implanterbara defibrillatorer, där SBU Alert-rådet skriver:

»Det finns *god* kunskap om att behandlingen kan minska risken för patienter som överlevt hjärtstillestånd utan

behandlingsbar orsak eller som drabbats av kammararytmier med svimning och/eller nedsatt funktion av vänster kammare.»

Indikationen för denna behandling är således tämligen entydig. Det är av största vikt att denna, inte missledande, information når beslutsfattare som skall anslå medel till implanterbara defibrillatorer.

Anders Englund

med dr, överläkare,
kardiologiska kliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Referens

1. SBU Alert. Implanterbara defibrillatorer. Stockholm: SBU 1999.

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

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.