

Fortsätt sy fortlöpande

■ I Läkartidningen 50/2002 (sidan 5109) refererades ett ärende i Hälso- och sjukvårdsnämnden (1486/02) där en gynekolog varnades för att han använt fel sutureringssteknik – fortlöpande istället för enstaka suturer – när han sydde ett klipp i underlivet på en nyförlöst mamma. I HSANs bedömning anges att »god blodstillning och adaptation av vävnaderna förutsätter flera enstaka suturer«, och eftersom sutureringen gjorts fortlöpande var således tekniken inte korrekt.

HSANs bedömning och den på denna grundade varningen innebär flera komplikationer. Framför allt kan gynekologer och kirurger invaggas i den tron att bedömningen grundar sig på oantastlig vetenskap eller beprövad erfarenhet. Vad värre är; man kan då förledas att ändra sin kirurgiska teknik från en fortlöpande till en enstaka suturteknik.

Inget vetenskapligt stöd

Det finns mig veterligt ingen vetenskaplig dokumentation som stöder att tekniken med enstaka suturer skulle ge en bättre blodstillning av vävnader än tekniken med fortlöpande suturer. Den beprövade erfarenheten säger oss att fortlöpande suturer ger en väl så god blodstillning som enstaka suturer.

Inte ens sårfalet med en enstaka sutur i form av en kärlligatur kan entydigt sägas vara överlägsen en fortlöpande teknik. Det finns situationer där såväl kärll- som toraxkirurger försluter stora kärll med en fortlöpande sutur.

Det finns mig veterligt heller ingen vetenskaplig dokumentation som stöder att en enstaka teknik skulle ge en bättre adaptation av vävnader än en fortlöpande. Den beprövade erfarenheten säger oss att en fortlöpande sutur ger en väl så god adaptation som en enstaka sutur.

Vi tenderar att suturera med en fortlöpande teknik i allt fler sammanhang, t ex hud, kärlanastomoser, tarmanastomoser, bukvägg. Detta är ingen slump utan är grundat på kunskap som säger oss att det är lättare, går fortare och ger ett väl så bra resultat som en enstaka teknik. Vi vet att med en fortlöpande sutur kan ett starkare sår erhållas samt mindre mängd suturmateriell och knutar deponeras i såret än med en enstaka teknik.

Nya material – nya möjligheter

Det som har gjort övergången från en enstaka teknik till en fortlöpande möjlig är att vi idag har tillgång till monofilamentsutur, resorberbar och icke resorberbar, som lämpar sig för en fortlöpande suturteknik. Äldre tiders suturmateri-

al var ofta direkt olämpliga att använda fortlöpande, och man var därför hänvisade till en enstaka teknik.

Jag vill således anmoda landets kirurger och gynekologer att fortsätta använda en fortlöpande suturteknik. Det saknas vetenskaplig grund att hävda att det inte går bra även vid sutur av rupturer av bäckenbotten.

Så gör vi

Vid Sundsvalls sjukhus sys sedan många år alla rupturer gemensamt av en här för intresserad kolorektalkirurg och en gy-

nekolog. Vi har valt en metod som vi anser vara grundad på aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet, och suturerar således bäckenbottensskador med fortlöpande monofilamentsutur PDS i de 3–4 lager som blir aktuella. Vår beprövade erfarenhet av denna metod talar emot att samtliga dessa fall skulle vara felaktigt handlagda.

Leif Israelsson

docent, kirurgkliniken,
Sundsvalls sjukhus
leif.israelsson@lvn.se

Kommentar:

Frågan gällde hur ett snedklipp skall sys

■ Det aktuella inlägget aktualiserar ett ärende som nyligen behandlades av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. I utlåtandet från HSAN sammanfattas den medicinska bedömningen i några meningar vilka som här tydligen kan missförstås.

I den medicinska bedömningen i detta ärende gjordes inget generellt ställningstagande till fortlöpande suturering eller enstaka suturer. Vad frågan gällde var hur ett snedklipp i perineum vid förlossningen skall sys.

Precis som anges i inlägget skall ett snedklipp sys i flera lager för att få ett

godtagbart kosmetiskt resultat och för att minimera risken för hematombildning och sårruptur. Det kan inte anses tillfredsställande att endast *sy i ett lager* antingen det sker med enstaka suturer eller fortlöpande. Det var detta, dvs *ett lager istället för flera*, som var underlaget för kritiken i det aktuella ärendet.

Man kan bara önska att alla snedklipp och bristningar vid förlossningen sys på ett så omsorgsfullt sätt som i Sundsvall.

Marc Bygdeman

professor em, en av föredragandena
i HSAN i ämnet kvinnosjukvård

Varför ingen debatt om integritetskränkande ICD-koder?

■ I Läkartidningen 1–2/2003 (sidan 7) har äntligen LT uttryckt det rätta värdet i nyordningen med ICD-diagnos på »Intyg för bedömning av rätt till sjukpenning«. Det står »sjukt intyg«.

Ska arbetsgivaren tolka diagnosen?

Det är anmärkningsvärt att ingen debatt skett kring dessa ICD-diagnoser ur integritets- och sekretesssynpunkt. Vi skall komma ihåg att alla som sjukskrivs får sina första 14 dagar betalade och handlagda av arbetsgivaren!

Vill patienten få »tertiär syfilis«, »schizoid psykos« eller »hemorroider« uttolkade av sin löneförrättare? Eller skall läkarkåren enbart skriva symptomdiagnoser? Ljumskeksem vid alla venösa sjukdomar t ex.

Sjukt intyg är en bra term!

Hans Nettelblad

överläkare,
Universitetssjukhuset i Linköping
Hans.Nettelblad@ibk.liu.se

Läkarens ansvar för koder på sjuktintyg

■ Det är arbetsgivarens – inte den intygsskrivande läkarens – ansvar att ange arbetsgivarkod för den sjukskrivne från 1 januari 2003. Den sjukskrivande läkaren ska själv i samband med anmälan till försäkringskassan informera om detta. Slutat om de nya reglerna av statistiska skäl. Arbetsgivarkoden, som också är ny, ska dock anges av arbetsgivaren själv i samband med anmälan till försäkringskassan. Information om detta finns på arbetsgivarwebben.

Rubriken på nyhetsplats i Läkartidningen 1–2/2003. Ett verk av Tryckfels-Nisse, en freudiansk felskrivning eller kanske rena rama sanningen?