

Kommentar till ett uppmärksammat HSAN-beslut angående akut rinosinuit

■ Nyligen har i Läkartidningen [1] en kollega beskrivit en fällande dom i HSAN där han på sin mottagning träffat en patient med tecken på akut rinosinuit sedan några dagar. Kollegan fälldes för bristande undersökning och underlåtenhet att skriva ut antibiotika. Ärendet har väckt en intensiv debatt på Läkartidningens webbplats, <http://www.lakartidningen.se/07/engine.php?articleId=10363>.

Som erfaren öron-, näs- och halsläkare, med aktivt deltagande i flera konsensusdokument kring akut rinosinuit [2, 3], vill jag framföra några kommentarer. Jag vill samtidigt understryka att jag bara haft tillgång till materialet som publicerats i Läkartidningen.

• **Denna patient borde inte ha släppts in på läkarmottagningen** för undersökning utan stoppats i telefonrådgivning. Av det som framkommit i artikeln finns inget som talar för komplicerande rinosinuit som föranleder aktiv åtgärd eller remiss till ÖNH-specialist. Den korta sjukdomshistorien och frånvaro av hotande symtom (synpåverkan, svullnad eller svår huvudvärk) kräver inte akut bedömning utan kan handläggas per telefon.

• **Om den fällande domen** avser brister i undersökningens omfattning så kan även den saken diskuteras. Det enda evidensbaserade statusfynd som i detta fall skulle kunna tala för akut bakteriell rinosinuit är förekomst av vargata i mellersta näsgången. För sådan undersökning krävs avsvällning av näsans slemhinnor och viss vana vid näsundersökning. Enligt min erfarenhet sker sådan undersökning endast undantagsvis på landets

vårdcentraler. Andra tecken som talar för bakteriell rinosinuit är anamnesticiska, såsom ensidighet i symtombilden, bifasiskt insjuknande, symtomduration överstigande 7 dagar med purulent nässekret och värk i tänder. Dessa evidensbaserade kriterier hade kollegan rimligen möjlighet att bedöma vid anamnestagning. Andra tecken såsom perkussionsömheter, tyngdkänsla i huvudet och ont vid framåtböjning är ospecifika och ses lika ofta vid viral som bakteriell rinosinuit. Vid bedömning av patientens allmäntillstånd bör även tecken på komplikation av akut rinosinuit såsom bulbdislokation och svullnad kring bihålorna framgå. Bedömning av allmäntillståndet förefaller adekvat tillgodosett i detta fall! Även om jag som ÖNH-specialist hade letat efter vargata så räcker anamnes och bedömning av allmäntillståndet för att fånga övriga evidensbaserade tecken på bakteriell rinosinuit.

• **Om domen avser** kollegans ovilja att skriva ut antibiotika så är det ett helt felaktigt beslut. Det finns i redogörelsen inte något underlag som stödjer antibiotikaförskrivning. Undersökningen hos kollega 2 bekräftar denna uppfattning. Förkylning och halsont, liksom den korta symtomdurationen, är klassiska tecken på viral infektion. De signaler som skickas ut av denna dom är motsägelsefulla. Den ambition som funnits i åtskilliga år är att begränsa antibiotikaförbrukningen och därmed motverka resistensutveckling. Vi är i Sverige

snart den enda utposten som kan rekommendera penicillin som förstahandspreparat vid bakteriella luftvägsinfektioner. En förutsättning för detta är ett fortsatt restriktivt antibiotikabruk.

• **Om detta ärende** har bedömts av HSAN utan att sakkunnig ÖNH-läkare uttalat sig så har den fällda kollegan erhållit samma bristande bedömning som distriktsläkaren som fälldes av HSAN för några år sedan för att inte ha utfört röntgen vid misstänkt näsfraktur. Det ärendet överklagades till kammarrätten sedan ett antal sakkunniga påtalat felaktigheterna i beslutet. Kompetent bedömning är en förutsättning, inte minst vid fällande dom.

• **Vi får inte heller glömma** att spontanläkningen vid bakteriell rinosinuit är mycket hög. Antibiotika leder till förbättring hos ca 80 procent och placebo till förbättring hos 66 procent av patienter med kliniska tecken på bakteriell rinosinuit 10–14 dagar efter insatt behandling [3].

Mats Holmström
ÖNH-specialist, Uppsala
mats.holmstrom@akademiska.se

REFERENSER

1. Movahed P. Fälld av HSAN för att inte ha undersökt patienten - vilken är lärdomen? Läkartidningen. 2008;105:2714-5.
2. Fokkens W, Lund V, Mullol J; European Position Paper on Rhinosinuitis and Nasal Polyps group. European position paper on rhinosinuitis and nasal polyps 2007. Rhinol Suppl. 2007;(20):1-136.
3. Läkemedelsbehandling av rinosinuit - Behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2005;3:7-13.

PFIZER:

Satsar där vi kan få fram nya behandlingsmöjligheter

■ Svar till Peter Nilsson som skrev i LT 43/2008 (sidorna 3053-4). Med anledning av att Pfizer redovisat sina intentioner att koncentrera sin forskning till andra terapiområden än det kardiovaskulära, önskar Peter Nilsson en förklaring från företaget. Alla, oavsett om det handlar om forskning, sjukvård eller andra samhällsfunktioner, behöver kontinuerligt se över sin verksamhet och baserat på de ekonomiska förutsättningarna göra erforderliga prioriteringar. Pfizer skiljer sig inte i det avseendet från andra, och självfallet görs detta ständigt.

Pfizer är det läkemedelsföretag som i dag investerar mest i forskning och utveckling, och vi har inga planer på att ändra det, oavsett den pågående finanskrisen. Att vi nu väljer att inte starta några nya projekt inom kardiovaskulär forskning beror mer på att vi inte i dagsläget kan bidra med nya innovativa utvecklingsprojekt. Vi har samtidigt beslutat att förstärka inom andra sjukdomsområden med stora medicinska behov, där vi i dag bedömer att det går att få fram nya viktiga behandlingsmöjligheter.

I dag har vi inte de förutsättningarna inom det kardiovaskulära forskningsområdet men självklart kan den situation ändras, och vi kommer då att åter se över våra prioriteringar. Pfizer kommer förstås att fullfölja alla pågående projekt inom hjärta-kärl och hoppas på gott samarbete i detta.

Johan Brun
MD, medical director, Pfizer AB
johan.brun@pfizer.com