

## »Vofför säger vi på dette viset?«

■ Rubriken är förstås en lätt travestering på ett favorituttryck, som rumpnissarna i Astrid Lindgrens »Ronja Rövardotter« använder.

Jag satt och dikterade, när jag plötsligt slogs av tanken: »Varför säger jag så här?« Det gällde redovisningen av en neurologisk undersökning. Jag rabblade en läxa som jag lärde för snart 40 år sedan. När jag redogjorde för vad jag funnit vid undersökningen av koordination så kom fraserna: »finger-näs, knä-häl, diadokokinesi ...«

»Stopp!« tänkte jag. »Varför säger jag knä-häl? Det är ju en felaktig benämning av hur testet utförs. Man ber patienten sätta hälen på motsatta sidans knä och sedan byta sida. Man bör förstås säga 'häl-knä-test'.

**Den felsägning** som jag använt i alla år fick mig intresserad av att studera detta uttryck litet närmare. Jag fann snart att det i många läroböcker i neurologi står fel. Det märkliga är även att man ofta beskriver ett korrekt tillvägagångssätt för undersökningen men sedan vänder på uttrycket. Det gäller även högt renommerade medicinska tidskrifter.

Ett undantag är den svenska läroboken »Neurologi« av Jan Fagius och Sten-Magnus Aquilonius (Liber, 2006). Det finns sannolikt fler läroböcker som använder korrekt benämning.

Det kan de facto noteras att jag – som en ödets ironi – i detta mitt inlägg inte kan följa Läkartidningens författar-anvisningar. Man ska följa »Medicinsk terminologi« från 2004 av Bengt I Lindskog, och där används benämningen »knä-hälförsöket«!

När det gäller svenska böcker i ämnet medicinsk terminologi utkom, enligt mina efterforskningar, den första år 1926, då Carl Sundberg (1859–1931, professor i patologi) utgav »Medicinsk

**heel-knee t.** (for coordinated movements of the lower extremities): the patient, lying on his back, is asked to touch the knee of one leg with the heel of the other and then to pass the heel slowly down the

I »Dorland's Illustrated medical dictionary« är det ordning och reda.

ordbok«. I denna är testet inte omnämnt.

Wilhelm Wernstedt (1872–1962, professor i pediatrik) utkom med »Medicinsk terminologi«; första utgåva 1935. I den tredje utgåvan (1951) återfinns för första gången begreppet »knä-hälförsöket«. Där har vi ägget! Här beskrivs även hur testet ska utföras (att med slutna ögon snabbt sätta ena hälen på motsatta benets knä). Hur kom det att benämnas omvänt?

Man kan därefter finna att detta uttryck används i samtliga utgåvor av andra författare och finns kvar in i våra dagar. År 1962 publicerade Martin Wreth (1896–1969, professor i histologi) »Kortfattad medicinsk ordbok«. Samma uttryck återfinns där.

Nästa ordboksförfattare var Acke Renander (1895–1967, röntgenolog), som skrev »Medicinsk terminologi« med första utgåva 1965. Det var den som gällde under min utbildning. Han använde samma uttryck, varför jag egentligen inte förvånas över min felsägning.

Den i dag mest kända ordboken, »Medicinsk terminologi«, har som upphovsman Bengt I Lindskog (1929–, professor i medicinhistoria). Den första utgåvan kom 1974 och den senaste 2008. Samma uttryck förekommer i samtliga fem utgåvor, och beskrivningen av testets utförande är densamma.

**Är det då korrekt** i någon ordbok? Nej, således inte i någon svensk, men i engelskspråkiga »Dorland's Illustrated medical dictionary«, denna utmärkta ordbok med anor från 1898, återfinns den korrekta benämningen, »heel-knee test«, redan i 9:e upplagan från 1919.

Jag har vid sökning på ut-

trycken »knä-häl-test« respektive »häl-knä-test« på Internet funnit förekomst av båda, med övervikt för den sistnämnda, korrekta benämningen. Det finns dock flera nutida felaktiga benämningar, exempelvis från tentamina på svenska universitet.

Som kuriosum kan noteras att en neurolog vid University of Toronto på en webbplats för neurologisk undersökning (<http://www.utoronto.ca/neuronotes/NeuroExam>) vid testet gör en freudiansk felsägning och säger »knee«, när hon pekar på hälen.

På förfrågan till ett flertal kollegor i olika generationer

samt till läkarsekreterare har jag hittills inte funnit någon som använder uttrycket »häl-knä-test«.

**Man kan säkert tycka** att detta är oväsentlig språklig knappologi. Jag använder dock numera benämningen »häl-knä-testet« och känner därvid en viss tillfredsställelse. Det gängse omvända uttrycket skulle för övrigt kräva att den som undersöks är akrobat! Det vore intressant att få veta om någon känner till den felaktiga benämningens ursprung och orsaken till att den blivit så djupt rotad.

Vad brukar ni själva säga, kära kollegor?

**Magnus Carlsson**

leg läkare, Jönköping  
magnus.carlsson@live.se

## Kommentar till HSAN-beslut om kejsarsnitt i ryggbedövning: Gravida måste kunna lita på att fullgod anestesi alltid ges

■ Vi önskar framföra följande kommentarer angående HSAN-ärendet 2443/08 som refererades i Läkartidningen 39/2009 (sidan 2473). Fallet gäller en kvinna som förlöstes med planerat kejsarsnitt, där ryggbedövningen varit otillräcklig.

**Vid spinalanestesi** kan effekten hos den gravida kvinnan vara oförutsägbar. Den mängd lokalanestetika som förväntas ge adekvat anestesi kan ibland ge otillräcklig anestesi eller förorsaka hög spridning med andningspåverkan som följd. Mental beredskap och handlingsstrategi för hantering av dessa oönskade situationer måste därför finnas. I några fall blir det nödvändigt med generell anestesi, som mycket väl kan ges före barnets framfödande.

**Spinalanestesi** hos den gravida kvinnan medför betydande hemodynamisk påverkan, vilket innebär att blodtrycksfall måste förebyggas och pareras. Graviditetskomplikationer eller sjukdom hos den gravida kvinnan kan, liksom befarad sjukdom hos barnet, ytterligare öka svårigheterna i narkosläkarens arbetsuppgifter.

**Innan operatören** får klartecken är det ett absolut krav att en utvärdering av spinalanestesi säkerställer en liksidig anestesi till rätt nivå. En god patientkontakt – förutsättningen för denna utvärdering – innebär också att man tagit del av kvinnans övriga önskemål och eventuella farhågor. Make eller annan nära anhörig är oftast med vid kejsarsnittet, och man eftersträvar en så rofylld och positiv förlösningsupplevelse som möjligt.

Vid kejsarsnittet har således narkosläkaren den grannliga uppgiften att sköta ett högt kvalificerat arbete, utan att låta svårigheten vara uppenbar för omgivningen.

**Såväl planerade som akuta kejsarsnitt** genomförs numera oftast i ryggbedövning, vilket innebär att handläggning av anestesin vid planerade kejsarsnitt utgör ett viktigt utbildningstillfälle för att ST-läkaren sedan ska kunna hantera de svårare akuta kejsarsnitten på ett kompetent sätt.

Det är därför av största betydelse att den som handleder en ST-läkare vid de planerade kejsarsnitten förmår att lära ut ett arbetsätt som är väl förankrat i anesthesiologisk vetenskap och som

**»ST-läkaren får inte låta sig förledas av den enkelt anlagda spinalbedövningen; enkelheten i hanteringen är skenbar.«**

innefattar förståelse för de specifika förhållanden som råder vid obstetrisk anestesi. ST-läkaren får inte låta sig förledas av den enkelt anlagda spinalbedövningen; enkelheten i hanteringen är skenbar.

**Ryggbedövning** vid planerade kejsarsnitt innebär en humanitär vinst, då båda föräldrarna kan delta vid barnets framfödande. Vid de akuta kejsarsnitten har man dessutom en stor medicinsk

säkerhetsvinst, då ryggbedövningar utgör ett för den gravida kvinnan säkrare alternativ än generell anestesi. Inför kejsarsnitt i ryggbedövning måste därför gravida kvinnor kunna lita på att fullgod anestesi alltid kommer att ges.

Styrelsen för delföreningen för obstetrisk anestesi och intensivvård inom SFAI (Svensk förening för anestesi och intensivvård)

**Vibeke Moen  
Anette Hein  
Michael Rådström  
Nina Kjellqvist  
Birgitta Birgisdottir  
Maria Häggström  
Ove Karlsson  
Susanne Ledin Eriksson**  
susanne.ledin-eriksson@lg.se

## Läkare ska ha både ansvar och inflytande

■ Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm anser att det är angeläget att patienten listas hos den läkare han eller hon valt (LT 39/2009, sidan 2475). Det är bra att hon understryker läkarens ansvar. Däremot är det inte bra att hon vill minska läkarens inflytande genom

att knyta ersättningen till vårdenheten.

**En avsikt med vår motion** till Läkarförbundets fullmäktigemöte 2008 var att stärka den enskilde läkarens inflytande både mot den landstingsdrivna vården och mot de stora vinstdrivande vård-

bolagen. Vi behöver ett ökat professionellt inflytande i sjukvården. Det är tråkigt att Läkarförbundets ordförande inte företräder den åsikten.

**Christer Sjödin**  
ordförande, Stor-Stockholms  
privatläkarförening  
sjodin.christer@telia.com

### SLUTREPLIK:

## Vi måste lära oss hantera konkurrensen

■ Självklart är det Läkarförbundets politik att läkare ska ha både ansvar och inflytande, dvs ett ökat professionellt inflytande i vården. Målet är Christer Sjödin och jag eniga om, men vi verkar ha olika uppfattning om hur vi bäst når dit.

Tiderna ändras, och med

fler aktörer i sjukvården ändras också förutsättningarna. Konkurrensen kommer att öka, vilket är både på gott och på ont, och det måste vi lära oss att hantera på bästa sätt.

**Läkarförbundet kommer** att fortsatt arbeta med inflytan-

defrågor inom olika verksamheter. Därför är det glädjande att se att bland de företag som startat i primärvården sedan Vårdvalet införts har största delen läkare som verksamhetschefer.

**Eva Nilsson Bågenholm**  
ordförande, Läkarförbundet