vänds för att minska den peroperativa blödningen.

Studien baseras på 151 konsekutiva unga (medelålder 23 år) elektiva patienter planerade för ortognatkirurgiska ingrepp. Preoperativt screenades patienterna med BT (Surgicutt) som visade förlängd BT hos 20 patienter (19 kvinnor, 1 man). Efter ytterligare utredning kunde man påvisa trombocytfunktionsdefekt hos 10 av dessa 20 patienter. BT gav således en alltför hög andel positiva resultat.

Vidare kunde vi inte i denna grupp påvisa någon korrelation mellan peroperativ blödning och en förlängd BT. Det var som nämnts en stark övervikt av kvinnor med förlängd BT i vår studie (19/20). I andra studier har det rapporterats att detta kan bero på skillnader i blodkärl och bindväv [5] samt att kvinnor har skörare hud [6].

Konklusionen blir därför att rutinmässigt användande av BT för hemostatisk screening preoperativt av friska elektiva patienter inför ortognatkirurgi inte kan rekommenderas framför allt på grund av ett stort antal falskt positiva test.

Maria Modig
leg tandläkare, ST
maria.modig@ki.se

Annika Rosén
docent, övertandläkare

Anders Heimdahl
professor, övertandläkare;
samtliga vid avdelningen
för käkkirurgi, institutionen för
odontologi, Karolinska institutet,
Huddinge

REFERENSER

4. Modig M, Rosén A, Heimdahl A. Template bleeding time for preoperative screening in patients having orthognathic surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. 2008; doi:10.1016/bjoms.2008.03.017

LÄS MER *Fullständig referenslista http://ltarkiv.lakartidningen.se*

Snälla HSAN, använd retrospektoskopet med förstånd!

■ Ansvarsnämndens beslut är ofta föremål för kommentarer i Läkartidningen – och då menar jag inte redaktionens referat i sektionen »Patientsäkerhet« utan kollegornas reflexioner, vilka kommer ur en klinisk verklighet fjärran från HSANs myndighetsutövande, och där beslutens svepande formuleringar ifrågasätts.

Som så ofta tidigare påpekats: om alla de »borde« som HSAN radar upp skulle tillämpas verbatim skulle varje öppenvårdspatient behöva underkastas ett oändligt antal laboratorieprov, röntgen-/DT-/MR-undersökningar, specialistremisser och explorationer, och allt detta dessutom utan någon tidsutdräkt! Om vårdproduktionen enkelt och kostnadsfritt kunde mångfaldigas och om samtliga undersökningar vore ofarliga skulle detta kunna vara tänkbart (om än medicinskt idiotiskt), men var finns realismen?

HSANs generaldirektör har deklarerat att man inte kan/får kommentera sina beslut eftersom det »skulle riskera att bli ett uttalande till förmån för någon av parterna« (Läkartidningen 49–50/2007, sidan 3791). För tidningens läsare blir detta minst sagt frustrerande. Vi vet inte om det finns relevanta fakta vilka utelämnats av tidningens referent, och vi står kvar med ett salomoniskt domslut som i många fall lett till att vården tvingats ändra sina rutiner utan att nyttan därav någonsin visats vetenskapligt!

Denna min jeremiad föranleds av referatet »Borde DT-undersökts« (Läkartidningen 15/2008, sidorna 1110-1). Två kollegor fälls till ansvar för att inte ha genomfört (tvingat patienten till?) DT-undersökning, sedan en 32-åring sökt på akuten två dygn efter att

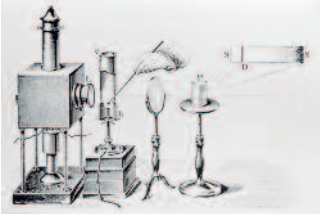

Foto: SPL/IBL

Inget retrospektoskop, men väl ett spektroskop (tidigt 1900-tal).

han till följd av ett nacksving slagit kinden i gatan. Uppgift om medvetslöshet saknas, sålunda finns inga hållpunkter för diagnosen commotio cerebri. Vid undersökning finner man normalt neurologstatus. Patienten vill gå hem, men återkommer två dagar senare. Även då saknas objektiva fynd i status. Först vid ett tredje besök ställs diagnosen kroniskt subduralhematom (?). Av referatet framgår dock inte att det som skedde på något sätt har påverkat utfallet.

Det som för min del får bägaren att rinna över är den skildring av patientens agerande som framkommer på åtskilliga ställen i referatet och som bör finnas med i bilden då man bedömer läkarnas handlande:

- Patienten ville själv gå hem (dag 2 och dag 4).
- Patienten var (tidigare?) tung drogmissbrukare.
- Patienten redogjorde vid andra besöket (dag 4) inte spontant för traumat, utan först efter specifika frågor med ledning av journalen. Han bagatelliserade då traumat, sade sig inte ha slagit i huvudet, varit medvetslös eller ha amnesi.
- Patienten vägrade bli undersökt, satt upp och såg opåverkad ut (dag 4).
- Patienten uppgav (dag 4) att han struntat i att hämta ut receptet från första besöket.
- Patienten, som ombetts vänta på akuten för bedömning, påträffades på väg hem (dag 4).

I Läkartidningen 24–25/2007 (sidorna 1928-9 och 1930-2) kritiseras SBUs råd om DT-undersökning vid hjärnskakning av två grupper av erfarna kliniker (Gustafson och Kongstad; Pålsson och medarbetare). Man påpekar bl a att råden baseras på 13 retrospektivt funna fall av hjärnblödning under en period då cirka 85 000 vårdtillfällen med diagnosen commotio cerebri registrerats, alltså 0,02 procent. Och i det här aktuella fallet finns inte ens den diagnosen!

I händerna på HSAN, liksom på SBU, är retrospektoskopet ett mycket dubiöst verktyg, fullt i klass med irisdiagnostik eller åderlåtning. Man har ju aldrig haft anledning överväga de (84 987!) fall där undersökningen inte skulle ha spelat någon roll. Om icke blott patienter med verifierad commotio, utan även de som förnekar detta, ska genomgå DT kan apparaten lika gärna monteras i entrédörren till våra sjukhus, så att alla som där inträden blir vederbörligen genomlysta.

Som alternativ till DT säger Ansvarsnämnden att kollegorna skulle ha rådfrågat sin bakjour eller remitterat till kirurgjouren. Tar HSAN för givet att dessa mer erfarna läkare skulle ha ordinerat DT? Jag tror tvärtom – med längre erfarenhet har man än större möjlighet att bedöma sannolikheten för relevanta undersökningsfynd och vågar exspektera. Jag hoppas att kollegorna har kurage att överklaga till kammarrätten, vilket är generaldirektörens för HSAN lakoniska råd i ovannämnda uttalande.

Eskil Dalenius
leg läkare, specialist
i anestesiologi, Karlstad
eskil.dalenius@telia.com