

## Ultraljud vid postpartum av tveksamt värde

Vi vill gärna rikta uppmärksamheten mot Ansvarsnämndens beslut om erinran för två kolleger som underlåtit att göra en ultraljudsundersökning i puerperiet (Läkartidningen 7/96). Patienten födde barn i juni 1994. Efter partus misstänkte barmorskan att en bit av placenta saknades, vilket dock ej kunde konfirmeras av vederbörande läkare. Två dagar efter partus skrevs patienten ut, men återkom fyra respektive sju dagar senare på grund av kliniska symtom på postpartum endometrit. Vid båda dessa tillfällen undersökte patienten gynekologiskt men ej med ultraljud.

### Vi ställer oss frågande

Ytterligare två dagar senare blev patienten akut sämre och återvände därför till sjukhuset. Vid akut exaeres kunde då placenterester påvisas.

Enligt Ansvarsnämnden borde kvinnans symtom ha lett till en ultraljudsundersökning både vid undersökningstillfället dag 4 respektive 7 efter partus. Detta med anledning av att man, enligt patientens journal, postpartum misstänkt kvarvarande placentabitar. Vi ställer oss frågande till denna slutsats! Vilka fakta ligger till grund för Ansvarsnämndens yttrande? Finns det någon prospektiv randomiserad studie som visar att man med ultraljud 4-7 dagar efter partus kan särskilja koagler och decidua från en placentabit?

Svensk gynekologisk förenings ultraljudsarbetsgrupp har inte rekommenderat ultraljud som ett diagnostiskt hjälpmedel vid postpartum endometrit.

Detta är, enligt vår samlade mening, en klinisk diagnos, där värdet av ultraljud är tveksamt. Vi ber därför Ansvarsnämnden att komma med ett klargörande.

*Charlotta Grunewald*  
med dr, speciallistläkare

*Torbjörn Hillensjö*  
docent, överläkare

*Jan Wager*  
docent, mödrahälsovårds-  
överläkare

*Magnus Westgren*  
docent, överläkare, samtliga från kvinnokliniken, Huddinge sjukhus

## KORRESPONDENS

## Trött i handen? Alternativ metod komprimera pseudoaneurysm

I Håkan Geijers och Åsgråmur Ragnarssons artikel »Pseudoaneurysm botas enklast med ultraljud» i Läkartidningen 20/96 står det på slutet: »Metoden . . . kräver framför allt envishet och ett visst mått av armstyrka». Jo, så är det och jag vill här beskriva en alternativ metod till kompression för hand. Denna metod tillämpade jag vid några tillfällen under tjänstgöring på Sahlgrenska sjukhuset för drygt ett år sedan. I samtliga fall gällde det pseudoaneurysm i en ljumsken efter thoraxradiologiska interventioner på hjärtats kranskärl. Jag har inte på något sätt gjort vetenskap av metoden, men den fungerade på de 4-5 patienterna, som jag tillämpade den på.

### Femo-Stop

Man tar kompressionsanordningen »Femo-Stop» som normalt används för att lägga tryck i ljumsken efter kateterisering av arteria femoralis.

### Rättelse:

## Felvänd bild av pseudoaneurysm

I artikeln »Pseudoaneurysm botas enklast med ultraljud», som kommenteras här, hade Figur 2 tyvärr blivit felvänd. Så här skall den vara, rättvänd.



Blåsan, där tryck i vanliga fall anläggs genom luftpumpning, fylls med vatten för att möjliggöra för ultraljudsvågorna att penetrera. På nyare varianter av Femo-Stop, där blåsan är utbytbar, fyller man ut med ultraljudsgel mellan blåsan och plastarmen. Man applicerar också gel på ovasidan av plastarmen, där blåsan är fäst. Luftpumpen och manometern byts ut mot en mellanslang med kran och en 20 ml-spruta med Luer-Lockfatning. Hela systemet med blåsa, mellanslang, kran och spruta skall vara fyllt med vatten och fritt från luftbubblor. Härefter anbringas man Femo-Stop, och man håller nu ultraljudstransducern ovanpå plastarmen så att man kan se pseudoaneurysmet genom blåsan.

Med hjälp av upprepade påfyllningar av 20 ml-sprutan fyller man på mera vatten i blåsan och ökar på så sätt kompressionstrycket. Med ultraljudet ser man nu, genom Femo-Stop, när flödet stoppas i pseudoaneurysmet, och det anlagda trycket bibehålles genom att man stänger kranen på mellanslangen. Man bör även kontrollera med ultraljudstransducern distalt om Femo-Stop-armen att man ej har strypt flödet helt i arteria femoralis genom kompressionen i ljumsken.

På »mina» patienter anlade jag kompression med Femo-Stop i ca 60 minuter, med ultraljudskontroller några gånger under denna timme. Resultatet blev lyckat i samtliga fall. Femo-Stop kan dock inte anbringas på patienter med alltför kraftig fetma, eftersom blåsan glider i ljumsken. Jag vill dessutom än en gång betona att jag inte utvärderat metoden vetenskapligt. Men prova gärna, bilda er en egen uppfattning, och förfina metodiken!

*Göran Ax*  
avdelningsläkare, röntgen-  
avdelningen, Blekingesjuk-  
huset, Karlskrona

## Vården anpassad för psykossjuka

Albert Boerman säger sig vara helt oförstående inför vår uppfattning att Karsuddens behandlingsfilosofi under 1970- och 1980-talet präglades av

»straff och belöning», och att personalens uppgift var av vaktande och straffande karaktär [1]. På samma sätt var Albert Boerman och Karsuddens dåvarande ledning lika oförstående [2] inför den skarpa kritik som Socialstyrelsen 1983 riktade mot vården [3]. »Byt vårdfilosofi på Karsudden» krävde Socialstyrelsens inspektionsgrupp under ledning av Börje Lassenius och man hänvisade bl a till att »den pedagogiska avsikten med behandlingsupplägningen inte har haft avsedd effekt».

Bakgrunden till Socialstyrelsens utredning av förhållandena på Karsudden var en lång rad patientanmälningar av »det omänskliga systemet» vid sjukhuset, och Socialstyrelsen konstaterade att missförhållandena hade sin grund i den vårdfilosofi som tillämpades.

### Gynnsamma resultat ifrågasätts

Albert Boerman hävdar vidare i sin aktuella debattartikel att denna hårt kritiserade behandlingsmodell hade »gynnsamma resultat i en del fall, såväl gällande patienternas anpassning till samhälls- och arbetslivet som i synnerhet deras benägenhet för våld». Detta kan dock ifrågasättas utifrån de resultat han presenterar i sin avhandling »Karsuddenpatienterna. En social och rättspsykiatrisk studie av 106 jämställda lagöverträdare» [4].

Frånvaron av kontrollgrupp gör resultaten svåra att utvärdera, men de siffror som Boerman ger avseende uppföljningsresultaten talar sitt tydliga språk. Vid uppföljningsperiodens slut hade 13/106 (12 procent) avlidit. Endast 24/106 (23 procent) klassas av Boerman som rehabiliterade och av dessa är det bara 8 som inte har några brott registrerade efter definitiv utskrivning från vården. De brott som övriga »rehabiliterade» hade gjort sig skyldiga till omfattande bl a våldtäkt, misshandel och rån (en del av brotten hade begåtts under pågående vård).

Uppföljningsresultaten är likartade när det gäller den patientgrupp som sjukhuset och den kritiserade behandlingsfilosofin inrättades för, nämligen psykopaterna (betecknade som personer med »avvikande livsstil» i Boermans avhandling). Av 29 Karsuddenpatienter med »avvikande livsstil» hade 7/29 (24 procent) avlidit vid uppföljningens slut och endast 4/29 (14 procent) betraktades som rehabiliterade. (I sina

fallbeskrivningar säger Boerman dessutom att 3 av dessa 4 ändrade sin »avvikande livsstil» efter vård för livshotande kroppsliga skador).

Vården vid Karsudden idag är utformad efter gängse psykiatriska behandlingsprinciper, anpassade för psykossjuka, som ju utgör majoriteten av dagens Karsuddenpatienter [5]. Den övergripande målsättningen är att finna en optimal omhändertagandenivå med största möjliga livskvalitet för patienten där även samhällsskyddet beaktas. Grunden är en god psykiatrisk omvårdnad och diagnostik. Sjukhuset har idag fyra specialistkompetenta överläkare och ett mycket omfattande utbildningsarbete av vårdpersonalen i psykiatrisk omvårdnad och dokumentation har genomförts. Karsudden är idag ett modernt psykiatriskt sjukhus av regionkaraktär som har lämnat »straff och belöning» bakom sig!

Agneta Nilsson  
docent,  
psykiatriska kliniken,  
Karsuddens sjukhus,  
Katrineholm

### Litteratur

1. Boerman AJ. Rättspsykiatri och särskild vård behövs! Läkartidningen 1996; 93: 2123-4.
2. Boerman AJ, Berki A, Sjöholm B, Wallin G. Socialstyrelsens rapport om Karsudden. Läkartidningen 1983; 80: 2469-70.
3. Socialstyrelsen kritiserar. Byt vårdfilosofi på Karsudden! Läkartidningen 1983; 80: 1656.
4. Boerman AJ. Karsuddenpatienterna. En social och rättspsykiatrisk studie av 106 jämställda lagöverträdare. Stockholm: Almquist & Wiksell International, 1989.
5. Nilsson A, Ahlberg J, Tuck RJ. 1970- och 1990-talets patienter jämförda. Fler våldsbrottslingar på dagens Karsudden. Läkartidningen 1996; 96: 267-70.

### Slutreplik:

## Ense om vården förr och nu

Agneta Nilsson och medarbetare kritiserar min reaktion på deras tidigare beskrivning av vården på Karsuddens sjukhus, nu och under den tid jag hade vårdansvaret för (en del av) sjukhuset under åren 1973-1989. Vi är dock ense på en punkt. »Det gamla Karsud-

### Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

den» var ett specialistsjukhus för vården av ca 100 ineliggande och ca 50 försöksutskrivna yngre, gravt personlighetsstörda och kriminellt belastade män som dessutom nästan alla hade missbrukat alkohol och/eller narkotika. Under 1990-talet har sjukhuset däremot blivit »anpassat för psykossjuka». Att detta fordrar två helt olika sätt att arbeta torde vara självklart.

Jag vill anta att Nilsson och medarbetare med fog är nöjda med sina aktuella aktiviteter, som jag varken kan eller vill bedöma.

Hur »det gamla sjukhuset» fungerade torde undandra sig deras bedömning. Jag har i alla fall glatt mig över de många bevis på uppskattning som kommit mig till del vid möten med f d patienter och medarbetare.

Albert J Boerman  
fd överläkare,  
Karsuddens sjukhus,  
Stockholm

## Ovetenskaplig kritik göder välfärdens dödgrävare

I sitt korståg mot sjukvårdens insatser i folkhälsoarbete och prevention har Göran Sjönell tagit itu med barnhälsovården. Först i Läkartidningen 19/96 »Är barnhälsovården verkligen effektiv?». Sedan i ett PR-elegant utspel i Dagens Nyheter 13/5 »Svensk barnavård ineffektiv». Där har frå-

gorna hastigt omvandlats till kristallklara påståenden.

Läkartidningsartikeln försvaret väl sin plats som en provokativ start för en professionell diskussion. Problemet uppstår när Sjönell med sina massmediakontakter omvandlar ifrågasättandet av medicinska ting till upphöjda sanningar.

På förstasidan i Sveriges största tidning blir det: »Vägning och mätning av friska barn flera gånger per månad, tandhälsainformation, föräldrautbildning och hörselkontroller är onödiga och borde tas bort, menar Sjönell». I flera inlägg i Läkartidningen har kolleger bemött Sjönell och visat att värdet av dessa insatser är betydande, men att en kritisk granskning kan göra BVC-verksamheten ännu bättre.

### Nuvarande vård döms ut

Sjönell som på vetenskapligt strikt grund dömer ut nuvarande vård (i DN anges reservationslöst att svensk barnhälsovård »skulle kunna halveras utan märkbar medicinsk effekt») skulle kanske tillämpa dessa vetenskapliga krav på sina egna utsagor. Enligt DNS förstasida säger Sjönell: »Det är för mycket nuttinutt på barnvårdscentralerna. Det som sker idag är en medikalisering av vardagsproblem, ett övertagande av ansvar som leder till hjälplöshet och till underminering av det självförtroende föräldrarna behöver.»

Sjönell har inte i Läkartidningen visat upp undersökningar som styrker hans påståenden. Åtminstone en enkelblind studie av mängden »nuttinutt» på svenska barnavårds-

centraler kan man väl begära av Presidenten i Allmänläkarnas Världsförbund WONCA och ordföranden i Svensk sjukhusförening.

Det allvarligaste med Sjönnells utspel är de effekter de kan få i den sjukvårdspolitiska situation i vilken Sverige befinner sig. Sjukvårdens del av BNP sjunker stadigt och allt större befolkningsgrupper blir utan den hjälp som modern medicin kan erbjuda. Sjönell gör sitt utspel samma veckor slakten på Stockholms sjukvård med 17 procent presenteras och borde debatteras. Men i Stockholm, liksom runt om i landet, söker politiker, som inte klarar att försvara sjukvårdssystemets del av samhällskakan, med ljus och lyfta efter alibi och dimridåer, bakom vilka de kan avveckla denna välfärdssektor utan folklig insyn och protest.

Det är då dramatik av Sjönnells typ behövs. Sjönell har tidigare i husläkardebatten välvilligt tillhandahållit odokumenterade påståenden om den ineffektiva offentliga sektorn i allmänhet och primärvården i synnerhet. 90-talets kraftiga nerskärningar av sjukvården har behövt sådana ideologiska pionjärer.

### Vill skrota hälften

Sjönell går nu vidare och hävdar offentligt att hälften av en verksamhet – denna gång barnhälsovården vars avnämning inte kan försvara sig – kan avvecklas utan medicinsk nackdel. Visserligen sker det med en brasklapp på slutet att kvarvarande resurser kan omorganiseras till utsatta barn. Men Sjönell redovisar inget program för hur detta ska ske. Inte heller någon försöksverksamhet som visar att hans skrotning av generell BVC-verksamhet till förmån för ett selektivt utbud till utsatta barn gör nytta. Tala om brister i dokumentationen!

Sjukvårdspolitikerna kommer att minnas Sjönnells första del, att verksamheten kan skäras ner med hälften. Risken är stor att de glömmer att hans påståenden om halverad verksamhet är rent tyckande. Det är ett stort ansvar Sjönell tar på sig. Visserligen är jag som medlem i Svensk förening för allmänmedicin, SFAM, kollektivansluten till WONCA, där Sjönell blivit president. Men mig företräder han inte.

Bengt Järhult  
distriktsläkare,  
Hälsökällan,  
Kyrkhult/Olofström