

(8 486 dygnsdoser–17 274 dygnsdoser) [4].

Jag vore tacksam för synpunkter på dessa frågor från Pharmacia & Upjohn, från kolleger inom endokrinologi, allergologi samt Läkemedelsverket.

*Olov Rolandsson*  
ST-läkare i allmänmedicin,  
Robertsfors vårdcentral

### Referenser

1. Hedner P. Suppression of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis after a single intramuscular injection of methylprednisolone acetate. *Ann Allergy* 1981; 47: 176-9.
2. Ganderton M A. Clinical and endocrine side-effects of methylprednisolone acetate as used in hay-fever. *BMJ* 1970; 1: 267-9.
3. Ganderton M A. Steroid therapy in hayfever. *Lancet* 1972; 1: 847-8.
4. Apoteksbolaget; Statistik för öppenvården i Västerbottens län, 1993–1995.

### Replik 1:

## Fasstext avspeglar väl tillgänglig dokumentation

Inledningsvis kan konstateras att i Fass-texterna för Kenacort står informationen om effekter av längre tids systemisk användning utspridd på de olika behandlingsformerna, medan den för Depo-Medrol är samlad i en text, direkt efter varandra. I Kenacort-texten för injektionsvätskan, den som används på motsvarande sätt som Depo-Medrol, anges systempåverkan som mindre vanlig biverkan, men med tillägget att detta inte kan uteslutas vid långvarig behandling. Vad gäller Depo-Medrol anges specifikt att en sänkning av endogent kortison kan påvisas vid behandling av säsongallergi, men att den kliniska effekten av denna sänkning är liten. Vilket sätt att disponera texterna som är tydligast kan naturligtvis diskuteras, men lär knappast ge en radikalt annorlunda bedömning av de två preparaten.

### Påverkar

Det är ett väl känt faktum att all systemisk tillförsel av korti-

son kan påverka kroppens egen produktion i mer eller mindre hög grad. Avgörande är dock den kiniska effekten av denna påverkan. I bl a den citerade artikeln av Pavo Hedner i Lund konstateras just detta – dvs att en mätbar påverkan på endogent kortisonproduktion uppträder, men att denna påverkan är av liten klinisk signifikans. Fass-texten avspeglar således väl den tillgängliga dokumentationen.

Detta bekräftas också till viss del av att inga fall av kliniskt betydelsefull binjurebarkssuppression till följd av Depo-Medrolbehandling av allergisk rinit har rapporterats sedan denna indikation godkändes i Sverige.

Vi anser därför sammanfattningsvis att de upplysningar som ges i Fass är i enlighet med tillgänglig dokumentation och ger ett gott underlag för förskrivande läkares bedömning. En ökande förskrivning skulle ju kunna tänkas avspegla att många läkare utifrån egen praktisk erfarenhet har funnit att Depo-Medrol är ett effektivt och säkert alternativ för många patienter med allergisk rinit.

*Carola Lemne*  
medicinsk chef,  
Pharmacia & Upjohn  
Sverige AB

### Replik 2:

## Harmoniserade texter kommer i nästa års Fass

Olov Rolandsson sätter fingret på en detalj i ett större problemkomplex, nämligen att Fass-texterna för äldre preparat inte alltid är helt uppdaterade. Dessutom kan skillnader mellan olika preparat inom samma grupp föreligga, eftersom preparaten registrerats vid olika tidpunkter och kanske på delvis olika indikationer.

Målsättningen är självfallet att felaktig eller tvetydig information skall utrangeras ur produktinformationen för respektive preparat, och som regel är producenterna och Läkemedelsverket uppmärksamma på ny kunskap när det gäller exempelvis biverkningar. En

kontinuerlig uppdatering av texterna sker således, men inom varje preparatgrupp kan dessa faktatillskott leda till ytterligare diskrepanser mellan de enskilda preparaten.

### Tidsbegränsade godkännanden

I samband med Sveriges anpassning till EUs regelverk gäller numer tidsbegränsade godkännanden för samtliga registrerade läkemedel. Vart femte år granskas varje enskilt preparat och man bedömer därvid den medicinska ändamålsenligheten mot bakgrund av bland annat aktuella säkerhetsdata. Läkemedelsverket skall i samband därmed godkänna varje preparats produktresumé, vars innehåll ligger till grund för (den av läkemedelsindustrin utformade) Fass-texten.

För närvarande pågår granskningen av steroidpreparaten, som i de flesta fall funnits på marknaden under många år (det av Rolandsson aktualiserade exemplet Depo-Medrol registrerades 1963). Inte minst biverkningstexterna har skilt sig åt mellan olika glukokortikoider trots likartad effekt och likartad biverkningsmönster. En av de viktiga uppgifterna i den nu aktuella granskningen blir därför att så långt det är medicinskt motiverat åstadkomma en harmonisering av biverkningstexterna för steroidpreparat med likartad verkan. Således behandlas för närvarande bland annat produktresuméerna för de av Rolandsson nämnda preparaten. Förhoppningsvis kommer mer fullständiga, uppdaterade och harmoniserade texter att tryckas redan i 1997 års upplaga av Fass.

*Inge Eriksson*  
leg läkare,

*Thomas Bradley*  
leg läkare,  
Läkemedelsverket, Uppsala

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/»mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!

## Kortare gipstid väl försvarbar vid distal radiusfraktur

I Läkartidningen 19/96 kommenteras ett ansvarsärende som refererats i Läkartidningen 48/95, där en läkare fått en erinran för att han avgipsat en kvinna med distal radiusfraktur efter tre veckors gipstid. Efter reposition hade frakturen fixerats med gipsskena. Senare konstaterades att frakturen läkt med en betydande deformitet.

Föredragande i ortopedi i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, bedömer att vederbörande ortoped inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i det att gipsskenan togs bort redan efter tre veckor.

### Av tradition

Vi instämmer helt i att 4–5 veckors gipstid är en etablerad praxis vid gipsbehandling av dislokerade distala radiusfrakturer. Såvitt vi känner till är den dock snarare grundad på tradition än på en vetenskaplig dokumentation.

I en prospektiv kontrollerad studie har man jämfört tre och fem veckors gipstid vid dislokerade distala radiusfrakturer [1]. Vid efterundersökningarna fann man att det radiologiska resultatet, dvs läget i de läkta frakturerna, var likvärdigt. Patienterna med tre veckors gipstid hade mindre smärta och bättre greppstyrka vid uppföljningen, medan det inte förelåg någon skillnad i rörlighet.

I en annan prospektiv randomiserad studie behandlades patienter med reponerade distala radiusfrakturer antingen med konventionell gips i fem veckor eller motsvarande tid med en gips som endast begränsade dorsalextensionen i handleden, men i övrigt lämnade rörligheten i handleden fri [2]. Även här fann man vid uppföljning att graden av kvarstående deformitet var oberoende av fixationstypen.

Det är väl dokumenterat att dislokationen i en distal radiusfraktur tilltar under en tämligen lång tid så att en försämring av läget ofta sker mellan fem och nio veckor, och att en mätbar försämring sker även mellan nio och tretton veckor [2]. En röntgenkontroll efter tre veckor skulle därför knappast vara av värde inför ställningstagande till tidig avgipsning.

Vi anser således att nuvarande praxis för fixationstid av distala radiusfrakturer bygger på ett osäkert vetenskapligt underlag och att de jämförande studier som finns av detta talar för att en tidig avgipsning kan vara värdefull.

Mot bakgrund av detta anser vi att avgipsning av en distal radiusfraktur efter tre veckor är väl förenlig med den vetenskap som finns på detta område.

*Bengt Sandén*  
leg läkare,

*Björn Ragnarsson*  
leg läkare, ortopedkliniken,  
Akademiska sjukhuset,  
Uppsala

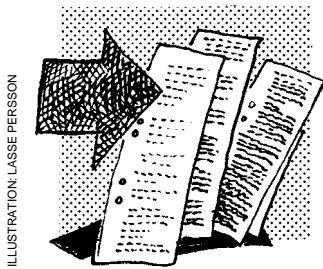


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

»Jag är medveten om att en domstol har att döma efter lagarna, men måste den inte ta hänsyn till verkligheten också?»

### Referenser

1. Mc Auliffe TB, Hilliar KM, Coates CJ, Grange WJ. Early mobilisation of Colles' fractures. A prospective trial. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-B: 727-9.
2. Dias JJ, Wray CC, Jones JM, Gregg PJ. The value of early mobilisation in the treatment of Colles' fractures. *J Bone Joint Surg* 1987; 69-B: 463-7.

## Sköterska anmäld för mänskligt och professionellt beteende

Med förvåning har jag tagit del av en rapport i Vårdfacket nr 3 1996 om ett anmälnings- ärende riktat mot en sjuksköterska vilken enligt Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, givit läkemedel utan läkarordination till en 76-årig patient på avdelning för terminal vård.

Patienten hade enligt uppgift kronisk hjärtinsufficiens, angina pectoris och ett bukaortaaneurysm, som orsakade buksmärter. För dessa smärter fanns en ordination om injektioner med morfin 5–10 mg vid behov.

En natt, vid 4-tiden, fann personalen honom liggande på golvet med sår i pannan och smärter i vänster armbåge. Ansvarig sjuksköterska behandlade såret med tejp, gav 8 mg morfin mot smärtorna och lade tillbaka patienten i sängen. Tre timmar senare rapporterades det inträffade till distriktsläkaren, som föranstaltade om en

röntgenundersökning av armen. Man fann en suprakondylär fraktur som gipsades.

Ett par dagar senare försämrades patienten och blev okontaktable. Efter ytterligare ett dygn hittades patienten död i sängen.

Obduktionen visade utbredda infarkter, massivt lungödem och leverstas samt nefroskleros. Enligt HSAN föreskriver SOSFS 1989:1 att ordination av läkemedel endast får göras av läkare. Så hade inte skett kl 4 den natten, alltså tilldelades sjuksköterskan en varning.

Jag är medveten om att en domstol har att döma efter lagarna, men måste den inte ta hänsyn till verkligheten också?

### Väljer att hjälpa patienten

Här ligger en dödssjuk patient på golvet, skadad i armen, ledsen och upprörd, har sannolikt ont i både bröst och buk av ansträngningen. Sköterskan inser genast att vad patienten omedelbart behöver är smärtlindring. Hon har ordination på morfin men formellt inte för fraktursmärta. Det var ingen som räknade med att detta skulle inträffa. Hon väljer att hjälpa patienter och ger 8 mg morfin. Detta är ett mänskligt och professionellt helt rimligt beteende. Jag anser det vara riktigt handlat.

Patienten vårdas i terminalt stadium. Vad vården kan bjuda är 1. omvårdnad, 2. nödvändig smärtlindring (oavsett orsaken till smärtan). Det kan inte ha varit avsikten att bara behandla buksmärter utan även buksmärter. Denna patient hade bröstsmärter, lungödem och ångest, vilket allt motiverade morfin i lämpliga doser. Att man särskilt angav att buksmärterna skulle behandlas bör

tolkas så att man här även skulle behandla buksmärterna med morfin, vilket man normalt inte gärna gör.

Vad ger detta för signal till våra nattsköterskor, som vi vet är tänkande och ansvarskännande? Tänk inte själv – ring doktorn i alla lägen.

Händelsen ger också anledning till annan reflexion. Smärtlindringen var enligt HSAN inte skött på formellt riktigt sätt. Däremot har Socialstyrelsen och HSAN inga synpunkter på omvårdnaden.

Här hittas patienten på golvet med sår i pannan och armbrott för att några dagar senare hittas död i sängen. Sådan kvalitet på omvårdnaden kan tydligen utan vidare accepteras, men man anser sig ha motiv att varna den sköterska som givit patienten adekvat smärtlindring. Om dessa signaler får kvarstå riskerar vi att ytterligare försämrade möjligheterna för svårt sjuka att få adekvat smärtlindring. Nattsköterskor kommer även i fortsättningen att ha svårt att ringa jourhavande distriktsläkare kl 4 på natten. Huvudmannen finner knappast anledning att satsa resurser för att patienter i terminalskedet skall slipa vara helt ensamma och utlämnade.

Jag måste tolka HSANs beslut i detta ärende som ett uttryck för att man bara har tagit hänsyn till formalia och inte till den verklighet i vilken personalen i vården arbetar. Beslutet bör omprövas och varningen hävas. Dessutom bör omvårdnadsrutinerna ses över.

*Dan Holmlund*  
överläkare, Skövde

## Mammografi-screening 50–69 år: Nu endast två kontroverser!

Lars-Gunnar Larsson och Lennarth Nyström har gjort en fin genomgång i Läkartidningen 14/96 av den segslitna mammografidebatten: »Slå vakt om allmän mammografiscreening. Värdet odiskutabelt för åldersgruppen 50–59 år». Som en nyhet redovisas att den reduceras

de bröstcancermortaliteten i studiegruppen verkligen kan översättas till en livsförlängning för patienterna. Dessutom lyckas de ta en stor del av luften ur den något polemiska diskussionen kring relativa versus absoluta tal som mått på denna vinst.

I samma nummer beskriver Ingvar Andersson utvecklingen av mammografitekniken [1] och jag tror alla kan instämma i att för kvinnor över 50 år är dagens mammografiscreening alldeles utmärkt ur teknisk synvinkel.

### Två belastande aspekter

Beräffande åldersgruppen 50–69 år återstår egentligen bara två belastande aspekter:

1. Avslöjandet av subkliniska processer som är så långsamt växande att de inte skulle bli kliniskt manifesta.

Detta etiska dilemma skulle minska betydligt om vi kunde enas om att avstå från axillutrymning och strålbehandling hos kvinnor med små latent tumörer. Problemet storleksordning bör även beräknas enligt den modell som jag skissat i min kommentar till László Tabár [2].

2. Om psykologiska faktorer har prognostisk betydelse vid bröstcancer är de svenska screeningstudierna feldesignade.

För det kan ju inte förnekas att det entusiastiska diagnos- och behandlingsteamet gav studiegruppen en positiv respons som saknas i kontrollgruppen. Med tanke på att det faktiskt finns dokumentation att psykologiskt stöd kan förlänga livet betydligt för patienter med bröstcancer [3, 4] kan man ifrågasätta om den påvisade vinsten i studierna verkligen beror på den tidigare diagnosen.

I Kanada-studien är denna »placeoeffekt» i stort sett neutraliserad därför att även kontrollgruppen blev »kallad» och undersökt kliniskt, vilket måhända kan förklara att mammografivinsten inte kan reproduceras i Kanada.

Och kan det goda resultatet i den gamla HIP-studien (Health insurance plan of greater New York) verkligen tillskrivas mammografien som ju var av usel kvalitet?

»Biomekaniken» belastas ytterligare av en finsk studie som visade att självundersökning i kombination med självhänvisning till mammografi reducerade mortaliteten i bröstcancer signifikant trots att det