

Etnologer borde beskriva gårdagens mentalsjukhus

Sten Levander skriver i Läkartidningen 35/96 om resurserna för mentalsjukhusen för 60 år sedan och fortsätter: »Gårdagens mentalsjukhuspatienter hade det inte materiellt sämre än den samtida befolkningen.»

Vilken historieförfälskning! Jag arbetade i början av 1940-talet som vårdare och kan intyga att fattigdomen på mentalsjukhusen bara kunde jämföras med den på andra anstalter i vårt land: Inte ens egna kläder eller de enklaste ägodelar att förvara. Och så var det långt in på 1960- och 1970-talen.

Anstaltsvärlden i vårt land borde beskrivas av etnologer innan alla som var med försvinner.

Karl Grunewald
professor, f d medicinalråd,
Saltsjö-Duvnäs

Compartment- syndrom av benstöd – en kommentar

Lars Räf har i artikeln Nervskador vid rektala operationer i Läkartidningen 17/96 refererat ett fall av compartmentsyndrom efter operation i benstöd under 8 timmar. Det anges att patienten fått ersättning med motivering att »... om benen hade tagits ned ur benstöden en eller flera gånger under den långa operationen så borde skadan inte ha uppstått».

Vi vill givetvis ej opponera mot att patienten erhållit ersättning men vill ändå påpeka att vi i den relativt sparsamma litteraturen på detta område inte har funnit något stöd för en sådan åsikt, varken kliniskt eller experimentellt. Det kanske är rätt, men kanske i stället till och med kan skada t ex genom att operationstiden totalt förlängs?

Svårt ge någon regel

Kontroll av uppläggningsen är alltid viktig och ett förbiseende kan ge skador. Ett flertal faktorer bidrar till utveckling-

en av compartmentsyndrom. Hur högt högläget i benstöd är, är en. Tiden för högläget är en annan. Tryck mot vaden en tredje. Man kan inte med nuvarande kunskaper ge någon regel för hur en åtgärd enligt ovan skulle schematiseras, t ex att efter tre timmar skall benen läggas ned under en halvtimme etc.

Att tiden för högläget bör nedbringas till ett minimum är dock klart. Vi instämmer helt med Björn Öjerskog (Så undviks nervskador vid rektala operationer, Läkartidningen 30–31/96) i att benen bör ligga uppe så kort tid som möjligt och har också arbetat enligt denna regel i flera år.

Öjerskogs kommentar att 100 patienter opererats på detta sätt utan skada måste emellertid ses i belysningen av att compartment efter operation i benstöd är mycket sällsynt och, som sagt, bl a beroende på operationstiden. De flesta operationer tar dock inte ens 4 timmar.

Vi håller sedan en tid på med en genomgång av bl a dessa typer av skador under operation och hoppas få möjlighet att återkomma i denna fråga vid en senare tidpunkt.

Bo Holmström
docent,

Ulla Lindqvist
leg sjuksköterska, operationssköterska, kirurgiska kliniken, kolorektala sektionen, Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus

Replik:

Många regler saknar vetenskaplig underbyggnad

Många av våra regler har ingen vetenskaplig underbyggnad, utan grundar sig på mer eller mindre väl underbyggda teorier. Eftersom man vet att compartment-syndrom kan uppträda hos patienter med benen i långvarigt högläge under narkos, är det en rimlig åtgärd att försöka förkorta högläget så mycket som möjligt. Att vid en traditionell uppläggning i benstöd ta ner benen under opera-

KORRESPONDENS

tion en eller flera gånger är emellertid stökigt och förlänger operationen. Öjerskogs förslag till uppläggning, där större delen av operationen sker i planläge, bör medföra mindre risker och dessutom förenkla arbetet. Men den »vetenskapliga» dokumentationen som visar värdet av denna eller andra föreslagna metoder lär vi få vänta på.

Lars Räf
professor, konsult vid
Landstingens ömsesidiga
försäkringsbolag

Peroperativ kolangiografi – hjälpmedel men ingen garanti

Den peroperativa kolangiografin är på tapeten ännu en gång. I Läkartidningen 22/96 beskriver Magnus Larsson och Lars Räf tre fall från Patientförsäkringen. Artikelns slutsats är att den peroperativa kolangiografin är ett bra vapen mot koledokus-skador.

Enligt vår bedömning skulle slutsatsen lika väl kunna formuleras så här: Mot dåligt omdöme och negligerad kunskap hjälper inga röntgenundersökningar i världen!

I Larsson och Räfs fall 1 noterade operatören att gallblåse-regionen hade en märklig anatomi men gjorde ändå ingen röntgenologisk kartläggning.

I fall 2 visade peroperativ kolangiografi inte någon fyllnad av de intrahepatiska gallgångarna – ändå klippte operatören av koledokus utan vidare diagnostik.

Fall 3 hade en klar anamnes på ikterus och stasvärden; ändå utförde ansvarig operatör varken pre- eller peroperativ kolangiografi.

Leder inte till fler skador

Det finns flera stora materi-algenomgångar som visat att preoperativ röntgenologisk kartläggning av gallgångarna jämte selektiv peroperativ kolangiografi inte leder till högre frekvens av koledokus-skador än vad som rapporterats från centra där peroperativ kolangiografi är obligatorisk [1].

Vid Ersta sjukhus har idag utförts mer än 1 300 laparoskopiska kolecystektomier där standardmetoden varit preoperativ kolegrafi jämte peroperativ bedömning av anatomin av två oberoende specialister före delning av ductus cysticus; kolangiografi har utförts enbart på specifika indikationer. Under dessa förutsättningar har endast tre koledokus-skador uppkommit (0,2 procent); ett litet inklipp i koledokus som upptäcktes och reparerades under operation samt två diatermiskador av ductus hepaticus, bägge observerades först postoperativt. Peroperativ kolangiografi hade näppeligen kunnat förhindra förloppet för någon av de sistränmda patienterna, eftersom läckage uppkom först efter det brännskadan eroderat koledokus-väggen efter något dygn.

I Sverige finns en mycket stark opinion för obligatorisk peroperativ kolangiografi både vid öppen och laparoskopisk kolecystektomi [2, 3]. Denna politik kan dock ifrågasättas idag. En engelsk studie visar att den radiologiska utredningen i samband med laparoskopisk kolecystektomi med stor tillförlitlighet kan utgöras av preoperativt ultraljud följt av selektiv peroperativ kolangiografi [4] och i en aktuell ledare i The British Journal of Surgery är detta förhållningssätt helt accepterat [5].

Peroperativ kolangiografi är således en mycket viktig metod för kartläggning av de djupa gallvägarna vid kolecystektomi, och dess fördelar i olika situationer under operationen är uppenbara. Men detta innebär inte att metoden kan användas som en allmän besvärjelse mot operatörens felsteg!

Välutbildade med gott omdöme

Förutsättningen för en acceptabelt låg risk för gallgångsskador vid såväl öppen som laparoskopisk kolecystektomi är att operationen utförs av välutbildade kirurger med gott omdöme och dokumenterade kunskaper i de anatomiska variationerna i gallblåse-regionen. Den ansvarige operatören måste också ha mognaden att fråga kolleger till råds före del-

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 1–2/94. De kan även beställas från sekretariatet.

ning av oklara anatomiska strukturer och att prestigelöst konvertera laparoskopiska ingrepp till öppna; därjämte skall kolangiografi användas som ett viktigt hjälpmedel i oklara situationer.

Per Berggren
specialistläkare,
Nils Gabrielsson
docent, överläkare,
röntgenkliniken,
Ivan Farago
överläkare,
Johannes Järhult
docent, klinikchef,
mag-tarmcentrum,
Ersta sjukhus

Referenser

1. Macintyre IMC, Wilson RG. Laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1993; 80: 552-9.
2. Sandblom P. Peroperative cholangiography, lege artis, as performed in the Scandinavian countries. Surg Rounds July 1982: 15-24.
3. Kullman E, Borch K, Lindström E, Svanvik J, Anderberg B. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1996; 83: 171-5.
4. Galloway SW, Blazeby JM, Tulloh BR, Poskitt KR. Selective cholangiography with laparoscopic cholecystectomy: Review of a protocol Eur J Surg 1996; 162: 373-8.
5. Thompson, MH. Cholangiography and laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1996; 83: 724-5.

Replik:

Peroperativ röntgen viktig vid oklar genes

Hälften av inlägget gäller preoperativ kartläggning av gallvägarna, något som vi inte haft några synpunkter på i vår artikel. Vad vi i stället velat belysa är vikten av att man gör en peroperativ röntgen när operationsfyndet är oklart eller när sjukhistorien ger misstanke om koledokuskonkrement.

Om detta verkar vi vara överens. Självfallet måste då den peroperativa röntgen göras korrekt, så att den visualiserar även den övre delen av gallträdet.

Detta måste vara känt för alla kirurger, men det egendomliga är att misstag av den typen, som gjordes i fall 2,

KORRESPONDENS

Max 400 ord

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

Eftersom korrespondensspalterna är ett sätt 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.

ständigt återkommer bland skadeanmälningar.

Vi kan förstå Erstakirurgernas alternativa slutsats av vår artikel, den angående dåligt omdöme och negligerad kunskap hos operatörerna, men mot detta står att dessa tre kirurger i varje fall var erfarna och välutbildade. Så dessa misstag görs i sjukvården, men riskerna minskar om man är generös med att kartlägga gallvägarna röntgenologiskt under operationen.

Magnus Larsson
överläkare, kirurgiska kliniken, Danderyds sjukhus
Lars Räf
professor, konsult vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

Yrkesförbud är det inte tal om!

Med anledning av Läkartidningens ledare i 36/96 »Bedräglig argumentation. 65-årsgränsen är i realiteten ett yrkesförbud» vill jag göra följande genmäle:

Privatläkarna i Malmö gör ett gott vårdbete. De är ett utmärkt komplement till den offentliga sjukvården. Men i Malmö går det 200 patienter på en läkare. Var i landet är behovet av läkare lika tillgodosett?

Det går följaktligen inte att jämföra förhållandena i Malmö med hur det ser ut i landet i stort. Malmö har en överetablering av läkare.

Därför utarmar inte social-

demokrater och moderater vården i Malmö när de beslutat sig för att vara restriktiva med att bevilja förlängda vårdavtal till de läkare som uppnått pensionsålder.

Landets sjukvårdshuvudmän bestämmer ju numera själva, genom ett riksdagsbeslut, om de ska teckna vårdavtal med läkare som fyllt 65 år. Läkarna kvarstår inte längre automatiskt inom systemet för läkarvårdsersättning.

För Malmös del har beslutet i riksdagen fått till följd att tre privatpraktiserande läkare fått sina avtal förlängda, inte fler. Något som upprör Läkartidningens ledarredaktion, där man felaktigt beskriver förhållandena i Malmö som att vi skulle ha infört ett yrkesförbud. Detta är naturligtvis struntprat! Sverige har inga yrkesförbud. Låt oss slippa sådana överdrifter i debatten.

Utmärkt komplement

Detsamma gäller insinuationer som att jag som politiker skulle anse att privat vård är ett intrång i »den riktiga vården». Som jag påpekat, privatläkarna är ett utmärkt komplement till den offentliga vården och i Malmö – jag kan bara tala för hur det ser ut där – samverkar på ett utmärkt sätt.

Jag är också övertygad om att det även i framtiden kommer att finnas ett behov av privata alternativ. Men detta utesluter inte att vi i en ekonomiskt mycket svår situation måste ställa samma krav på alla att kostnaderna ska minska, oavsett i vilken form vården bedrivs, i offentlig eller privat regi. Vi ser nämligen sjukvården i Malmö som en helhet, vilken den lokala läkareföreningen kan intyga.

I sin ledare säger Läkartidningen sig värna mest om patienterna, och det är bra. Det gör även jag. Liksom Hälso- och sjukvårdsnämndens utskott för extern vård, där besluten tas om vilka läkare som ska få förlängda vårdavtal och vilka som inte ska få det. För såväl utskottet som för mig är det behovet som är det avgörande. Läkartidningen ironiserar över att utskottet »till och med tagit sig tid att rådgöra med delar av den offentliga hälso- och sjukvården».

Jag kan försäkra Läkartidningens ledarredaktion att den prövning som föregår besluten,

är seriös och mycket noggrann. Och där utskottet tar sakkunnig hjälp av de experter inom läkarkåren som finns inom Universitetssjukhuset MAS.

Slutligen, den valfrihet som Läkartidningen oroar sig för ska försvinna för patienterna kommer att finnas kvar även i framtiden. Med den överetablering av läkare som finns i Malmö är det i stället så att flera privatläkare idag har svårt att få ekonomi i sin verksamhet. Vi kommer också i framtiden att behöva en föryngring av Malmös läkarkår.

Per-Olof Olofsson
sjukvårdskommunalråd (s),
Malmö

Kommentar

Vad är ett yrkesförbud? Här handlar det om att läkare som fyllt 65 i realiteten mister möjligheten att försörja sig på sin mottagning. De kan inte ens sälja den. Vilken annan företagare behöver finna sig i tvångspensionering?

Det är trots allt glädjande att landstingsrådet Olofsson nu säger att han ser positivt på privatläkarnas insatser. Av den andan återfanns inget i hans Arbetet-artiklar, där han raljerade om att »dryga ut pensionen» för dessa.

Red

Sant positiva livskvalitet bortglömd vid PSA-screening

Jag har med tillfredsställelse konstaterat att Varenhorst och medarbetare handlat i enlighet med vad etisk kommitté föreskrivit när det gäller screeningprojektet för att spåra prostatacancer. Det fanns två anledningar till att jag frågade (Läkartidningen 39/96).

För det första kan man undra om en strategi med två screeningomgångar omfattande endast rektalpallpation och en tredje med tillägg av PSA ger resultat som på något sätt är möjliga att generalisera till en framtida tänkt screeningverksamhet. Realismen i upplägget är helt knuten till det tidsavsnitt när undersökningarna ägde rum, dvs den tid då kunskapen om PSAs effektivitet successivt växte fram.