

som en »mätbarhetskult», historiskt liknande 1700-talets merkantilism. Christer Sjödin [6] tycks mena att inriktningen har sina rötter i ekonomiska/juridiska/administrativa tanketraditioner, som försvårar det traditionella mötet mellan läkare och patient genom att favorisera de krav byråkrati och lönsamhet ställer.

### Växande apati

Oavsett vad som är, kan eller bör vara läkaryrkets centrala väsen är yrkets sjukvårdskris mycket allvarlig. En tredjedel av läkarna i landet vantrivs – var tionde vill lämna vården – och Arnetz [4] menar att det är bråttom att göra något, därför att hans undersökning visat att en del läkare ej längre försöker förändra vården, »man bara flyter med, det börjar gå mot det apatiska tillståndet».

En sådan apati är förenlig med det sparsamma gehör Christer Enkvist fick när han för något år sedan pläderade för att läkarna måtte häva upp sina stämmor och ge uttryck för den värderingskonflikt många av dem upplever mellan sin praktik och sjukvårdsadministrativa slagord [9]. Det förefaller alltså vara synnerligen hög tid att med kraft diskutera läkararbetets centrala, existentiella frågor.

Först därefter kan utformningen av en vårdorganisation diskuteras, och förhoppningsvis förverkligas så att den ger möjlighet för läkare att känna respekt och självrespekt, yrkesstolthet och glädje i ett tillstånd med återfunnen frihet och kreativitet – antingen nu den ena eller den andra inriktningen vad gäller läkaryrkets väsen visar sig vara den mest omfattade, bara vi vet vilken!

### Referenser

1. Calltorp J. Hur skall vi hantera sjukvårdskrisen? Läkartidningen 1997; 94: 4875-7.
2. Ahlgren T. Eva Nilsson Bågenholm, ny ordförande i SYLF om läkaryrket: Kreativitet och frihet saknas. Läkartidningen 1998; 95: 2972-3.
3. Amer-Wählin I. Behöver Sveriges AT-läkare verkligen ett skyddsombud mot dålig arbetsmiljö? Respekt – bättre lösning! Läkartidningen 1998; 95: 3390-1.
4. Wilhelmsson B. Var tionde läkare vill lämna vården! Ny kartläggning visar att läkares arbetsmiljö försämrats drastiskt! Läkartidningen 1998; 95: 3274-5.
5. Stolt CM. Stolt vs Evans – klinikern möter hälsoekonomen. Vad får döendet kosta? Läkartidningen 1997; 94: 3121-4.
6. Sjödin C. Visst behövs en civil sjukvårdssektor. Läkartidningen 1997; 94: 702-7.
7. Annon. Läkartidningen 1998; 95: 3117.
8. Annon. Läkartidningen 1998; 95: 2878.
9. Enkvist C. Varför tiger läkarna? Läkartidningen 1997; 94: 4868-9.

## Äldre med osteoporosfraktur bör opereras utan fördröjning!

**Äldre patienter med osteoporosfraktur bör opereras snarast, om möjligt inom sex timmar. En fördröjning kan innebära ökad mortalitet och förlängd vårdtid. Tidsfaktorerna stora betydelse för utfallet av operationen gör det också olämpligt, såväl från medicinsk som etisk synpunkt, att uppskjuta operation av dessa patienter till efternatten eller till och med flera dygn, vilket händer på många sjukhus.**

I Läkartidningen nr 34/98 skriver Karin Norlén klokt att ålder i sig inte är någon kontraindikation mot operation. Hon betonar bl a den äldre patientens sårbarhet; de avtagande basala och biologiska funktionerna medför att motståndskraften mot påfrestningar minskar.

Frakturkirurgiska ingrepp på äldre patienter med osteoporosfraktur är som regel livräddande, en kunskap som lett till att man för många decennier sedan övergav den tidigare sträckbehandlingen till förmån för osteosyntes och tidig mobilisering.

Inom traumabehandling i allmänhet talar man om de första sex till åtta »gyl-lene timmarna» då aktiva åtgärder ger bäst resultat vad avser överlevnad och funktion. Detta gäller patienter i alla åldrar. De äldre patienterna utgör inget undantag. Fekete och medarbetare [1] fann att operation inom sex timmar gynnsamt påverkade såväl mortalitet som systemiska och lokala komplikationer.

Som Karin Norlén påpekat är denna patientgrupp känsligare för påfrestningar, t ex långvarig väntan på operation vid akut skada.

Fördröjning av det operativa ingreppet vid höftfraktur innebär ökad mortalitet [2-4] och förlängd vårdtid [2-6]. Ökad morbiditet [3, 6] medför ökat institutionsberoende i efterförloppet.

### Många opereras på natten

På senare tid har man också blivit mera medveten om att även akut skada-

”Inom traumabehandling i allmänhet talar man om de första sex till åtta »gyl-lene timmarna» då aktiva åtgärder ger bäst resultat vad avser överlevnad och funktion. Detta gäller patienter i alla åldrar. De äldre patienterna utgör inget undantag.”

### Författare

ULF LINDSJÖ

docent, överläkare,

BJÖRN RAGNARSSON

med dr, tf överläkare, Fraktursektionen, ortopedkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.

**ANNONS**

**ANNONS**

de patienter är i behov av regelbunden nattvila och något så när normal dygnsrytm. I »tigerns timme» är det inte bara läkarens/operatörens själsliga och kroppsliga funktioner som går på sparlåga, även patienten är illa rustad att möta den påfrestning som en nattlig operation innebär.

Idag opereras vid många sjukhus tyvärr alltför många äldre patienter med höftfraktur på efternatten, sedan de strukits från dagsprogrammet när dagverksamheten på central- operationsavdelningen avslutas vid 16.30-tiden.

Inom ortopedin är merparten av den akuta nattliga operationsverksamheten förskjutet dagarbete, som kunde ha utförts under föregående eftermiddag eller kväll om operationsresurser då funnits tillgängliga. Inte sällan får de äldre patienterna också vänta ett par, tre dygn på att bli opererade, vilket innebär avsevärt ökad risk för komplikationer och i det långa loppet sämre rehabiliteringsresultat och överlevnad.

Mot bakgrund av tidsfaktorns stora betydelse för utfallet av operativ behandling av äldre patienter med osteoporosfrakturer i lårbenet har vi tidigare föreslagit en omDispositionering av operationsresurserna så att akut frakturkirurgi kan bedrivas utan avbrott vardagar fram till klockan 21.00. Därmed skulle de flesta frakturpatienter, där inga medicinska kontraindikationer för akut ingrepp föreligger, kunna opereras utan onödig fördröjning. Återförande av nattarbete till föregående eftermiddag och tidig kväll skulle sannolikt också medföra lägre personalkostnader.

En minskning av väntetiden före operation förutsätter också ett snabbt och högprioriterat omhändertagande på akut- och röntgenavdelningarna. Initiativ till en sådan »gräddfil» för äldre patienter med höftfrakturer har förtjänstfullt tagits av personalen på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset.

Tyvärr har förslaget om förlängd operationsdag för akut frakturkirurgi ännu inte föranlett någon åtgärd. I stället minskas det dagliga operationsutrymmet för akut frakturkirurgi till förmån för politiskt prioriterad elektiv artroplastikkirurgi. Detta är också en mycket behjärtansvärd verksamhet, men den kan rimligen inte bedrivas så att den försvårar och försenar omhändertagandet av de äldre akut skadade patienterna. Den av Karin Norlén efterlysta etiska diskussionen vid ställningstagande till kirurgi på äldre patienter bör även

omfatta den dagliga prioriteringen av vårdresurserna.

## Vårdgaranti

Det är vare sig medicinskt eller etiskt försvarbart att av andra än medicinska skäl låta de äldre frakturpatienterna vänta på ett funktions- och ofta livräddande ingrepp. Det är måhända dags för en »vårdgaranti» för akut sjukvård, t ex innebärande att ingen allvarligt skadad patient ska behöva vänta mer än X timmar på adekvat behandling.

## Referenser

1. Fekete G, Kazar G, Manning J. The effect of primary nailing on the immediate fate of patients with femoral neck fractures (German). *Aktuelle Traumatol* 1988; 18(5): 192-5.
2. Bredahl C, Nyholm B, Hindsholm KB, Mortensen JS, Olesen AS. Mortality after hip fracture: results of operation within 12 h of admission. *Injury* 1992; 23(2): 83-6.
3. Rogers FB, Shackford SR, Keller MS. Early fixation reduces morbidity and mortality in elderly patients with hip fractures from low-impact falls. *J Trauma* 1995; 39(2): 261-5.
4. Zuckerman JD, Skovron ML, Koval KJ, Aharonoff G, Frankel VH. Postoperative complications and mortality associated with operative delay in older patients who have a fracture of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1995; 77(10): 1551-6.
5. Fox HJ, Pooler J, Prothero D, Bannister GC. Factors affecting outcome after proximal femoral fractures. *Injury* 1994; 25(5): 297-300.
6. Hoenig H, Rubenstein LV, Sloane R, Horner R, Kahn K. What is the role of timing in the surgical and rehabilitative care of community-dwelling older persons with acute hip fracture? *Arch Intern Med* 1997; 157(5): 513-20.

## TILLVÄXT



## FAKTORER

### Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprovning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11-50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....  
Namn

.....  
Adress

.....  
Postnummer/Postadress

.....  
Insändes till Läkartidningen,  
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet  
»Tillväxtfaktorer»

Telefax: 08-20 76 19