

»Läkaren har följt journallagens krav«

■ Länsrätten har dömt en läkare för att »ej undersökt en patient« i samband med frågeställning om övre luftvägsinfektion/sinuit. Vi har i Läkartidningen 48-49/2008 (sidan 3569) hävdade att handläggningen varit korrekt.

Socialstyrelsen påpekar i sitt utlåtande: »När den i målet aktuella händelsen inträffade hade han haft läkarlegitimation i knappt tre månader, vilket rimligen borde innebära att hans medicinska erfarenhet var begränsad. Han borde som stöd för sin diagnossättning – som således inte nödvändigtvis var felaktig – ha gjort en basal undersökning...«

Den prickade läkaren skrev i journalen: »Kont. Ors. Förkylningssymptom sedan i fredags. Staus AT Gott och

opåverkat. Förkyld. Bed/åtg. Informeras om att vi inte har någon uppenbar behandling mot förkylningar. Nässpray och allmän vila och omhändertagande. Åter vid behov. Diagnos J06-P ÖLI.«

Den basala undersökningen skulle omfatta »åtminstone undersökning av öron, näsa, munhåla, svalg och ytliga lymfkörtlar samt – för det fall patienten inte kunde lämna uppgift – temperatur.« Allmäntillståndet nämns överhuvud inte som ett moment i Socialstyrelsens utlåtande (!). Uppgifter om ytliga lymfkörtlar är irrelevanta här.

Socialstyrelsen tillfogar att det inte går att avgöra om en bedömning av en patients tillstånd är korrekt om det inte finns några undersök-

ningar eller undersökningsfynd redovisade.

Om den medicinska bedömningen varit korrekt går endast att avgöra om samma undersökning utförs en gång till av annan läkare, inte av journaluppgifterna. I detta fall finns just detta – en kontrollundersökning.

Man måste skilja mellan process- och resultatkontroll. Alla instanser – Socialstyrelsen, Ansvarsnämnden, länsrätten – har bedömt processen, dvs journalen, men inte resultatet. När man dessutom dömer för bristfällig journalföring när bedömningen och handläggningen varit korrekt blir man förfärad.

Vi bör inte glömma att det gäller en helt opåverkad patient som inte kräver behand-

ling, vilket dokumenterades dagen efter av annan kollega (läkare 2). Trots detta erhöll patienten penicillin, utan korrekt indikation.

I anmälan påpekar patienten att »tänk om alla patienter inte fick penicillin«. Sannolikt hade patienten inte anmält om läkare 2 avstått från att ordinera antibiotika.

Kan Socialstyrelsens yttrande tolkas så att en mer erfaren läkare kan tillåtas avgöra fall med mindre omfattande krav på journalföring? När blir man erfaren nog?

Om Socialstyrelsen nu anser att man allmänt behöver undersöka vissa – angivna – organområden enligt texten ovan, vid denna typ av frågeställning, måste de rekommendationer som utarbetas



des 2005 genom Läkemedelsverkets försorg revideras.

Krakau och Fabian analyserade sjukvårdens behov av journaluppgifter vid ett datorhaveri (LT 38/1999, sidorna 4032-4). De drog slutsatsen att vi i större utsträckning bör ifrågasätta vårt »dokumenterande« än vi gör i dag. I Svenska Dagbladet den 27 juli 2009 kunde man läsa att »S vill banta byråkratin för mer tid åt patienter«.

Vi citerar ur Socialstyrelsens SOSFS 2008:14:

»3 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.« Texten syftar på resultat, inte processmått, enligt vår bedömning.

»6 § 1. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar.« Vi tolkar texten så att man kan ha korta anteckningar. Dokumentationskravet bör rimligen vara betingat av initiala

fynd/bedömning. Om allmäntillstånd + anamnes initialt anger att patienten är frisk eller tillståndet inte kräver ytterligare undersökning/bedömning måste detta räcka utan att irrelevanta undersökningar företas för att »gardera«. Att detta förhållningssätt är regel t ex på en akutmottagning är självklart.

Vi anser att läkaren följt journalagens krav, beskrivit status efter relevant undersökning, gjort en korrekt medicinsk bedömning och givit behandling samt infört adekvat information i journalen. Allmäntillståndet måste accepteras som en ingångsparameter, som får styra den fortsatta handläggningen.

Jan Kumlien
docent, överläkare
jan.kumlien@karolinska.se

Lars Lundblad
docent, överläkare; båda
vid ÖNH-kliniken, Karolinska
universitetssjukhuset, Solna

Läkarförbundet har ett odelat stort engagemang i klimatfrågan

■ Med anledning av artikeln om Läkarförbundet och klimatfrågan i LT 39/2009 (sidorna 2432-4) vill vi göra ett förtydligande.

Av samma skäl som klimatfrågan är prioriterad för Sverige som ordförandeland i EU är den angelägen för Läkarförbundet. Läkarförbundet har aktivt deltagit i arbetet inom World Medical Association med att ta fram en policy om hälsa och klimatförändring. Läkarförbundets förslag att alla länders läkarförbund ska uppmåna sina regeringar att sluta ett effektivt internationellt klimatavtal som inkluderar bistånd för hälso- och sjukvård till utvecklings-

länder har fått stort genomslag.

Utfästelser om ökad hjälp från den rika världen för att förbättra hälsoläget i den fattiga skulle, förutom att vara en humanitär och moralisk handling, kunna bli en viktig pusselbit i överenskommer som utsläppsbegränsningar under klimatmötet i Köpenhamn den 7-18 december 2009.

Lars Nevander
lars.nevander@spray.se

Anna Rask Andersen
ledamöter i svenska delegationen vid klimatseminariet och i Läkarförbundets centralstyrelse
anna.rask-andersen@medsci.uu.se

Låg ambition om elevernas hälsa i skollagsförslaget

■ Svenska skolläkarföreningen har tillsammans med Riksföreningen för skolsköterskor formulerat ett gemensamt remissvar på Skollagsberedningens departementspromemoria »Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet« (Ds 2009: 25). Promemorian är ett ambitiöst dokument om ca 1 100 sidor där bl a barnets bästa och alla elevers rätt till likvärdig utbildning betonas liksom att skolan ska vara icke-konfessionell.

På hälsoområdet är dock ambitionsnivån oroväckande låg. Så här kortfattat beskrivs elevhälsan i skollagsförslaget.

»Det ska finnas elevhälsa för eleverna. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevhälsan ska stödja elevernas utveckling mot målen. För elevhälsans medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator.«

Visserligen är det positivt att elevhälsans samtliga yrkeskompetenser äntligen beskrivs i skollagen. Det är dock en allvarlig brist att barnperspektivet och barnets rätt att själv söka hjälp helt saknas i lagtexten om elevhälsa. I remissvaret lyfter vi också fram att barnperspektivet kräver att det i skollagen framgår att elevhälsan lokalt och nationellt ska vara likvärdig, kontinuerlig och tillgänglig för alla elever.

Vi anser inte att begreppet skolhälsovård kan försvinna ur skollagen. Till skillnad från övrig elevhälsa regleras skolhälsovården av hälso- och sjukvårdslagen och har därmed en strängare sekretess. Innehåll och tillsyn styrs av Socialstyrelsen. Skol-



Foto: Caulorbox

Arbetet för elevernas goda hälsa måste gå parallellt med de pedagogiska målen.

sköterskor och skolläkare är dock som tidigare varma anhängare av att skolhälsovården ingår som en del av den samlade elevhälsan.

Skollagsförslaget uttrycker inte någon ambition att skolan med elevhälsan ska ha elevernas hälsa som gemensamt mål i sig. Det är bara de pedagogiska målen som lyfts fram. I remissvaret föreslår vi att chefen för elevhälsa och skolhälsovård genom utbildning och erfarenhet bör ha kunskaper om folkhälsoarbete och att portalparagrafen för skolhälsovårdens mål i nuvarande skollag skrivs om till: »Elevhälsan ska genom hälsofrämjande och förebyggande arbete bevara och förbättra elevernas fysiska och psykiska hälsa samt motverka livsstilsrelaterade hälsoproblem.« Skolans och elevhälsans arbete för elevernas goda hälsa måste löpa parallellt med de pedagogiska målen.

Hela remissvaret finns att läsa på <www.slf.se/skollag>, och samtliga remissvar finns på <http://regeringen.se/sb/d/12023>.

Tilläggsas bör att ingen av våra föreningar fick förtroendet att vara remissinstans! Ett faktum vi beklagar och som tyvärr bekräftar vår slutsats att Sveriges högsta ansvariga inom utbildningsväsendet saknar ambitioner på folkhälsoområdet.

För Svenska skolläkarföreningen
Cecilia Renman
vetenskaplig sekreterare
cecilia.renman@socialresurs.goteborg.se

Medicinsk terminologi är inte bara knappologi

■ Magnus Carlsson (MC) är en duktig skribent med öppna ögon för att vända på saker och få en ny infallsvinkel, vilket han visar i sin artikel i LT 41/2009 (sidan 2627) om uttrycket »knä-häl«. Sådant är inte svårt i språkliga frågor men alltid lika intressant. Uttrycket »knä-häl« är ett utmärkt exempel på detta.

Under författarbetet med »Medicinsk terminologi« har jag ärvt uttrycket i min bok, men samtidigt svarar arvet emot vad jag själv och MC lärt under utbildningen och senare använt under det aktiva läkararbetet. Att så här, många år efter uttryckets uppkomst, söka en förklaring blir mest spekulationer, som är lika mycket värda som de nuvarande »klagomålen« på

uttrycket. Knappologi blir sådant.

Nu är det medicinska språket, liksom de flesta andra, ett levande språk med ständigt nya impulser. Logiken att betrakta knät eller hälen som viktigast och därmed det som ska stå först kan ha varierat med århundradena.

Provet »knä-häl« tillkom troligen under 1800-talet. Knät är målet för provet och har därför av många uppfattats som viktigast. Hälen blir då sekundär.

Många ber patienten träffa knät med hälen. Andra säger kanske: »Låt hälen träffa knät.« Vad är skillnaden?

Nu vill MC att hälen ska vara det primära och tycks då kanske mena att viktigast är att kunna lyfta hälen, under

det att andra anser att det viktigaste är att hälen ska kunna träffa just knät. Till den senare kategorin menar jag mig höra.

Vem ska då ha tolkningsföreträde i den situationen? I sådana lägen brukar författare till ordböcker luta sig mot specialisterna och låta dem avgöra hur termen/uttrycket bör vara. Där tveksamheter av språkligt slag kan finnas bör samråd ske med terminolog.

Det är rätt att i engelskspråkiga lexika skriver man »heel-knee«, men samtidigt ger man en lite annorlunda förklaring till testet. Den illustration som medföljde MC:s artikel och visar Dorlands förklaring, är tyvärr avklippt före förklaringens slut.

Där står nämligen att sedan väl hälen satts emot knät ska patienten med slutna ögon låta hälen på återvägen följa tibias framkant ner till ankeln. Så tror jag inte att gemene läkaren i Sverige utför testet i dag. Så beskriver heller inte MC testet. Vad säger specialisterna, vilket bör man göra? Skillnaden mellan engelsk och svensk terminologi kan vara tydlig och förklarar också varför vi bör ha medicinsk terminologi på svenska och inte alltid förlita oss på utländska auktoriteter.

Det medicinska språket ska ju ha klarheten som ledstjärna, och i vad mån denna ledstjärna solkas ned av knä-häl kontra häl-knä kan tydligen diskuteras, enligt MC. I detta fallet har jag också svårt



att se vari en eventuellt bristande klarhet skulle ligga. Skulle sådan bristande klarhet påvisas, bör kanske i kommande upplaga båda uttrycken tas med men med hänvisning till det som föredras. Där kommer, som sagt, specialisterna in. Har vi en sådan fråga här?

Språket är ju också det mest demokratiska vi har i vårt samhälle. Det är inte lagstadgat på den här nivån. Språket rättar sig efter vad flertalet tycker, säger och skriver. Vad som var rätt för 60 år sedan, kan vara fel i dag samt åter rätt om 60 år.

Bengt I Lindskog
professor, Lund, tidigare medlem
i Svenska Läkaresällskapet
språkkommitté, författare till
»Medicinsk terminologi«
b.li.29@spray.se

Fagterapi revisited

■ Det är ett tidens tecken att alternativ eller komplement till antibiotikabehandling av infektionssjukdomar diskuteras i samband med de ökande problemen med antibiotikaresistens. Därför var det intressant att läsa Gunnar O Kleins översiktsartikel om fagterapi i LT 40/2009 (sidorna 2530-3). Eftersom jag själv under en kort period studerade möjligheterna att använda fagterapi för femtio år sedan vill jag bidra med en tids- skildring av det kanske enda försöket med sådan behandling i Sverige.

Anledningen till försöket var problemet med kroniskt bärarskap av salmonellabakterier. En bärare av tyfoidbak-

terier kunde förorsaka många allvarliga utbrott under sin livstid. Det mest kända exemplet, och som vuxit till ett begrepp, är Typhoid Mary, en amerikansk kokerska i början av 1900-talet som vunnit herostratisk ryktbarhet genom sin karriär kantad av epidemier.

Under 1950-talet hade vi i Sverige flera mycket stora och uppmärksammade epidemier av Salmonella typhimurium med en icke obetydlig dödlighet. Hälsoskyddsmyndigheterna hade långtgående krav på isolering av smittbärare för att förhindra smittspridning. Det kunde få svåra sociala konsekvenser för individ och familj. Ett sådant exempel fanns på Roslagstulls sjukhus i Stockholm där en liten tvillingflicka blivit bärare av Salmonella typhimurium och separerades från sin syster och familj under obestämd tid, vilket var upprörande.

Den antibiotikabehandling som då fanns tillgänglig kunde inte befria patienterna från bärarskap. Det var vanligt att exstirpera gallblåsan där bakterierna hade en reservoar när det gällde vuxna bärare av tyfoid- och paratyfoidbakterier.

Eftersom jag på Statens bakteriologiska laboratorium då arbetade med bakterievirus, särskilt för fagtypning av bakterier för att spåra smittkällor, låg det nära till hands att pröva om bakteriofager kunde ha effekt på bärarskap.

I samarbete med överläkaren Jonas Lindahl på Roslagstulls sjukhus studerades utlösning av peroralt tillförda fager i tarmen, bl a via T-drän efter galloperation av bärare på Serafimerlasarettets kirurgavdelning. Fagerna återfanns mycket riktigt i gallan i hög koncentration. Däremot lyckades det inte att elimine-



Omslaget till LT 40/2009.

ra bärarskap, inte heller hos den nämnda tvillingflickan.

Fagterapi är ett komplext problem, bl a på grund av fenomenet lysogeni då nukleinsyra från ett virus inte leder till produktion av nya viruspartiklar som resulterar i cellens upplösning (lys) och död utan förblir vilande i cellen som provirus. När cellen delar sig delar sig också provirus till varje dottercell. En bakterie som förvärvat ett provirus blir immunt mot yttre angrepp av detta virus. Det finns inga laboratorieodlade fager som uteslutande ger lys av bakterierna. De ger, i olika omfattning, upphov till immuna bakterier med provirus.

Det är inte heller troligt att fagerna kan penetrera intracellulärt i epitelceller där Salmonella-bakterierna växer. Därför övergav jag försöket med fagterapi. Strax därefter kom kinoloner, kemoterapeutika som verkar just intracellulärt och som visade sig vara effektiva mot bärarskap av salmonella. Dessutom lättades de drakoniska föreskrifterna för att isolera salmonellabärare.

Kan dagens ökade kunskap och nya teknik erbjuda mer sofistikerade strategier än för femtio år sedan? Det krävs för att fagterapi ska lyckas.

Lars Olof Kallings
professor emeritus, Stockholm;
Funding President (1988-1990)
of International AIDS Society
l.kallings@telia.com

Sjukvård och moral

■ På väg, för vilken gång i ordningen, till mottagningen för gömda flyktingar, hör jag ännu en minister tala i radion. Denna gång är det statsminister Fredrik Reinfeldt som lugnt och sakligt förklarar att den som uppehåller sig illegalt i vårt land självklart inte ska ha rätt till sjukvård och annan »skattefinansierad välfärd«.

Den nuvarande regeringen är den möjligen mest moraliska någonsin. Under ledning av bistandsminister Gunilla Carlsson har det svenska biståndet successivt förändrats från fattigdomsbekämpning till att gälla demokrati och mänskliga rättigheter. Satsning på skolor och kvinnohälsa ersätts efter hand med »fredsframtingande« demokratiprojekt under Natoflagg. De fattiga som inte kapitulerar, rycker upp sig ur sin kulturella efterblivenhet och slänger sina otidsenliga kläder kan i fortsättningen hälsa hem vad gäller svenskt stöd till sin utveckling.

I FN:s deklaration om mänskliga rättigheter sägs dock att »Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster ...« (artikel 25), och att »Var och en är berättigad till alla de rättigheter och friheter som uttalas i denna förklaring ...« (artikel 2).

Sjukvård är, kort sagt, ingenting som får användas som utpressning för att uppnå vissa bestämda politiska mål.

Så, efter ännu en kväll bland utsatta, misshandlade, ibland torterade och våldtagna, medmänniskor inser jag att kampen för mänskliga rättigheter i vårt eget land måste fortsätta och att den antagligen kommer att bli långvarig.

Gunnar Olofsson
läkare, kirurg, Göteborg,
konsult på mottagning
för gömda flyktingar
gunnar_fam@hotmail.com