

skrivningen. Det innebär för en allmänläkare sannolikt cirka tre års ST-tjänstgöring inom huvudområdet samt eventuellt komplettering av sidoutbildningen i den mån den inte redan täckts in under utbildningen till allmänläkare.

Jämfört med den specialistutbildning i företagshälsovård som ytterligare en tid kommer att vara tillåten innebär det främst en förlängning med den tid som krävs för att uppnå minst de utbildningsmål som är knutna till tjänstgöring vid arbets- och miljömedicinsk klinik (eller motsvarande verksamhet), det vill säga minst cirka ett år.

För att kunna inrätta tillräckligt många ST-tjänster i arbets- och miljömedicin för att försörja framtida behov även

inom företagshälsovården är det vår uppfattning att alla berörda parter (arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna, företagshälsovårdsbranschen, landstingen, statliga myndigheter och departement) måste samverka och bidra till att skapa förutsättningar för detta.

Flera av dessa ingår i Företagshälsovårdsdelegationen, som har till uppgift att bevaka denna fråga. Vi har i omgångar haft kontakter med såväl delegationen som olika företrädare för respektive organisation och departement och tycker oss ha märkt en insikt om behovet av finansiellt stöd för att tillräckligt antal ST-tjänster ska kunna inrättas.

Om företagshälsovården inte ska bli en »slutstation för äldre läkare« utan

tillförsäkras en kompetent och utvecklingsinriktad kår av specialistläkare i olika åldrar som kan samverka med de andra professionerna på ett modernt sätt så måste staten, landstingen och branschen gemensamt besluta om en modell för finansiering av specialistutbildningen i arbets- och miljömedicin.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
2. Proposition 2008/09:50. Ett lyft för forskning och innovation. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2008.

Kommentar till ett HSAN-beslut:

Vad är vetenskap och beprövad erfarenhet vid otillräcklig avancerad nervblockad?

■ Med förvåning har vi läst artikeln om HSAN-beslutet 3130/09 i Läkartidningen [1].

I korthet gällde det en patientanmälan mot bakgrund av en otillräcklig spinalanestesi i samband med planerat kejsarsnitt på grund av placenta praevia. I anamnesen fanns en otillräcklig förlösningsepidural. Den smärtfrihet lokalanestetika åstadkommer sker via blockad av spänningsreglerade natriumkanaler.

Det finns tio kända subtyper av natriumkanaler, vilka i olika avseenden kan vara muterade. Vissa individer saknar helt eller delvis förmåga att känna smärta, andra svarar dåligt på lokalanestetika. Om patienten tidigare haft otillfredsställande effekt av epiduralblockad, kan det vara ett tecken på att hon har mutation i genen för en natriumkanal [2].

Tragiskt nog påbörjades operationen trots att det, enligt HSAN:s bedömning, fanns tecken på otillräcklig bedövning. Det framgår inte av beslutstexten vem som bedöm-

de att barnet måste förlösas så snabbt att sövning tidsmässigt var omöjlig att inleda och parallellt med att smärtan upplevdes som outhärdlig av patienten. Orsaken kan ha varit kommunikationsproblem, såväl mellan patient och anestesilog som mellan anestesilog och operatör.

Det vi vänder oss emot är följande yttrande från HSAN: »... det anses enligt praxis indicerat och acceptabelt att i sådana fall komplettera med en ny spinalanestesi där man tillför ytterligare en dos motsvarande cirka hälften av den initiala dosen.«

Vi anser det vara fel att utan starka skäl lägga om en spinalbedövning i de fall effekten är otillfredsställande.



Foto: Salim Fadhl/England

Förutom att utbredningen efter en kompletterad spinalanestesi rimligen är svår-förutsägbar, finns det en uppenbar risk att orsaka nervskador genom att återigen sticka in i ett centralnervöst område där man dessutom tidigare injicerat bedövningsmedel. Risken för intraneural injektion med på-följande nervskada är uppenbar. Generell anestesi torde vara ett väsentligt bättre alternativ.

I ett stort patientmaterial var smärta vid spinalinjektion av lokalbedövningsmedel en varningsklocka i fall med neurologiska komplikationer [3]. Därför är det riskabelt att lägga om en spinalblockad i fall med otillräcklig effekt.

Om det föreligger vetenskaplig evidens som stöder påståendet att man (»enligt praxis«) bör komplettera en otillräcklig spinalanestesi med en ny spinalblockad, är vi tacksamma för att få ta del av denna litteratur.

Ett yttrande från HSAN har stor tyngd och kan anses vägledande för hur man ska

handla. Därför är det av största vikt att klarlägga vad som kan anses vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i de fall en avancerad nervblockad, såsom exempelvis spinalblockad, inte medför adekvat smärtlindring.

**Stephen Butler
Rainer Dörenberg
Erik Edgren
Mats Eriksson
Torbjörn Karlsson
Daniela Kietzmann
Adriana Miculescu
Philip Staun**

samtliga är anestesioch intensivvårdsläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, mats.eriksson@akademiska.se

REFERENSER

1. Genomförde kejsarsnitt under otillräcklig anestesi. Läkartidningen. 2010;107:919.
2. Claesson A. Nya läkemedel mot smärta är på väg. Läkartidningen. 2009;106:430-4.
3. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. Anesthesiology. 2004;101:950-9.