LUND UNIVERSITY

Rektalpalpation ska självklart göras i vissa fall

Khoshnood, Ardavan; Ekelund, Ulf

Published in:
Läkartidningen

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

Link to publication

Citation for published version (APA):
Khoshnood, A., & Ekelund, U. (2014). Rektalpalpation ska självklart göras i vissa fall. *Läkartidningen*, *111*(8), 347-348. http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2014/02/Rektalpalpera-mera/

Total number of authors:
2

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 20. Dec. 2025

Rektalpalpera mera!

Rektalpalpation kan vara avgörande för enstaka akutpatienter. Den är ofarlig, snabb och billig. Balansen väger därför över åt att vi ska göra den, också om dess nytta kan vara statistiskt svår att visa.

Med intresse läste jag en litteraturgenomgång av Khoshnood och Ekelund, som bestämt avråder från rektalpalpation som rutin vid undersökning av vuxna patienter med akuta buksymtom [1]. Som alltid när vetenskap motsäger beprövad erfarenhet funderade jag över felkällor hos båda. Var litteratururvalet adekvat? Författarna skriver att de sökt bland annat på termen »pankreatit« men inte på »bäckenorgan« – ett möjligt snedurval när det gäller att bedöma nyttan av rektalundersökning. Detta mot bakgrund av att »abdomen« i anglosaxiskt språkbruk ofta är regionen mellan bröstkorg och bäcken och inte omfattar de bäckenorgan som nås vid rektalpalpation. Det finns alltså en möjlig skevhet i litteraturen som kan nedtona slutsatsens värde.

Jag finner inte heller en diskussion av möjlig publikationsbias: är nyhetsvärdet som gynnar publikation högre om ett manuskript säger att vi inte behöver undersöka våra patienter än om det funnit att det är bra att vi undersöker dem? Slutligen beaktar artikeln inte möjligheten att vissa patienter har nytta av undersökningen men antalsmässigt drunknar bland dem som inte har nytta. Jämför med precisionsbestrålning av levertumörer, som inte mätbart påverkar gruppöverlevnaden men kan rädda livet på vissa sjuka.

Som formbar kandidat långt före bilddiagnostik och antibiotikabehandling av appendicit såg jag hur läkarna på en kirurgavdelning under något dygn var brydda inför en ung man med grav neuromuskulär sjukdom och akuta, låga, högersidiga buksmärtor och feber. Kunde man lita på bukstatus? Vilket vore värst, att explorera i onödan eller att riskera perforation av en möjlig appedicit? Det var bekymmersamt innan en noggrann person – tyvärr inte jag – kände på skrotum och diagnostiserade epididymit. Patienten gick hem oopererad med rätt behandling, och jag beslöt att alltid undersöka en våning nedanför och en ovanför den där jag trodde att sjukdomen satt.

En kort tid efter lärdomen träffade jag på akuten en högre militär med subfebrilitet, ensidiga flanksmärtor och dunköm njure. När jag palperade rektalt hördes ett rop och krigaren stod som en sprättbåge – jag hade diagnostiserat en ödematös, kraftig prostatit med uretärstas. Besparad radiologi, snabb korrekt behandling och positiv PR (ursäkta) för sjukvården torde ha kompenserat för mitt livs senare procedurkostnader för akuta rektalundersökningar. Och övriga patienter har, i motsats till artikelns farhågor, uppskattat att bli noggrant undersökta med försiktig undersökningsteknik.

Som lektor i kirurgi försökte jag vidarebefordra lärdomen, som ju också bilddiagnostiken anammat – i buköversiktsbilder ingick basala lungdelar vilket en gång klarlade basal pneumoni hos en man med status som vid perforerat ulcus.

Som ansvarig under ett dussin år för de Stockholmspatienter där andras malignitetsutredningar misslyckats kunde jag på ena handens tumme räkna de sjuka som remitterats till mig efter tillfredsställande kroppsundersökning, detta utan krav på gynekologisk undersökning eller prokto- och rektoskopi. Den största missade tumören som jag upptäckte bedside vid första kontakt med patienten var ett mer än decimeterstort quadriceps-sarkom; den näst största en fyra centimeter stor bröstcancer. Båda patienterna hade legat inne en längre tid på universitetskliniker och utretts, bröstcancerpatienten hade till och med opererats för en metastas. Visst kan djävulens advokat säga att deras långsiktiga prognos inte förändrades, men det kan finnas skäl att se inte bara på resans slut utan också på dess gång.

För att återkomma till rektalpalpationen ingick den inte alltid i utredning av skelettmetastaser hos äldre män, mest slående hos den patient tillika professor som förvånat förnekade att någon känt i hans ändtarm trots att jag bett remittenten göra det: det var väl onödigt eftersom man vid hälsokontroll ett par månader tidigare hade kontrollerat prostatan med PSA som då var över 700!

Nyligen fick jag från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ett anmälningsärende där en ung man sänts hem med analgetika från en universitetsklinik men återkommit och opererats för perforerad appendicit då man av oklar anledning kvarlämnat en fekalit i den variga buken. I efterförloppet var han febril, CRP och vita blodkroppar var förhöjda, och diarré och avföringsträngningar tillkom snabbt. Man bytte antibiotika, och bilddiagnostik visade vätska i lilla bäckenet, vilket inte föranledde någon åtgärd. Efter sjutton dagar, 13 dagar efter det att datortomografi påvisat rikligt med vätska i bäckenet (man hade inte sköljt vid operationen), kom en ny överläkare in i bilden. Han hade kanske skolats som jag och som ung underläkare tillhållits att rektalundersöka alla som gick hem efter operation för perforerad appendicit? I varje fall diagnostiserade han med rektalpalpation den abscess som ingen tänkt på. Den tömdes samma dag, vilket långsamt vände tillståndet, men patienten låg tre veckor på sjukhus, han var trött och sjukskriven totalt sex veckor, och man utsatte miljön för ett långt, massivt antibiotikatryck.

Läkartidningen. 2014;111: 89-90.

Efter Khoshnoods och Ekelunds artikel borde jag nu förklara för patienten att denne överläkare handlat tveksamt, och att de tidigare läkarna handlat rätt. Den pedagogiken blir mig övermäktig, och jag hoppas att många läsare tänker: rektalpalpation kan vara avgörande för enstaka patienter. Den är ofarlig, snabb och billig. Balansen väger därför över åt att vi ska göra den, också om dess nytta kan vara statistiskt svår att visa i ett stort patientmaterial med akuta buksymtom som innehåller en övervikt av sjukdomar som inte nås med fingret. Läkarkåren behöver uppmuntras att gå tillbaka till grunderna och att skärpa och använda sinnena, inte att undersöka allt mindre.

Peter Gunvén
docent, Inspektionen för vård och omsorg, Stockholm
petergunven@gmail.com

REFERENS

1. Khoshnood A, Ekelund U. Rutinmässig rektalpalpation vid akut buk har inget visat värde. Läkartidningen. 2014;111:89-90.

REPLIK:

Rektalpalpation ska självklart göras i vissa fall

■ Peter Gunvén skriver att vi »bestämt avråder från rektalpalpation som rutin vid ... akuta buksymtom«. Men vi uttrycker oss inte riktigt så. I artikeln konstaterar vi att det ►

som är publicerat gällande värdet av rektalpalpation (PR) vid akut buk håller låg vetenskaplig kvalitet, och att de data som finns talar emot värdet av rutinmässig PR.

Fallet från IVO som Gunvén tar upp är intressant, och inget unikum. Vi påpekar emellertid tydligt i artikeln att det finns fall och tillstånd där PR är viktigt och bör göras. Man måste bara komma ihåg att PR också kan leda till fel diagnos, tar tid och är obehaglig för patienten. Vi är även tydliga med att rektalpalpation är viktigt i utbildningen av yngre kollegor.

»Vi tar mer än gärna del av publikationer som Gunvén kan presentera som stöd för en annan uppfattning än vår.«

Gunvén misstänker att vårt urval av litteratur varit för snävt och att artiklar gällande sjukdomar i bäckenorganen kan ha missats. Vi menar att urvalet var extensivt och tror att det täckte in alla viktiga och vanliga akuta bukåkommor. Vi tar mer än gärna del av publikationer som Gunvén kan presentera som stöd för en annan uppfattning än vår.

En större och indirekt poäng med artikeln är att peka på vikten av att kritiskt granska vad vi gör i sjukvården och att rensa ut undersökningar och handläggningsrutiner där evidensen talar emot en nytta. Det är kanske lika viktigt som att införa nya metoder.

Doktorns professionella omdöme kommer att vara centralt under överskådlig tid, men vi bör i dagens sjukvård ha målet att så mycket som möjligt av det vi gör ska ha ett visat värde.

Ardavan Khoshnood
AT-läkare
ardavan.khoshnood@skane.se
Ulf Ekelund
docent, överläkare; båda akutkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

Läkare som vill knäcka extra bör välja auktoriserade bemanningsföretag

Genom att välja att arbeta för bemanningsföretag som är auktoriserade kan man som enskild läkare bidra till en tryggare och mer långsiktig relation mellan branschen och landstingen. Detta är avgörande för att användningen av resursläkare ska ses som en tillgång och inte en börda.

I samhällsdebatten framförs ofta att resursläkare och annan resurspersonal i vården är dyrt och dåligt. Bristen på läkare och sjuksköterskor gör det dock nödvändigt att försöka hushålla med och fördela den kompetens vi har på ett så effektivt sätt som möjligt.

Auktoriserade bemanningsföretag tillför vården nödvändig personal för att vårdcentraler ska kunna hållas öppna och operationer kunna utföras. De läkare som arbetar via bemanningsföretag är en viktig resurs för vården. Vi väljer därför att kalla dem resursläkare, inte hyrläkare, för att markera att de utgör en viktig del av vårdapparaten.

I dag tjänstgör 949 resursläkare på olika platser i Sverige. I genomsnitt träffar dessa läkare tolv patienter per dag, vilket innebär att över 11 000 patienter dagligen får träffa en läkare. Genom att läkare »extraknäcker« via oss på lediga dagar eller efter pensioneringen får samhället tillgång till långt fler läkare än vad som annars hade varit fallet.

Resursläkare avlastar, betar av toppar och tillhandahåller kompetens som normalt inte finns på arbetsplatsen. Det gäller inte minst i glesbygd där det ofta är svårt att hitta en ersättare när ordinarie personal är borta eller där det överhuvudtaget inte finns fast anställd personal att tillgå. Resursläkare bidrar till minskad press och motverkar att den fasta personalen blir överbelastad.

»Tyvärr är inte alla bemanningsföretag inom vården seriösa.«

Vi företräder seriösa bemanningsföretag som erbjuder människor i vården en alternativ anställningsform för dem som värdesätter frihet och flexibilitet i arbetslivet – antingen under hela yrkeslivet eller under vissa perioder. Genom att personalen får möjlighet att arbeta på olika arbetsplatser och med varierat innehåll breddar man sin kompetens och erfarenhet. Detta kan vara avgörande för att många ska stanna inom yrket.

Tyvärr är inte alla bemanningsföretag inom vården seriösa. Det finns företag som inte bryr sig om att se till att rätt läkare hamnar på rätt plats, som inte säkerställer långsiktighet i sina leveranser och som inte utför uppföljning och vidareutveckling av relationen till landstingen. Det är ofta dessa bemanningsföretags agerande som gör att resursläkare generellt har dåligt rykte i samhällsdebatten.

Seriösa bemanningsföretag inom vården är auktoriserade och har kollektivavtal med Läkarförbundet. Auktorisationen utförs av Bemanningsföretagen, en branschorganisation med rigoröса medlemskrav. Bland annat krävs det att man har kollektivavtal inom det område där man verkar. Auktoriseringen innebär också följsamhet gentemot etiska regler, att man har ansvarsförsäkring, tillämpar transparens vad gäller bokslut och att man underställer sig en årlig granskning av verksamheten.

Auktorisationen säkerställer att företagen i bemanningsbranschen är seriösa och uppfyller höga krav på affärsmässighet. Det borde därför vara självklart för Läkarförbundets medlemmar att välja ett auktoriserat bemanningsföretag när de ska arbeta som resursläkare.

Debatten om personalsituationen i vården är viktig och något vi välkomnar. Den måste dock fokusera på rätt sak: hur vi tillsammans kan hantera den långsiktiga personalbristen inom den svenska hälso- och sjukvården. Här spelar enskilda läkare en stor roll. Genom att arbeta endast för auktoriserade bemanningsföretag bidrar man till att säkerställa en trygg och långsiktig försörjning av läkare till en vård som har permanent brist på vårdpersonal.

Resursläkare bör se till att välja rätt bemanningsföretag, skriver två företrädare för branschen.

Illustration: Colourbox

Eva Domanders
vd, Dedicare Doctor AB; styrelseledamot i Bemanningsföretagen/Almega
eva.domanders@dedicare.se

Börje Eriksson
allmänläkare; vd, Skandinavisk Hälsovård AB