

Socialstyrelsens vetenskapliga råd anestesiläkare professor Lars Wiklund och Socialstyrelsens svågerpolitik

Det här inlägget innehåller kopior av Socialstyrelsens handlingar gällande min anmälan av läkare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) 4 juli 2003 samt brev skrivna av mig. Jag överklagade HSAN:s friande beslut till länsrätten, kammarrätten och Regeringsrätten. Därför finns Socialstyrelsen med. Jag har tappat all tillit till det svenska rättsväsendet.

Professor Lars Wiklunds utlåtande 3 december 2005, se nedan, gjorde att Patientförsäkringen LÖF nekade mig ersättning för *undvikbar* sjukvårdsskada (för sjukvårdsskadan se bland annat blogginlägget med mitt brev till Ersta sjukhus sjukhusdirektör). LÖF:s sakkunniga gynekolog Elsa Ryde-Blomqvist ansåg att anestesiläkare Lars Wiklunds friande utlåtande över icke namngivna smärtläkare var trovärdigare än min beskrivning av skadan och alla turer hos läkare. Jag lämnade in Wiklunds utlåtande till LÖF för att visa hur rättsosäkert mitt ärende handlagts inom rättsväsendet, men Elsa Ryde-Blomqvist använde i stället Wiklunds utlåtande *mot* mig. Jag diskuterar LÖF i ett senare blogginlägg.

Syftet med mina blogginlägg om föraktet för patienten, föraktet för rättsstaten är att vi i Sverige ska få en *patienträttighetslag*, liksom invånarna i de övriga nordiska länderna, det vill säga att vi ska kunna kräva vår rätt till sjukvård i domstol, att läkarnas personliga ansvar ska återinföras samt att klagomålsförfarandet ska förändras i grunden och utformas utifrån *patientens perspektiv* och vara *rättsäkert*. Klagomålsförfarandet blir bara sämre och sämre utifrån patientens rättssäkerhetsperspektiv. Politikerna är helt i händerna på läkarna som dikterar villkoren. Eller annorlunda uttryckt: Politikerna *låter* sig dikteras av läkare. Det är bekvämt. Då slipper de tänka själva.

Dagen efter det att jag lämnade en tjock bunt till Patientnämnden i Stockholm ringde handläggaren mig och sa att jag borde anmäla läkare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Det var bråttom. Anmälan måste komma in inom en tvåårsperiod. Jag visste inte vad jag gav mig in på när jag anmälde läkarna. En sjukvårdsskadad patient förväntas kunna både medicin och juridik i samma ögonblick hon blir skadad och vara stark nog att ta en konflikt med inblandade läkare och byråkrater och hävda sin rätt. *Patienten behöver ett målsägarbiträde som stöd*. Jag går här inte in på HSAN:s friande beslut 11 oktober 2004, HSAN 1784/03:B6, utan håller mig enbart till Socialstyrelsen.

Det här utspelade sig när läkare fortfarande kunde få disciplinstraff – varning eller erinran. Man anmälde till HSAN och överklagade friande beslut till länsrätten (som numera heter förvaltningsrätten). Patientens motpart hos länsrätten var Socialstyrelsen.

Patienten ensam mot staten.

Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör var Kjell Asplund (2004–2008), mannen som såg till att läkare slapp allt personligt ansvar när han myntade begreppet ”vi ska inte leta syndabockar”, och sålde in hos både sjukvårdsminister Ylva Johansson (S) och hennes efterträdare Göran Hägglund (KD) att disciplinstraffen skulle avskaffas, vilket skedde i och med den nya patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 1 januari 2011 då patienter skulle anmäla fel direkt till Socialstyrelsen, senare blev det till IVO och nu senast i första hand till vårdgivaren, vilket är hutlöst. *Det är samma sak som att en person som blir misshandlad i*

första hand ska vända sig till misshandlaren och lämna rättsväsendet utanför. Jag återkommer till Kjell Asplund i slutet av den här texten.

Socialstyrelsen skickade patientens överklagan till lämpligt vetenskapligt råd som fick uttala sig om patientens beskrivning och inblandade läkares beskrivning av händelsen. Det vetenskapliga rådets utlåtande *godkändes* sedan av en jurist och en enhetschef (läkare) på Socialstyrelsen. Det vill säga två tjänstemän hade till uppgift att gå igenom det vetenskapliga rådets utlåtande, som borde vara skrivet enligt gängse vetenskaplig standard med ordentliga källhänvisningar och också följa Regeringsformens 1 kapitel § 9 ”Domstolar samt förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga förvaltningsuppgifter ska i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saktighet och opartiskhet.”

Regeringsformen gäller även Socialstyrelsens tjänstemän.

Alltså: det är jag mot staten, lekmannen mot Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Skriftväxlingen skedde via länsrätten, som sedan dömde. Men jag skrev även brev direkt till de vetenskapliga råden och till Socialstyrelsen.

Följande handlingar ingår i detta blogginlägg:

1. **A)** Teckning gjord 2003 av spåren efter Vicrylärr under huden op. 1997 på Södersjukhusets Kvinnoklinik då jag fick två horisontella ärr, ett hudärr (bikinisnitt) och ytterligare ett ärr flera centimeter ovanför bikinisnittet med en hyperöm korv ovanför (se bloggvsnitten Hembiträdet Hellvig) och **B)** teckning av op.ärr 2002 då Vicrylsuturerna placerades jämsides med hudärr bortsett från flera Vicrylsuturer i mitten (ovalen). Jag la plastfolie över buken. Spåren efter ärrer op. 1997 var fortfarande mycket synliga
2. Fem teckningar från mitt yttrande till HSAN 1 december 2003 (placerade på sidor där jag kommenterar läkarnas yttranden och vad de skrivit i sjukjournalerna, lite oklart formulerat om smärtorna i de förkortade ljumskarna, *som kvarstår än i dag*, är från op. 1997 eller op. 2002). Jag klippte ut en bit av en teckning av den franska konstnären J.A.D. Ingres (d. 1867) och använde som illustration över smärtorna i ärrområdet
3. Socialstyrelsens yttrande 6 december 2005 undertecknat av enhetschef Torsten Mossberg (läkare) och byråchef Kerstin Magnusson gällande utlåtanden från de två vetenskapliga råden gynekolog Pål Wölner-Hanssen och anestesiläkare Lars Wiklund, det vill säga Socialstyrelsens *godkännande* av deras utlåtanden
4. Docent Pål Wölner-Hanssens utlåtande 26 september 2005
5. Mitt brev till Pål Wölner-Hanssen 21 juli 2007
6. Professor Lars Wiklunds utlåtande 3 december 2005
7. Mitt brev till Lars Wiklund där jag begär att han redovisar sina källor 20 maj 2007
8. Lars Wiklunds klagobrev till Socialstyrelsen, inkom 30 maj 2007
9. Beslut 19 juli 2007 från Socialstyrelsen, regionala tillsynsenheten Örebro av någon anledning, fattat av enhetschef Staffan Blom (läkare) och juristen Ellen Ringqvist, som meddelar att jag inte har rätt att begära källor av Lars Wiklund
10. Mitt brev till Socialstyrelsen där jag ber att få kopia av Lars Wiklunds klagobrev 20 juli 2007
11. Intervju med Staffan Blom som förordnats som förvaltningschef för den Patientnämnd som sju år tidigare uppmanade mig att anmäla läkare till HSAN, *Läkartidningen* nr 19–20 2010

Kommentarer

Docent Pål Wölner-Hanssen är gynekolog. Han vet att patienten vid en operation utförd via bikinisnitt inte förutom hudärret dessutom ska *sys mitt på magen* med synliga horisontella indragna suturer under huden. Vet han inte det ska han inte vara verksam som gynekolog.

Pål Wölner-Hanssen hade teckningar där det klart framgår att kirurgen inte problematiserade den invalidiserande suturtekniken 1997 utan använde 2002 samma teknik igen med en massa extra stygn i mitten av ärret och att hon gjorde ett invalidiserande ingrepp på vä sida. Teckningen av ärren i naturlig storlek fanns då på ett liggande A4-ark. I en pdf-fil är stående A4 lämpligare. I övrigt är teckningarna identiska med dem Wölner-Hanssen hade till sitt förfogande. Han utgår inte från bilderna och det *synliga* resultatet. Han drar upp bristen på forskning om kroniska smärtor efter operation och tänkbara orsaker som biologiska, psykologiska och sociala faktorer.

Jag går här inte in på vad han skriver om de anmälda gynekologerna förutom gynekologiska kirurgen Kjell Schedvins. En läkare på en multidisciplinär smärtklinik, där det fanns psykiater, psykolog, kurator, remitterade mig till *kirurg* på Karolinska sjukhuset Kvinnokliniken i Solna efter op. 2002. Jag bad Kjell Schedvins sprätta upp de nya Vicrylsuturerna (som jag kallade stygnen under huden). Han vägrade och sa att det är en bagatell hur man syr. Det sätter man ju underläkare på. Han sa att det fanns en gynekolog på sjukhuset som kunde smärtor, Elsa Lena Ryding, och frågade om jag ville träffa henne. Jag tog för givet att det var en kirurg som var specialiserad på *stramande* smärtor efter gynekologisk operation. Jag blev inte informerad om att jag remitterades till en *psykosomatisk* enhet. Pål Wölner-Hanssen anser att inget talade emot att Kjell Schedvins fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen.

Gynekolog Elsa Lena Ryding sa till mig 16 augusti 2004 att hon hade fått lära sig att sy ihop på det sätt jag var sydd ”men att nu vet jag att man inte behöver sy så mycket”. I journalen skriver hon: ”Psykiatriskt status: Välskött medelålders dam som går omkring i rummet vid konsultationen. Klar och orienterad. Normal ytlig kontakt. Förefaller spänd och plågad. Ger uttryck för ilska. *Inga symptom på psykos* [min kursiv]. Uttrycker stor frustration över att hennes syn på smärttillståndets behandling [operation] ej delas av flertalet läkare.”

Jag tror att jag är hos en gynekologisk kirurg! Jag vet inte ens om att jag utsätts för en psykiatrisk bedömning huruvida jag visar tecken på psykos eller inte.

Jag tvingades ta ett banklån och åka utomlands för att få de invalidiserande stygnen uppsprättade.

I mitt brev till Pål Wölner-Hanssen skriver jag att jag tänkte lämna hans utlåtande till Justitiekanslern, Lunds universitet och Vetenskapsrådet. Jag lämnade en skrivelse till Justitiekanslern och fick svar att de inte prövar ärenden som rör läkare. Jag brydde mig inte om att gå vidare.

I mitt brev till professor Lars Wiklund skriver jag att jag höll på med en bok. Manusrefuserades av Natur & Kultur 24 maj 2011, ungefär samtidigt som Stiftelsen Natur & Kultur för första gången annonserade ut att de avsåg att dela ut nio stipendier på 100 000 kronor vardera till författare eller journalister för större projekt. Jag försökte inte med fler förlag. De fyra första kapitlen om Hembiträdet Hellvig finns på min blogg.

Jag skriver också att jag tänkte gå vidare och sprida hans ovetenskapliga utlåtande. Jag tappade orken. Jag hade inte internet på den tiden. Det var oerhört slitsamt att anmäla läkare, att konfronteras med deras lögn och att försöka få ersättning via Patientförsäkringen och konfronteras med ännu mer lögn. Väntetiderna var enorma. För att ha något annat att tänka på under väntetiderna började jag fördjupa mig i politisk islam och hijab på småflickor.

Lars Wiklund är professor. Han skrev sitt utlåtande på Uppsala universitets brevpapper. Hela utlåtandet är kvasivetenskapligt svammel. Han nämner inte namnen på de smärtläkare som var anmälda och vad de var anmälda för. Han påstår att allt handlar om pedagogik. Smärtläkarna hade inte lyckats förmedla till mig bristen på kunskap om behandling av smärtor i ett ärrområde, påstår han. Han påstår en massa saker men lämnar inga källor. Han, professorn, vägrade ge källor och klagade hos Socialstyrelsen. Om Socialstyrelsens Staffan Blom hade accepterat min begäran om källor skulle det betyda att han underkände kollegerna Torsten Mossberg och Kerstin Magnusson. Och Lars Wiklund.

Man kan säga att Staffan Blom teoretiskt hamnade i en lojalitetskonflikt, kolleger kontra patienten. Tjänstemän ska över huvud taget inte kunna hamna i en sådan lojalitetskonflikt.

Jag överklagade till kammarrätten och Regeringsrätten (som numera heter Högsta förvaltningsdomstolen), vilket jag visste var utsiktslöst, men man måste dra ett ärende i alla svenska domstolar innan man kan gå vidare till Europadomstolen. På den tiden hade jag planer på att gå vidare eftersom det svenska klagomålsförfarandet inte var rättssäkert. Allt skedde skriftligt, alla beslut fattades över huvudet på patienten bakom stängda dörrar.

Jag ville också att Lars Wiklund skulle lämna källor och försökte få Regeringsrättens handläggare att begära in källor, men fick besked att det hade Regeringsrätten inte för avsikt att göra.

Regeringsrättens Protokoll 28 oktober 2008 är undertecknade av regeringsrådet Sten Heckscher samt föredragande och protokollförare Ingela Hofvander, Avdelning 1, mål 1379-07, 4361-07, 6805-07, 7796-07.

Sten Heckscher och Karl Asplund utsågs 2016 till att leda utredningen om Paolo Macchiarini. Två betrodda män att utreda skandalen som skakade Sverige.

Professor emeritus Kjell Asplund var i många år ordförande i Statens medicinsk-etiska råd. Som nämnts bedrev han när han var Socialstyrelsens generaldirektör en intensiv lobbykampanj för att frånta läkare allt personligt ansvar genom att, som han uttryckte det, man skulle lägga tonvikten vid systemfel, på "lärande och stödande", inte på "straffande och hämnande". Han använde den offer-retorik som blivit vanlig i gruppidentitetspolitikens namn. Läkarna är offer för de lömska patienterna som anmäler dem. Därför bör läkare *som grupp* slippa ta personligt ansvar för sina handlingar i tjänsten. Och det gick politikerna med på.

Läkarkåren är full av primadonnor som anser att de är fullärda. Det borde Kjell Asplund veta.

Sveriges befolkning har i internationella studier en mycket hög tillit till myndigheter. Det hade jag också, innan jag fick en inblick i hur verkligheten ser ut.

4 augusti 2019

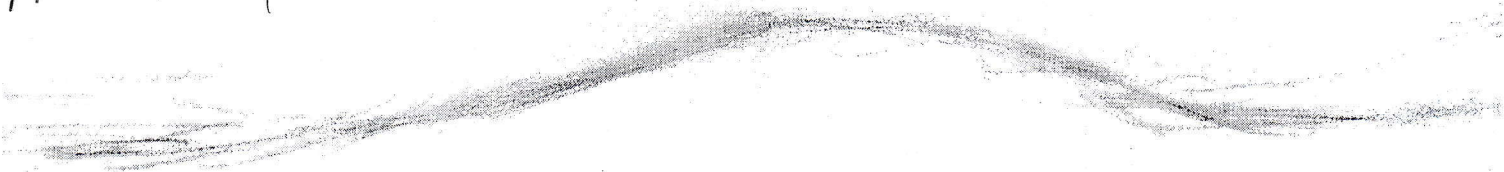
Mona Lagerström fil dr

Jag la plastfolie över buken
och ritade av ärren



A Spår²⁰⁰³ efter Vicrylätret op 1997

Vänster



Rött Vicrylätret plus hyperöm korv ovanför op 2002



blått hudärr op 2002

Inledning

Angående docent Lennart Rabows kommentar om att jag skulle ha något slags paramedicinsk utbildning. Jag förstår inte vad han menar. Jag är ekonom (nationalekonomi och företagsekonomi) samt filosofie doktor i litteraturvetenskap. Min utbildning är lång och dyr och var avsedd att ge mig ett meningsfullt arbete och en hyfsad levnadsstandard. Mitt liv förstördes i samband med operationen 1997. Jag tvingas leva under existensminimum och vara en tärande i stället för en närande individ i samhället. Det är ett ofantligt slöseri med resurser att jag inte kan arbeta i den utsträckning jag vill. För att inte tala om den sänkta livskvaliteten orsakad av smärtorna och läkarnas arrogans att inte lyssna på min smärtbeskrivning.

Min anmälan gäller bland annat läkarnas nonchalans i fråga om biträdande överläkare Annika Valentin Sääfs suturteknik som uppenbart inte fungerar på min kropp. Jag kan inte nog poängtera att **alla** smärtor från operationen 1997 försvann i och med omoperationen, men att **nya** uppstod där jag nu är ihopsydd.

Två olika taggtrådar 1997 och 2002

Illustrationerna
av J. A. J. Ingres



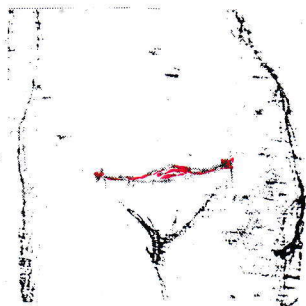
Operation 1997

3 stramande smärtbilder

- Antagligen här sammanväxningen satt.
- Inre ärr (taggtråd) med hyperöm hudbulle ovanför.
- Lodrät smärta, kändes som om vävnaderna höll på att slitas loss från blygdbenet.

Operationen 1997 gav upphov till en komplicerad smärtbild, men smärtorna från det horisontella inre ärrret och hudbullen ovanför var mycket konkreta. **Det är en sjukvårdsskada.** Direkt efter operationen kändes det som om vävnaderna i buken hade dragits uppåt hårt ända mot midjan och jag var kraftigt förkortad i ljumskarna. Jag blev opererad 1961 i USA med ett litet hudärr som följd. När jag kom hem från Södersjukhuset 1997 och såg det inre ärrret och hudbullen tvärs över hela buken fick jag en chock. Smärtorna var en ännu större chock.

Alla de smärtor som uppstod i samband med operationen 1997 och som jag gick på ca 35 meningslösa besök på Smärtkliniken Kronan för lyckades alltså Annika Valentin Sääf åtgärda på kirurgisk väg omoperationen 2002. Omoperationen var ett mirakel. För första gången på fem år kunde jag hosta, nysa och dra ett djupt andetag utan att behöva hålla händerna för magen i ett försök att lindra smärtan. För att inte tala om lättnaden det innebär att slippa känna det som om vävnaderna ska slitas loss från blygdbenet varje gång jag sätter mig ner.



Operation 2002

Nytt stramande inre ärr (ny taggtråd) i fas med hudärrret med ny hyperöm hudbulle ovanför.

deltar i ett kvalitetsregister. ”Om de säger att de inte har tid ska man dra öronen åt sig. På en sådan klinik skulle jag aldrig operera mig.”

Jag berättade för Schedvins att jag före omoperationen ringde till Socialstyrelsen och hörde mig för om kvalitetsregister när det gäller hysterektomioperationer och fick till svar att något sådant inte fanns. Efter omoperationen hittade jag på internet Gynopregistret. Södersjukhuset deltog inte. Det var därför jag ville komma till KS, samt för att KS är ett universitetssjukhus. SÖS var avskrivet för min del. ”Det står inget om smärtor som dina i kvalitetsregistret”, sa Schedvins. Vilken vetenskap och beprövad erfarenhet bygger han då sin uppfattning på att suturteknik är en bagatell?

Illustrationerna

Gång på gång på gång pekade jag på illustrationerna jag hade med mig och sa att det är **nya** smärtor, att det gör ont exakt där jag **nu** är ihopsydd, att det **går** att åtgärda spärren kirurgiskt, se s. 2. Det lyckades ju Annika Valentin Sääf med. De tre illustrationerna jag visar här är över de smärtor som gör att jag inte kan arbeta i den utsträckning jag vill.

Schedvins hävdade hela tiden att det inte står något anmärkningsvärt i operationsberättelsen. Jag hävdade att Valentin Sääf har skurit i vävnaderna som fäster i vänster höftben (som hon gett en tillfredsställande förklaring till, se s. 67) och att hon har skurit där vävnaderna fäster i symfyfen på vänster sida utan att skriva in det i operationsberättelsen. Ian Goldie skriver i remissen att ”uppenbarligen har man vidtagit någon åtgärd i rectusmuskulaturens infästning i symfyfen”. Valentin Sääf nekar. Men dessa smärtor har inte uppstått av sig självt, se utförligare beskrivning s. 71.



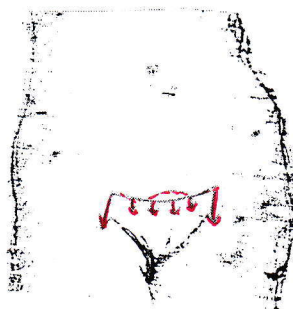
*Knivsnittssmärta vid symfyfen
op. 2002.*

Dessutom har hon vidtagit någon åtgärd vid ärrets vänstra sida (se s. 71f.). Jag pekade på illustrationen nedan där jag visar hur det drog åt vänster direkt efter op. 2002. Jag opererades på en måndag. På onsdag var jag hemma igen och satte mig i soffan där jag inte hade kunnat sitta under fem år utan att det stramade **lodrätt neråt** så intensivt att jag var tvungen att flyga upp och trava omkring i timmar i lägenheten. Den smärtan var borta. I stället drog det åt vänster i fas med hudärret.



*Smärta som drar åt vänster direkt
efter op. 2002. Denna smärta
kvarstår och gör fruktansvärt ont
i kombination med knivsnittssmärtan
vid symfyfen.*

Schedvins fäste ingen vikt vid vad jag sa om dessa illustrationer och om mina nya smärtor. Man skär inte i musklerna, enligt honom. Inte heller nedanstående smärtor fäste han sig vid.



Invalidiserande smärtor som drar neråt i sittande ställning, gör mycket ont, uppstod direkt efter op. 2002. De långa pilarna indikerar att det drar i ljumskarna vid gång.

OBS det är inte samma stramande lodräta vänstersidiga smärta som före omoperationen! Den är borta. Här utgår smärtorna direkt från där jag är ihopsydd.

Ända sedan op. 1997 trodde jag att bukmusklerna var avskurna på tvären. Ingen sa emot mig förrän jag träffade Olle Sandelin i april 2001. Han sa att det tvärgående hudärret bara är kosmetiskt, att man inne i buken skär lodrätt mellan musklerna. Även Annika Valentin Säaf bekräftade på min förfrågan att man inte skär av musklerna. När Kjell Schedvins ritade sin lilla streckteckning visade han hur man för musklerna åt sidan.

Till min stora förvåning hittar jag beskrivningar av två operationsmetoder med tvärgående snitt där man skär i musklerna. Scheidel och Hohl skriver (1987, s. 233, min fetstil): "There are several modifications of the widely used Pfannenstiel incision. If there is unsatisfactory access to the lateral pelvic structures **the rectus muscles can be cut transversely at the level of the skin incision or at the tendinous insertion of the rectus and pyramidalis muscle just above the symphysis** (Cherney, 1941). For extensive pelvic surgery we prefer a *transverse (interiliacal) muscle-splitting incision* (Maylard, 1907)".

I *Principles of Surgery* 7th edition, vol. 2 (1999) författad av Schwartz et al står det på s. 1867: "The Cherney incision provides the advantages of a transverse incision and all the visibility provided by the Maylard incision. The incision is made in the transverse direction in the lower abdomen approximately 2 cm above the symphysis, the rectus fascia is opened transversely, the lower portion of the rectus sheath is dissected free of the rectus muscle, and the insertion of the rectus muscles on the symphysis pubis is visualized. **The tendon of the rectus muscle is then cut free of the symphysis pubis**, and the muscle is allowed to retract upward. The peritoneum is opened transversely. **This incision is repaired by simply sewing the rectus tendon to the lower aspect of the rectus sheath just above the symphysis** before closing the rectus sheath at the completion of the operation" (min fetstil).

Det är alltså fullt möjligt att en gynekolog kan skära där jag nu har fått kroniska smärtor.

I den tidigare citerade svenska boken (1995) skriver Inge Jansson s. 11 om snittföring:

Regionala tillsynsenheten i Stockholm
Kerstin Magnusson, jurist
Tel: 08-555 532 07
kerstin.magnusson@socialstyrelsen.se

Länsrätten i Stockholms län
Box 171 06
104 62 STOCKHOLM



Yttrande i mål nr 21300-04 rotel 224

Socialstyrelsen har förelagts att svara i målet. Med anledning härav och med återställande av Länsrättens aktbilaga 11 + HSAN:s akt får följande anföras.

Socialstyrelsen har hämtat in utlåtanden från ledamöterna i Socialstyrelsens vetenskapliga råd i obstetrik och gynekologi, Pål Wölner-Hanssen och anesthesi, Lars Wiklund. Deras utlåtanden bifogas yttrandet.

Med hänvisning till vad som anförts av Pål Wölner-Hanssen och Lars Wiklund finner Socialstyrelsen inte anledning till annan bedömning av disciplinansvaret än ansvarsnämnden gjort. Socialstyrelsen bestrider bifall till överklagandet.

Detta beslut har fattats av enhetschefen Torsten Mossberg. Byrådirektören Kerstin Magnusson har varit föredragande.

För Socialstyrelsen



Kerstin Magnusson

Bilagor:
Utlåtanden av Pål Wölner-Hanssen och
Lars Wiklund

SOCIALSTYRELSEN	
RT-STOCKHOLM	
Ink.	2005-09-27
Doc. 43	Dnr 6990/
Handl.	/2005

Utlåtande

Undertecknad, ledamot av Socialstyrelsens vetenskapliga råd i obstetrik och gynekologi, har av byrådirektör Kerstin Magnusson vid Regionala tillsynsenheten i Stockholm anmodats att inkomma med utlåtande i ärende med diarienummer Dnr 43-6990/2005.

Beskrivning av ärendet

Det hänvisas till övriga handlingar i ärendet.

Min bedömning

Det är välkänd att några patienter utvecklar kroniska smärtor efter en operation. Hur vanligt detta är efter hysterektomi genom pfannenstielsnitt är lite känt. Enligt en dansk studie var andelen patienter som fick kroniska, dagliga smärtor efter kejsarsnitt (merparten opererade med pfannenstielsnitt) ca. 6%.¹ Orsaken till kroniska smärtor i operationsärr är ofta oklar, även om det i vissa fall antas vara sk "nerve-entrapment", dvs direkt (under operationen) eller indirekt (genom ärrbildning) skada av distinkta känslonerver som passerar under huden på nedre delen av buken (N. iliohypogastrica, N. ilioinguinalis eller N. genitofemoralis). Betydelsen av själva operationstekniken för utvecklingen av kroniska smärtor i ett pfannestielärr är dåligt utforskat. Inga moderna studier fokuserar på suturtekniken, dvs om risken för kroniska buksmärter skiljer sig efter fortlöpande jämfört med enstaka suturer. Vid medellinjesnitt, däremot, har man jämfört bruk av kontinuerlig eller Annika Valentin Sääfatta resorberbara suturer till att sy fascien (bindväv runt muskler som suturerna sys igenom. Det är dessa suturerna som sammanhåller ärret till det är läkt). Forskarna fann ingen signifikant skillnad i risken för långtidssmärter mellan de två suturmetoderna (1% och 2%).² När det gäller pfannenstielsnitt finns heller inga moderna studier var man jämfört resorberbar med ej resorberbar sutur. En något äldre sammanställning av publicerade studier rörande suturmateriale och suturteknik vid reparation av skador i bäckenbotten efter förlossning visade dock att korttidssmärter var mindre vanliga efter användning av resorberbara suturer jämfört med icke-resorberbara suturer (silke eller nylon).³ Inga studier fokuserar på om kroniska smärtor i pfannestielärr har samband med hur hårt suturerna har knutits.

För övrigt finns många studier som tyder på att intensiteten av den akuta postoperativa smärtan är en viktig riskfaktor för utveckling av kronisk smärta. OM kronisk smärta utvecklas eller ej betingas av komplexa sammanhang mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Dworkin och Banks föreslog i 1999 en vulnerabilitet-skada-stress-modell för utveckling av kroniska smärtor efter akuta smärtor (som t.ex. i ett färskt operationssår).³ Enligt modellen är utvecklingen av kronisk smärta relaterad till neurobiologiska och psykosociala faktorer som förefinns innan den utlösande händelsen. Sådana neurobiologiska faktorer kan vara genetisk disposition, eller fysiologiska och strukturella avvik efter tidigare skador. Psykosociala vulnerabilitets-faktorer kan vara psykiska och mentala åkommor, inadekvat socialt stöd, stress och psykologiska trauma, samt olika personlighetsfaktorer.³

Det är oklart hur man skall förhindra att kroniska smärtor uppstår i ett operationsärr. T.ex. har studier som syftat till att, genom minskning av den akuta smärtan efter olika operationer, kunna reducera risken för kronisk smärta givit divergerande resultat. Utöver detta är det oklart hur man skall bota kroniska smärtor i operationsärr. En reoperation kan möjligen minska eller eliminera smärtorna hos några; öka smärtorna, eller lämna dom oförändrade hos andra. Inga studier är vägledande för hur utfallet efter reoperation av ett pfannenstielsnitt vill bli. T.ex. anges i föreliggande ärende smärtfrihet efter revision av ärret med avlägsnande av det området i fascien var den gamla suturen antogs ligga, men mikroskopisk undersökning av den avlägsnade vävnaden visade verken rester av suturen eller tecken till inflammation. Sammanfattningsvis kan det finnas många olika uppfattningar bland läkare om smärtor i pfannenstiellärr, men det finns lite vetenskap och beprövad erfarenhet om hur man förhindrar att några patienter får kroniska smärtor i ett ärr, och om hur man kan bota dom.

Även om det inte har framförts klagomål mot de i ärendet nämnda doktorerna Ulf Franneby, Ulf Gunnarsson och Gilman Welply, kan det vara av intresse att veta om de innan 2002 har publicerat vetenskapliga arbeten som de implicerade doktorerna borda ha känt till för att kunna utföra sina skyldigheter som läkare. Genom en sökning av databasen till National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>), som innehåller de flesta av publicerade medicinska artiklar från modern tid, kan man konstatera att så inte är fallet. Ingen av läkarna har publicerat forskning om hur man bäst suturerar pfannenstielsnitt eller åtgärdar kroniska smärtor i pfannenstiellärr.

ANNIKA VALENTIN SÄÄF

träffade Mona Lagerström på sin mottagning 6 Juni 2001. Anledningen till besöket var kroniska smärtor i och runt ärret efter operationen som utfördes i 1997. I tillägg till smärtor av olik karaktär i anslutning till ärret angavs även en djupt liggande smärta. För att ytterligare utreda orsakerna till smärtorna beställdes ultraljudsundersökning och magnetröntgenundersökning (MR) av bukväggen. Till slut kom hon överens med Mona Lagerström om att öppna buken genom pfannenstielläret. Det framgår inte av journalen vad Annika Valentin Sääf förväntade sig att hitta eller kunna göra för att förbättra smärtorna. Visserligen hade hon vid undersökning med två av ena handens fingrar i slidan samtidigt med tryck mot buken med andra handen (sk bimanual palpation) kunnat reproducera en smärta på ett av de områden Mona Lagerström brukade ha ont. En sådan smärta kan möjligen förklaras av sammanväxningar i buken, men inte Mona Lagerströms brännande smärtor samt överkänslighet i ärret på buken. Annika Valentin Sääf påbörjade sålunda en operation utan en i förväg känd nytta. Emellertid kan man knappast klandra Annika Valentin Sääf för detta i efterhand eftersom Mona Lagerströms smärtor var outhärdliga innan operationen och tydligt reducerade efteråt, och hon sedan verkar vara botad genom en liknande operation utförd av Dr Gilman Welply. Under operationen i 2002 friades bindvävsplattan (fascian) från muskelunderlaget (efter tidigare pfannenstielsnitt ligger den ofta fastvuxit mot muskulaturen, i motsats till hos den oopererade människan). Från operationsbeskrivningen framgår inget om att hon skulle ha vidtagit "någon åtgärd i rectusmuskulaturens infästning vid symfyssen", vilket Dr. Ian Goldie den 13:de Maj samma år hävdade var uppenbart. Påståendet måste anses högst spekulativt eftersom det är omöjligt 3 månader efter operationen genom klinisk undersökning att kunna avgöra detta. Operationssåret suturerades med fortlöpande Vicryl i peritoneum, enstaka Vicryl i fascian, enstaka Vicryl i subcutis, och intracutan (i huden) sutur med Monocryl (alla resorberbara suturer). Detta är en variant av ihopsyning av buken som är i överensstämmelse med beprövad erfarenhet. Sammanfattningsvis är det min bedömning att Annika Valentin Sääf har fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen.

KJELL SCHEDVINS

träffade Mona Lagerström på sin mottagning vid två tillfällen, i augusti och december 2002, dvs. efter Annika Valentin Sääfs reoperation samma år. Mona Lagerström var remitterad av Dr. Ian Goldie pga. fortsatta smärtor omkring ärret på buken. Kjell Schedvins journalanteckningar återger Mona Lagerströms symptombeskrivning inkluderande vad som framkom av hennes skisser. Kjell Schedvins antecknar att han har "svårt att komma

underfund med pats. symptom.” Det är fullt legitimt för en läkare att inte förstå orsaken till kroniska smärtor. Som en konsekvens av att inte komma underfund med Mona Lagerströms symptom remitterade Kjell Schedvins henne till ultraljudsundersökning samt till kollega med specialintresse inom smärtproblematik (Elsa Lena Ryding). Sålunda framgår inget som talar mot att Kjell Schedvins fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen.

LENNART HAHN

träffade Mona Lagerström efter hänvisning från Dr. Rabow i januari 2001. Av journalanteckningen framgår att han bedömde smärtillståndet utifrån de informationer han mottagit från Dr. Rabow samt utifrån egna undersökningar. Lennart Hahn bedömde tillståndet som ”komplext” med ”många komponenter”. Han ansåg inte att ”entrapment förelåg”, och heller inte att ytterligare operation var aktuell. Lennart Hahn föreslog i stället behandling med TNS (transkutan nervstimulering) eller läkemedlet Neurontin. Efter besöket har han besvarat brev från Mona Lagerström på 16 sidor med bilagor på 60 sidor. Att Lennart Hahn inte rekommenderar reoperation, i motsats till Annika Valentin Sääf och Dr. Welply, avspeglar kunskapsläget, dvs. bristen på vetenskap och beprövad erfarenhet att ytterligare reoperation med sannolikhet botar kroniska ärrsmärtor. Det ingår naturligtvis i läkares skyldigheter att besvara patienters frågor, men även här måste rimligheten sätta gränser. I och med att han har besvarat Mona Lagerströms ovanligt omfattande brev har han fullgjord dessa skyldigheter med råge. Det ingick inte i Lennart Hahns skyldigheter att problematisera suturteknik vid pffannenstielsnitt, eftersom det vetenskapliga kunskapsläget är lågt och en sådan problematisering knappast hade varit av högre kvalitet än personliga spekulationer. Sammanfattningsvis framgår inget som talar mot att Lennart Hahn har fullgjort sina skyldigheter i yrkesutövningen.

URHO BRINNE

Var verksamhetschef vid Kvinnokliniken, Södersjukhuset vid den tid Annika Valentin Sääf reopererade Mona Lagerström. Såsom verksamhetschef hade han ansvaret för att kliniken bedrev en säker sjukvård. Inget har framkommit i ärendets handlingar som tyder på att så inte var fallet.


BERTIL SJÖBERG

Som verksamhetschef på Kvinnokliniken vid Södersjukhuset hade han ett samtal med Mona Lagerström den 7 augusti 2003. Inget har framkommit som tyder på annat än att han har fullgjort sin skyldighet som läkare och som verksamhetschef.

Referenser

1. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004;48:111-6.
2. Trimpos JB, Smit IB, Holm JP, Hermans J. A randomized clinical trial comparing two methods of fascia closure following midline laparotomy. *Arch Surg* 1992;127:1232-4.
Grant A. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet gynecol* 1989;96:1281-9.
3. Poleshuck EL and Dworkin RH. Risk factors for chronic pain in patients with acute pain and their implications for prevention. In: *Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management, vol 27*, pp 589-606. Eds.: Dworkin and WS Breitbart. IASP Press, Seattle, USA, 2003.

Lund den 26 September 2005



Pål Wölner-Hanssen
Docent, överläkare
Kvinnokliniken
Universitetssjukhuset i Lund

Mona Lagerström

Docent Pål Wölner-Hanssen
Kvinnokliniken
Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund

För kännedom:

Gällande ditt hårdvinklade utlåtande till Socialstyrelsen dnr 43-6990/2005, 26 september 2005, där du ställer upp hypotesen att mina smärtor kunde ha psykosociala orsaker, men där du *inte prövade* hypotesen utifrån allt det material du hade. På s. 2 uttalar du dig snorkigt om publicerade vetenskapliga arbeten gällande andra läkare, men ingenstans i utlåtandet hänvisar du till publikationer som dokumenterar *din* lämplighet att till domstol uttala dig om invalidiserande Vicrylsuturer och adherenser.

Ditt utlåtande kommer att lämnas till Justitiekanslern, till Lunds universitet samt till Vetenskapsrådet.

Jag har redan kritiserat ditt utlåtande i yttrande till såväl Socialstyrelsen som till länsrätten i Stockholm och går inte in på detaljer här. Ditt utlåtande är en skam för hela det svenska vetenskapssamhället. Det är vetenskapssamhället som ska bedöma huruvida utlåtandet uppfyller minimikraven för att kallas vetenskapligt, inte Socialstyrelsen. Enligt min uppfattning perverterar du med ditt utlåtande vetenskapen.

Vad gäller din pervertering av rättsväsendet så är det en fråga för Justitiekanslern.

Se kopia av brev daterat 20 maj 2007 till professor Lars Wiklund, som tillsammans med dig var Socialstyrelsens vetenskapliga råd i mitt ärende. Se också Socialstyrelsens svar, dnr 40-5547/2007 daterat 19 juli 2007, samt mitt svar till Socialstyrelsen 20 juli 2007.

Stockholm 21 juli 2007

Mona Lagerström



UPPSALA
UNIVERSITET

Lars Wiklund

Professor

Institutionen för kirurgiska
vetenskaper/Anestesilogi och
intensivvård

Department of Surgical
Sciences/Anaesthesiology
and Intensive Care Medicine

Akademiska sjukhuset
SE-751 85 Uppsala

Besöksadress/Visiting address:
Inngång 70
Akademiska sjukhuset

Telefon/Phone:
018-611 4851
+46 18 611 4851

Telefax/Fax:
018-55 93 57
+46 18 559357

www.surgsci.uu.se

lars.wiklund@surgsci.uu.se

SOCIALSTYRELSEN	
RT-STOCKHOLM	
Ink.	-12- 0 6
Desa. 43	Dnr 6990
Handl.	KM / 2005

aw
Socialstyrelsen
Regionala tillsynsenheten i Stockholm
106 30 Stockholm

Betr Dnr 43-6990/2005

Jag har såsom medlem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd anmodats att granska ovanstående ärende med särskild vikt lagd på de förhållanden som sammanhänger med de sår- och ärr-smärtor som patienten Mona Lagerström [redacted] fått efter en bukoperation och den smärtdiagnostik och terapi hon senare erhållit, eller borde ha erhållit. Jag har för detta ändamål tillställts ett omfattande källmaterial liksom bland annat kopior på beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och inlägga från ifrågavarande patient genom sitt juridiska ombud. För att grundligt gå igenom vad som i denna sak förekommit har jag förutom konsultationer med mina smärtbehandlande kollegor rådgjort med internationell expertis från en av världens förnämsta smärtkliniker och dessutom deltagit i ett möte mellan svenska, andra nordiska liksom brittiska bukväggskirurger som vid ett möte särskilt ägnat sig åt smärtor som kan uppstå som en konsekvens av kirurgi via bukväggen.

För en genomgång av händelseförloppet i det föreliggande fallet hänvisas till tidigare utredningar och inlagor i ärendet.

Min bedömning av det vetenskapliga underlaget:

Det förefaller vara klart att mer eller mindre alla thorax- och bukoperationer liksom trauma mot dessa kroppsdelar inte sällan ger upphov till besvär från den skadade kroppsdelens. Så mycket som 30% av patienterna har vid uppföljande undersökningar företagna 2-3 år efter den primära kirurgin eller skadan besvär i form av bedövningskänsla och smärtor i varierande grad från det gamla sårområdet. Incidensen efter thoraxkirurgi är ännu högre. Nu är det så väl att denna stora mängd patienter inte har ett,

W

enligt dem själva, ~~ett~~ svårt lidande. Dock har så många som upp till 3-4% av patienterna så svåra besvär från sitt ärr område att de har svårt att klara sitt dagliga liv utan nödgas söka specialisthjälp för att kupera smärtorna och över huvud taget hårda ut. Vad gäller konsekvenser av bukkirurgi så finns inga signifikanta skillnader i incidens av dessa postoperativa besvär mellan olika vanliga kirurgiska buksnitt eller kirurgiska tekniker, och inte heller mellan till exempel olika under senare decennier använda suturmaterial. Detta står alltså i viss kontrast till det som ibland hävdas från enskilda kirurger. Detta hindrar inte att skillnader kan finnas i utfallet mellan dessa, bara att det inte finns något vetenskapligt underlag för att påstå att sådana skillnader skulle finnas. Vad anser man då om genesen till de besvär som kan uppstå från ett tidigare sårområde? Man misstänker allmänt att den primära skadan uppstår i en nerv som skadats av incisionen, den därpå utförda kirurgin eller genom de suturer man anbringar för att till slut sy ihop operationssåret, men några egentliga bevis för vilka faktorer i kirurgin som betyder mest finns knappast. Det förhållandet att ofta en viss bedövningskänsla kan fås fram vid klinisk undersökning av sårområdet och att ibland, men mera sällan, en punktuell uttalad ömhet i en liten del av samma område kan verifieras, anser emellertid en del läkare tala för att den primära nervskadan finns att söka i operationsområdet. Det senare anses i så fall ofta bero på att nerven läkt med s.k. neuro-nombildning. En vanligare uppkomstmekanism till dessa kroniska besvär synes emellertid, enligt senare års synsätt, någon ännu okänd process inom det centrala nervsystemet vara. För detta talar bl.a., enligt en nyligen publicerad artikel, det förhållandet att en anbringad nervblockad (t.ex. en epiduralblockad eller lokalanestesiinfiltration) under själva ingreppet, eventuellt såsom tillägg till narkosen, får till effekt att incidensen av långvariga postoperativa besvär från det gamla sårområdet minskar, och att även de lokala besvären kan minska genom att använda farmaka som har sin effekt inom det centrala nervsystemet, och omvänt, att regionala blockader med lokalbedövning, trots att de ibland ges upprepade gånger, inte har reproducerbar effekt mot ärrsmärtan. Ytterligare en ganska unisont omfattad kunskap talar för den centralnervösa genesen till de postoperativa besvären från ett gammalt kirurgiskt ärr är det faktum att förnyad kirurgi mot ett sådant område sällan botar utan klart oftare förvärrar symptomen. Detta gäller i synnerhet om flera reoperationer företas. Om sådana reoperationer företas hittar man också patologiskt-anatomiskt sällan tecken på neurinom, nervskada eller nervskadande sutur eller inflammation, som skulle kunna tyda på något av de just nämnda skademekanismerna. De mest uttalade smärttillstånden, totalinvalidiserande sådana, hittar man oftast på patienter som endera fått sina symptom förvärrade av

W

upprepad kirurgi, eller omvänt, genom att patientens lidande har tyckts kirurgen så svårt att han/hon känt sig tvingad att göra "något" operativt för att försöka lindra smärtorna. Det senare är bakgrunden till att de flesta kirurger är utomordentligt restriktiva till att företa upprepade operationer på ett gammalt kroniskt värkande ärrområde, och samtidigt till att många smärterapeuter ofta gör upprepade fruktlösa diagnostiska och terapeutiska försök i akt och mening att åtminstone lindra när man inte förmår bota en patient.

I mina försök att av mina svenska och utländska kollegor få invändningar mot detta synsätt har jag misslyckats. För att illustrera varpå mitt synsätt bl.a. är grundat bifogar jag kopia en artikel som just publicerats i en mycket välrenommerad medicinsk tidskrift.

Min bedömning av den smärtdiagnostik och terapi som kommit patienten till del resp. inte kommit till del:

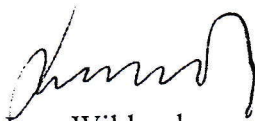
Jag har koncentrerat mig på att göra en bedömning av de diagnostiska och terapeutiska principer man använt sig av vid behandling av den aktuella patienten. Jag har alltså inriktat mig på en helhetsbedömning mot bakgrund av den sammanfattning jag ovan gjort av den vetenskapliga bakgrunden, som den uppfattas av mig och de kollegor jag konsulterat. Jag menar att det största problemet i handläggningen av det smärtsyndrom som den aktuella patienten uppvisade var, att de inblandade läkarna inte förmått att förmedla den stora brist på reell kunskap som föreligger vad gäller vad gäller just undersökning och behandling av kronisk smärta i ett ärrområde. Mot denna bakgrund av mycket osäkert vetande, som jag ovan beskrivit, kan man faktiskt lika gärna hävda att de läkare som enligt patienten lyckats bäst, och i mindre grad än de som klandras av samma patient, agerat enligt "vetenskap och beprövad erfarenhet". Kunskapsunderlaget är emellertid så bräckligt att andra fullt respektabla läkare kan hävda motsatsen, grundat på deras personliga erfarenhet. Det finns exempel härpå i detta fall. Man vet t. ex att en diagnostisk lokalanestesiblockad, trots att dess resultat initialt kan verka övertygande, inte är ett pålitligt diagnostikum. Man vet att upprepad kirurgi i ett sårområde absolut inte är att rekommendera. Trots detta händer det, som detta fall, att revision och borttagande av vävnad från ett sårområde i enstaka fall kan hjälpa, men alltför ofta blir bara smärtorna ännu värre. Emellertid när man, som i detta fall, många gånger ber eller låter en patient återkomma till en läkarmottagning utan påtagliga och bestående behandlingsresultat på de symptom som vederbörande söker för, är det enligt min mening väldigt viktigt att så tidigt som möjligt och så lättfattligt som möjligt klargöra vad man som smärterapeut tror sig kunna åstadkomma, dessvärre mycket sällan bot

W

utan oftast bara en kanske temporär lindring. Smärtterapi blir därmed ofta mera en fråga om pedagogik än en medicinsk terapeutisk metod direkt inriktad mot smärtan. I detta avseende är det uppenbart att mer eller mindre alla läkare som handlagt fru Lagerströms besvärliga smärtor misslyckats. Dock, bl.a. i den korrespondens som fru Lagerström haft med en del kollegor i sitt sökande efter att själv förstå, har vissa försökt förklara sammanhanget, men dessvärre också då med otillräckligt resultat.

Sammanfattning: Jag har ovan försökt skilda vad jag uppfattar som "vetenskap och beprövad erfarenhet" inom det område som rör diagnostik och behandling av kroniska ärrsmärtor i bukväggen. Problemet är dessvärre att detta område inte innefattar någon av alla accepterad vetenskap vad gäller behandling, som mera är grundat på "erfarenhet" och då faktiskt inte alltid allmänt accepterad sådan, utan personlig erfarenhet. Den nu aktuella patienten verkar vara ett exempel på att terapi grundad på personlig erfarenhet har lyckats bättre och följaktligen blivit bättre accepterad av den enda som kan känna smärtan, nämligen patienten själv. Mot denna bakgrund måste jag ödmjukt acceptera att det som jag och många andra inom facket uppfattar som vetenskapens nuvarande ståndpunkt kanske inte är den enda utan acceptera behandling mera grundad på personlig erfarenhet i stället för det som jag uppfattar som vetande. Med andra ord kan jag inte finna någon grund att rikta så allvarlig kritik mot någon av de inblandade smärtläkarna att jag vill klandra dem för något annat än att de uppenbarligen inte förmått att för patienten förklara sitt och allas vårt bristande vetande inom det område som vi kan kalla behandling av kronisk värk inom ett ärrområde.

Uppsala den 3 december 2005



Lars Wiklund
Professor i anesthesiologi och intensivvård
Specialistkompetent inom anesthesiologi, intensivvård och
smärtterapi
FRCA

Mona Lagerström

Professor Lars Wiklund
Institutionen för kirurgiska vetenskaper/
Anestesiologi och intensivvård
Akademiska sjukhuset
751 85 Uppsala

Gällande ditt utlåtande till Socialstyrelsen Dnr 43-6990/2005 daterat 3 december 2005 och det du kallar "sår- och ärrsmärtor" som jag ska ha fått "efter *en* bukoperation" (min kursivering). Min anmälan gällde två operationer, båda utförda på SÖS.

Så snart jag är klar med boken jag håller på att skriva om hur hänsynslöst sjukvårdsskadade patienter behandlas i Sverige och sjukvårdsskadade patienters totala avsaknad av rättssäkerhet i Sverige kommer jag att lägga ut *alla* handlingar i ärendet på internet, på både svenska och engelska, tillsammans med fotografierna av de indragna Vicrylsuturena op. 2002, där det också mycket tydligt syns att något är fel i ärrret på vänster sida, samt fotografier av den engelske gynekologen Gilman Welplys åtgärd. Även det här brevet kommer således att läggas ut på internet, liksom ditt svar.

Du undertecknar ditt utlåtande med FRCA. Jag tolkar det som att du är Fellow of the Royal College of Anaesthetists. På deras hemsida framkommer det att de ställer krav på sina fellows. I boken skriver jag att ditt utlåtande är en skam för hela det svenska vetenskapssamhället. Du får gärna skriva ditt svar på mitt brev direkt på engelska, eftersom ditt svar i allra högsta grad vänder sig till The Royal College of Anaesthetists.

Mina besvär gällde indragna Vicrylsuturer med en 3 cm hög stenhård hyperöm korv ovanför efter Pfannenstielsnitt 1997, som löstes *med mirakulöst och bestående resultat* reop. 2002. Men operatör Annika Valentin Sääf sydde på nytt med Vicryltråd under huden och inne i kroppen. Hon vidtog också en speciell åtgärd när hon sydde ihop vänster sida, vilket hon inte skrivit in i operationsberättelsen men som alltså syns på fotografier tagna nästan 3 år senare. De nya Vicrylsuturena, som låg 3–4 cm nedanför de gamla, blev även de indragna, jag fick en ny stenhård hyperöm korv ovanför. Gynekolog Gilman Welply i London ställde hypoteserna för snävt åtdragna suturer, alltså att Vicryltråden gett upphov till vävnadsretning. Vävnadsprov op. 2004 i London visade på kraftig ärrvävnad, vilket förklarar den stenhårda hudutbuktningen. Jag misstänkte även nya adherenser, vilket bekräftades av operationen i London.

I ditt utlåtande diskuterar du inte **mina specifika besvär**, invalidiserande Vicrylsuturer, invalidiserande sammanväxning av tjocktarm och bukvägg samt den åtgärd som Annika Valentin Sääf gjorde vä sida. I stället för du en diskussion om smärtor i operationsärr i största allmänhet, *trots att hela min överklagan 3 juni 2005 beskrev hur de anmälda läkarna nonchalerade smärtor i operationsärr och adherenser och ville få det till att mina besvär var psykiska*. HSAN friade ju läkarna med motiveringen att sambandet mellan mina smärtor och operationen 2002 var *oklart*. Du skriver långt och utförligt för

att få det att låta vetenskapligt, men allt du skriver är bara tomma ord eftersom det du skriver inte har med mig eller de anmälda läkarnas agerande att göra. Åtta läkare var anmälda. Du friar läkarna kollektivt utan att nämna deras namn eller vad varje enskild läkare du friar var anmäld för. Du påstår att deras lagstridiga agerande handlar om *pedagogik!* Du skriver: "Jag menar att det största problemet i handläggningen av det smärtsyndrom [som du *inte* beskriver] som den aktuella patienten uppvisade var, att de inblandade läkarna [vilka?] inte förmått förmedla den stora brist på reell kunskap som föreligger vad gäller just undersökning och behandling av kronisk smärta i ett ärrområde" (s. 3). Din kollega anestesiläkare Olle Sandelin har avlägsnat en viktig journalhandling (fotografi av ärrret op. 1997) från Smärtkliniken Kronan och förfalskat en journalanteckning och du friar honom med motiveringen att allt handlar om *pedagogik!*

Varken Socialstyrelsen eller länsrätten tog hänsyn till min kritik 8 mars 2006 av ditt utlåtande (Socialstyrelsen dnr 43-3285/2006, 30/3 2006, länsrätten rotel 224, mål nr 21300-2004, dom 29/9 2006), trots att jag strimlade ditt synnerligen vetenskapligt ohederliga utlåtande. Jag förutsätter att Socialstyrelsens byrådirektör Kerstin Magnusson vidarebefordrade min kritik till dig så att du fick tillfälle att bemöta den samt studera fotografierna av op.ärr 2002 SÖS och 2004 London, som jag bifogade kritiken, innan Socialstyrelsen fattade beslut att stå fast vid sitt beslut 6/12 2005 att utifrån ditt och Pål Wölner-Hanssens utlåtande bestrida min överklagan.

Läkare, jurister, patientsäkerhetsaktivister, människorättsaktivister m. m. världen över kommer att kunna ta del av ditt utlåtande och jämföra det med min anmälan av de åtta läkarna och fotografierna.

Å svenska sjukvårdsskadade patienters vägnar vädjar jag i boken om hjälp från Human Rights Watch och internationella experter på rättssäkerhet och ansvarsutkrävande. HSAN är en skamfläck i ett rättssamhälle. Länsrätten är bara en kuliss för Socialstyrelsens vetenskapliga råd, alltså för dig. Förvaltningsdomstolarna har abdikerat och överlåtit rättskipningen på er läkare. Det ärende du har uttalat dig om ligger nu i Regeringsrätten (rotel 90, mål nr 1379-07). Jag skriver i min begäran om prövningstillstånd att jag har för avsikt att föra ärendet till Europadomstolen för de mänskliga rättigheterna under åberopande av Europakonventionen *Artikel 6. Rätt till en rättvis rättegång 1*. Syftet är att få till stånd en förändring i det svenska rättsväsendet när patienter anmäler läkare för lagbrott.

Som du vet är ett av kriterierna på en vetenskaplig text att läsaren ska kunna verifiera allt som påstås i texten. Därför ber jag dig om en kopia av den artikel du nämner på s. 3 "För att illustrera varpå mitt synsätt bl.a. är grundat bifogar jag kopia [av] en artikel som just publicerats i en mycket välrenommerad medicinsk tidskrift". Så uttalar sig inte en seriös vetenskapsman. Författarnamn, titel på artikeln och var och när den är publicerad ska stå utsatt. Jag är utomordentligt angelägen om att få veta ifall den artikel du åberopar diskuterar mitt specifika problem – indragna Vicrylsuturer med hyperöm stenhård 3 cm hög korv ovanför efter två operationer.

På s. 1 skriver du: "För att grundligt gå igenom vad som i denna sak förekommit har jag förutom konsultationer med mina smärtbehandlande kollegor rådgjort med internationell expertis från en av världens förnämsta smärtkliniker och dessutom deltagit i ett möte mellan svenska, andra nordiska liksom brittiska bukväggskirurger

som vid ett möte särskilt ägnat sig åt smärtor som kan uppstå som en konsekvens av kirurgi via bukväggen." Så vagt uttrycker sig inte en seriös vetenskapsman, i synnerhet inte i ett utlåtande till domstol.

Inte heller är det möjligt att veta vad det är för slags "uppföljande undersökningar" du refererar till på s. 1–3 eller vad "enligt en nyligen publicerad artikel", s. 2, syftar på.

Jag är tacksam om jag kan få

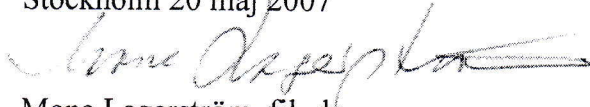
- namn på dina "smärtbehandlande kollegor" och deras specialistkompetens, alla smärtiläkare är ju inte narkosläkare
- namn på den internationella expertis du har rådgjort med samt deras specialistkompetens
- namnet på "en av världens förnämsta smärtkliniker" så att jag kan kontakta kliniken och själv förhöra mig om hur de behandlar indragna Vicrylsuturer enligt fotografierna och det på fotografier synliga besväret i ärrets vänstra sida samt den stenhårda korven tvärs över hela buken. Hur skulle de förfara med de invalidiserande Vicrylsuturerna och korven 2002 då lösningen av Vicrylsuturerna och korven från op. 1997 gav bestående mirakulösa resultat? Skulle de till exempel påstå att de invalidiserande smärtorna i Vicrylärret var psykiska därför att det är en bagatell hur man syr och med vilket material, vilket gynekolog Kjell Schedvins KS hävdade? Och därför remittera mig till en psykosomatisk enhet? Därför att det inte finns tillräckligt med publicerade artiklar i ämnet, vilket du påstår? Och därför är det fritt fram att negligera miraklet då Vicrylsuturerna op. 1997 löstes? Eftersom det miraklet inte är vetenskapligt bara patientens subjektiva upplevelse? Hur behandlar de sammanväxning av tjocktarm och bukvägg? Med samtalsterapi? Skulle de föreslå samtalsterapi för besvären i ärrets vänstra sida också? Där Gilman Welply lade in en extra mycket synlig flik nät?
- när och var mötet mellan bukväggskirurger ägde rum och kopia av de papers som diskuterade invalidiserande Vicrylsuturer enligt ovan nämnda beskrivning och adherenser och besvären i ärrets vänstra sida
- titlar på de uppföljande undersökningar om smärtor i operationsärr som du refererar till på s. 1–3 och var de finns publicerade
- titel på den nyligen publicerade artikeln du nämner på s. 2.

Jag är också angelägen om att du förklarar varför du inte med ett ord nämner adherenser i ditt utlåtande, då ju 60–90 procent av alla kvinnor som genomgår gynekologiska operationer drabbas av adherenser som kan leda till **buksmärtor**, tarmvred och infertilitet (källa: Anette Sjöstens doktorsavhandling med titeln *Retrograde migration of starch particles in the female genital tract* (s. 1, 2004). Boken nämns på s. 30 i min överklagan till länsrätten 3 juni 2005 som du hade som underlag för ditt utlåtande. Anette Sjöstens avhandling består bland annat av en enkätundersökning bland 1 200 gynekologiska kirurger i Sverige om sammanväxningar, publicerad i *Eur J Surg* 1999; 165: 736–741. I min kritik 8 mars 2006 av ditt utlåtande ges på s. 4–5 en beskrivning av enkätundersökningens resultat.

Det är din skyldighet som smärtiläkare att känna till vilka fruktansvärt invalidiserande smärtor sammanväxning av tjocktarm och bukvägg kan ge upphov till. Och det är synnerligen vetenskapligt ohederligt av dig att förtiga sammanväxningar helt och hållet i ett utlåtande till domstol gällande läkare som anmälts för att de bland annat har negligerat sammanväxningar.

Slutligen är jag angelägen om att du berättar vad du begärde i arvode av Socialstyrelsen för ditt utlåtande.

Stockholm 20 maj 2007



Mona Lagerström fil. dr

Professor Lars Wiklund
Sveavägen 2
752 36 Uppsala

K O P I A

Socialstyrelsen
Regionala tillsynsenheten i Stockholm
106 30 Stockholm

SOCIALSTYRELSEN RT-STOCKHOLM	
Ink. 2007 -05- 3 0	
Doss. 40	Dnr 5547/
I handl. /2007	

Hej!

Har fått klagomål från en patient där jag på ert uppdrag tidigare gjort en bedömning av det medicinska innehållet av den vård som vederbörande patient framfört klagan mot. Jag menar att om man inte är nöjd med min bedömning skall detta framföras till uppdragsgivaren, dvs Socialstyrelsen. Jag har själv ingen önskan om att inlåta mig i en debatt om detta i direktkontakt med patienten eftersom min del i detta enbart grundar sig på ett uppdrag från Socialstyrelsen. Med anledning av detta översänder jag patientens klagan till Socialstyrelsen.

Vänliga hälsningar



Lars Wiklund
Medlem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Mona Lagerström



Ang. din skrivelse till Socialstyrelsens vetenskapliga råd

Du har den 20 maj 2007 tillskrivit Socialstyrelsens vetenskapliga råd i anesthesiologi och intensivvård, professor Lars Wiklund. Professor Wiklund har överlämnat din skrivelse till Socialstyrelsen för svar.

I skrivelsen ifrågasätter du professor Wiklunds slutsatser i utlåtandet den 3 december 2005 (Socialstyrelsens Dnr. 43-6990/2005). Du begär även diverse kompletterande uppgifter om bl.a. vilka källor professor Wiklund använt sig av samt vilket arvode han begärt för utlåtandet.

Socialstyrelsens generaldirektör har beslutat att ersättning till vetenskapliga råd från den 1 juni 2003 utgår med 800 kr per timme, dock högst 8 000 kr per uppdrag. Socialstyrelsen har ersatt professor Wiklund med 8 000 kr, brutto, för ovan nämnt utlåtande.

Professor Wiklunds utlåtande har ingått i det beslutsunderlag som legat till grund för Socialstyrelsens inställning i mål nr. 21300-04, Länsrätten i Stockholm län. Din skrivelse, med frågor, får därmed förstås som att du ifrågasätter styrelsens inställning i målet. Vad du anför i din skrivelse föranleder dock inte Socialstyrelsen att ändra inställning. Länsrättens dom har överklagats och handläggs av Regeringsrätten. För det fall du har omständigheter som du vill anföra bör du därför framföra dem till Regeringsrätten.

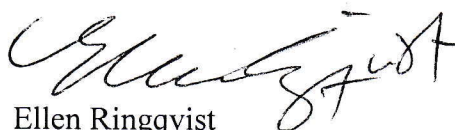
Med ovanstående information avslutar Socialstyrelsen ärendet.

Beslut

Ärendet avslutas.

Beslutet har fattats av enhetschefen Staffan Blom efter föredragning av juristen Ellen Ringqvist.

Enligt Socialstyrelsens beslut



Ellen Ringqvist

Mona Lagerström

Enhetschef Staffan Blom
Socialstyrelsen
Regionala tillsynsenheten i Stockholm
106 30 Stockholm

Ang. dnr 40-5547/2007, beslut 2007-07-19

Jag begär att få kopia av följebrevet som Socialstyrelsens vetenskapliga råd professor Lars Wiklund skickade till Socialstyrelsen tillsammans med kopian av mitt brev adresserat till honom och daterat 20 maj 2007.

Professor Lars Wiklund är *ensam* ansvarig för sina handlingar. Jag begärde att få källhänvisningar *av honom*. De skulle användas som underlag för den bok jag håller på att skriva om hur läkarna tillåts pervertera både vetenskapen och rättsväsendet.

Nu klampar Socialstyrelsen in och fritar Lars Wiklund från allt ansvar och hänvisar till Regeringsrätten. Dessutom ger Socialstyrelsen sken av att det ingår i Socialstyrelsens befogenheter att definiera vad som är vetenskap. Enligt Socialstyrelsens beslut 19 juli 2007 krävs inga källhänvisningar av de vetenskapliga råden. Socialstyrelsen beslutar också att patienten inte har rätt att kontrollera de källor ett vetenskapligt råd, utan källhänvisning, lyfter fram som skäl att fria läkare.

Professor Lars Wiklunds utlåtande 3 december 2005, dnr 43-6990/2005, kommer, tillsammans med Socialstyrelsens beslut, att skickas till Justitiekanslern, till Uppsala universitet samt till Vetenskapsrådet. Socialstyrelsen måste känna till att Vetenskapsrådet är angeläget om en hög etisk medvetenhet hos de svenska forskarna och att Vetenskapsrådet också har gett ut en skrift med riktlinjer för god forskningssed. Socialstyrelsens beslut går stick i stäv med dessa riktlinjer.

Professor Lars Wiklund begärde och fick 8 000 kronor av skattemedel för att skriva ett synnerligen vetenskapligt ohederligt utlåtande som varken har med mina besvär att göra eller med min anmälan av de olika läkarna.

Det är inte Socialstyrelsens sak att avsluta det ärendet.

Stockholm 20 juli 2007

Mona Lagerström

Läkare med fokus på patienten ny chef för patientnämnden i Stockholm

– En patient förväntar sig inte att få upprättelse från systemet när något har gått snett, utan behöver en mänsklig kontakt och gärna en ursäkt. Det säger Staffan Blom, som i nästa vecka blir chef för Patientnämnden i Stockholm län.

Staffan Blom är distriktsläkare i botten och har varit chefsläkare i Uppsala en period i mitten på 1990-talet. Sedan slutet på samma decennium har han dock varit anställd på Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter i Umeå och Jönköping och haft uppdrag för Socialstyrelsen i Malmö.

– Och 2006 blev jag chef för tillsynsenheten här i Stockholm.

Men nu ska han alltså ta över ledarskapet för Sveriges största patientnämnd. Patientnämnderna är den instans som tar emot allra flest ärenden i form av klagomål och synpunkter från patienter (se ruta). Cirka 25 000 ärenden om året hanterar patientnämnderna, att jämföra med HSN:s knappt 5 000 och Socialstyrelsens cirka 2 000 lex Maria-anmälningar. Trots det finns det många läkare som inte ens vet om patientnämndernas existens.

Enligt den nya patientsäkerhetslagen som träder i kraft vid årsskiftet (se LT nr 16/2010), ska HSN inte längre ta emot anmälningar från enskilda och heller inte dela ut disciplinpåföljder utan ska enbart ägna sig åt behörighetsärenden.

– Prövotider, personer som på grund av mindre lämplighet eller omdömeslöshet ska bli av med sin legitimation eller få sin förskrivningsrätt indragen. Där har HSN en jätteviktig funktion att fylla.

Staffan Blom tror att rädslan för påföljd kan ha haft en hämmande effekt på viljan att rapportera negativa händelser. Nu när disciplinpåföljderna försvinner hoppas han på en ökad anmälningsbenägenhet från värden själv till Socialstyrelsen.

– Man har mer att jobba med. Vårdskademätningarna visar att man inte har kommit tillräckligt långt fram. Det här är kunskap som man måste använda inom den egna organisationen.

Men för patienterna som blivit skadade av värden eller varit med om ett till-



Patientnämnden i Stockholm får en läkare som chef.

– Men jag ser mig mer som en tjänsteman, dock med en mera medicinsk utbildning och bakgrund, säger Staffan Blom ödmjukt.

bud kan det finnas ett behov av upprättelse som inte får glömmas bort.

– Det kan vara det svåraste. Många känner sig kränkta, och det första värden borde göra är att be om ursäkt.

Det visar, enligt Staffan Blom, på ett gott omdöme och att man är en seriös och professionell yrkesutövare.

– Sjukvården är en så komplex verksamhet så det ligger i sakens natur att

saker och ting kan gå fel. Vi är inte ofelbara. Alla gör fel i alla verksamheter, alla organisationer. Det är bara att inse det. Då tycker jag att man också kunde stå för det när det de facto har gått fel.

Staffan Blom tror absolut att grunden till de flesta misstag står att finna på systemnivå men säger att en patient inte förväntar sig att få upprättelse från systemet utan behöver en mänsklig kontakt.

- 1
- 2 – Det andra som bör göras när en negativ händelse inträffat är att tala om för patienten varför det gick snett, och det tredje är att tala om vad man har gjort för att det inte ska hända igen.
- 3

Enligt Staffan Blom har man prövat detta i USA och på så vis kunnat minska stämningansökningarna till en tredjedel.

– Helt enkelt för att man gick patienten till mötes!

Och bland annat här kan patientnämnderna bidra med viktiga pusselbitar i patientsäkerhetsarbetet.

– Patientnämnden kan tillvara de erfarenheterna som patienten bidrar med. Det tycker jag kanske inte att Socialstyrelsen har gjort i tillräcklig utsträckning. Här finns en enorm källa med kunskap genom patienternas synpunkter, klagomål och frågor och annat som kan leda till kvalitetsförbättringar!

En patientnämnd i varje landsting

Sedan 1992 är det lag på att en förtroendenämnd ska finnas i varje landsting och kommun. Nämnden ska vara en opartisk instans dit patienter kan vända sig med frågor, klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvården samt viss tandvård. I de allra flesta landsting kallas nämnden numera för patientnämnd.

Många kommuner köper sin förtroendenämndsverksamhet från landstingets nämnd.

Patientnämnderna har också i uppdrag att på begäran utse stödpersoner åt dem som tvångsvårdas inom psykiatri.

Patientnämndernas absolut vanligast ärenden rör behandling, därefter kommer frågor om bemötande och tillgänglighet. En hel del ärenden handlar också om juridik, ekonomi administration, omvårdnad och samverkan. Patientnämnden kan ald-

rig komma med sanktioner mot vårdgivare eller enskilda yrkesutövare, istället eftersträvas dialog för ömsesidig förståelse.

Just nu ligger en proposition om en ny patientsäkerhetslag som ska börja gälla från årsskiftet. Enligt den blir vårdgivaren skyldig att informera patienter som varit utsatta för en negativ händelse om bland annat landstingens patientnämnder. Enligt propositionen beräknas patientnämndernas ärendemängd öka i och med att möjligheten att anmäla till HSN går för den enskilda patienten. Det kommer också att öka landstingens kostnader för patientnämndernas verksamhet. Men regeringen skriver i propositionen att dessa kraftigt understiger de kostnader som i dag uppstår på grund av brister i patientsäkerheten, varför inga extra medel skjuts till. ■