

Allergiåret 95 – ett mobiliseringsår

Gösta Alfvén framförde i Läkartidningen 26–27/96 kritik mot »informationen under allergiåret» [1]. Bland annat efterlystes diskussion kring bakomliggande systemfel och miljöförändringarnas effekter.

Allergiåret 95, initierat av Allergiprogrammet vid Folkhälsoinstitutet och genomfört i samarbete med bl a Svenska Läkaresällskapet, föregicks av probleminventeringar [2–4]. Vi känner inte till orsakerna till allergiökningen, men epidemiologiska studier och preventionsstudier ger stöd för att tidig exponering för tobaksrök, fuktproblem i bostaden, tidig djurkontakt och kort amnings-tid är kopplade till luftvägs- och hudproblem, speciellt vid allergi i familjen. »Fuktproblem» är en väsentlig riskfaktor för luftvägsproblem och allergi – även i områden med låg kvalsterförekomst.

Skriften om utomhusmiljön handlar till stor del om effekter av utomhusmiljöförändringar. Flera sådana kan utlösa besvär hos känsliga grupper, och de bidrar till ett ökat antal akutbesök och sjukhusinläggningar på grund av astma. Kvävedioxid och ozon fungerar som adjuvans vid samtidig allergenexponering (pollen, kvalster). Den ökade allergiförekomsten kan dock inte kopplas till luftföroreningar som svaveldioxid och sot. Ozon ökar sensibiliseringsrisken hos försöksdjur, men kan inte förklara någon stor andel av nydebuterande astma eller allergi. Åtgärdsrekommendationerna beträffande utomhusmiljön gäller reduktion av de viktigaste luftföroreningarna. Därmed kan även primär prevention åstadkommas, om nu misstankarna att utomhusluftföroreningar bidrar till ökningen av allergier skulle vara riktiga.

Högriskgrupper

Allergiförebyggande arbete före Allergiåret 95 har tagit fasta på högriskgrupper – barn vars båda föräldrar har eller har haft mångårig behandlingskrävande allergisk sjukdom eller där en förälder eller ett syskon haft svår allergi. Högriskgruppen svarar bara för 10 procent av samtliga med allergibesvär före 11 år [5]. Därför har vi under Allergiåret 95 informerat hela befolkningen om vad man

KORRESPONDENS



Allergiframkallande.

kan göra för att förebygga allergibesvär, framför allt att minska barnens exponering för tobaksrök, fukt, kvalster och husdjur – främst under de första levnadsåren – samt om det positiva med amning. Det är oetiskt att inte informera här om i avvaktan på att forskning skall påvisa vilka förändringar i vår miljö och livsstil som ligger bakom ökningen.

Tvårt emot vad Gösta anför har vi fokuserat kampanjen mot miljöåtgärder och inte skyllt allt på ärftliga faktorer. Råden är däremot extra viktiga vid allergi i familjen.

Mycket har satsats på att bygga upp grupper som lokalt kan arbeta vidare med allergiförebyggande arbete. Samordning måste ske med Agenda 21-arbetet. Det pågår nu i en tredjedel av landets kommuner.

Allergiåret 95 var ett mobiliseringsår och ett led i en långsiktig strategi för att minska allergierna i Sverige. I det arbetet behövs alla krafter, inte minst olika sektorer inom den medicinska professionen.

Gunnar Bylin
docent, Huddinge
N-I Max Kjellman
professor, Linköping

Referenser

1. Alfvén G. Galopperande allergiutveckling måste åtgärdas »uppströms». Läkartidningen 1996; 93: 2493–4.
2. Sundell J, Kjellman NIM. Luftten vi andas inomhus. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1994: 16.
3. Bylin G, Boström C. Luftten vi andas utomhus. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1994: 17.
4. Formgren H. Omfattningen av allergi och annan överkänslighet. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1994: 18.
5. Croner S, Kjellman N-IM. Development of atopic disease in relation to family history and cord blood IgE levels. Eleven-year follow-up in 1654 children. Pediatr Allergy Immunol 1990; 1: 14–20.

Spiksoppa i prioriteringsdebatten

I en debattartikel (Läkartidningen 36/96) ondgör sig tre plastikkirurger över två attitydundersökningar kring prioriteringar som genomförts vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE). Man skräder inte orden, utan talar om okunskap, historielöshet och utvecklingsnihilism (sic). Det är oklart om artikelförfattarna åsyftar IHE, oss rapportförfattare eller respondenterna, men det står klart att man är upprörd. Den fyra sidor långa debattartikeln baseras på två undersökningar som genomfördes 1991 respektive 1993.

I den rapport där den första studien redovisas [1] återfinns beteckningen »plastik-kirurgisk teknologi» i ett diagram (slarvigt uttryckt, det medges), men i övrigt omnämns verksamheten inte med ett ord. Plastikkirurgin utpekade inte ens som ett av de mest lågprioriterade områdena.

I den andra rapporten används beteckningen »plastikkirurgi» och både sjuksköterskor, administratörer och sjukvårdspolitiker väljer i studien att lågprioritera denna verksamhet [2]. Även många läkare är beredda att minska tilldelningen till plastikkirurgin under de förutsättningar som formuleras i frågan.

Varför väljer man då så fel enligt artikelförfattarna? Jo, för att respondenterna vilsetts genom att beteckningen plastikkirurgi använts istället för estetisk kirurgi. Men är det

verkligen enbart vårt fel om dessa sjukvårdsaktörer, inklusive läkarna, förknippas plastikkirurgi med »skönhetsoperationer»? Vårt syfte var att skapa fördjupad debatt kring möjligheten att prioritera mellan specialiteter, inte att föreslå vissa prioriteringar. Nu har åren gått, och mycket vatten har runnit under broarna. Inte minst har en prioriteringsutredning presenterat sitt förslag. I detta läge känns det inte angeläget att diskutera språkbruket i två gamla arbetsrapporter. Av dessa ynka spik går det knapptast att koka någon särskilt nyttig soppa.

En del missuppfattningar

Tyvär måste även en del missuppfattningar påtalas. I en faktaruta radar författarna upp en mängd sjukvårdsverksamheter och hävdar att dessa är »sjukvårdens uppgifter enligt IHE». För det första har IHE aldrig funnit anledning att uttrycka någon ståndpunkt i dessa frågor. För det andra står det klart och tydligt att läsa i texten att indelningen av verksamhetsområden motiveras av »att de uppräknade svarsalternativen på något sätt figurerat i sjukvårdsdebatten under nämnda rubriker».

Författarna till debattartikeln konstaterar vidare att de olika verksamhetsområdena rymmer så stora kostnadsvariationer att en neddragning inte alltid motsvaras av ett resurstillskott. Just dessa svårigheter behandlas i rapporterna och även i frågeformulären påtalades detta för respondenterna.

Lite yrvaket!

Plastikkirurgin offras, lyder artikelrubriken. Om nu detta är fallet så gjorde åtminstone vi vad vi kunde för att upplysa om vilka attityder som florerade ute i sjukvårdsvärlden. Att då många år senare börja skjuta på

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

budbärarna verkar lite yrvaket. I Prioriteringsutredningens slutrapport redovisar man resultaten från IHEs tredje enkätstudie, som är både fylligare och innehåller en större mängd respondenter än de två tidigare [3, 4]. Denna rapport hade utgjort en intressantare utgångspunkt.

Per Rosén
projektledare

Referenser

1. Björk S, Rosén P. Prioriteringar i sjukvården. En empirisk studie av sjukvårdspolitikers syn på resursfördelningen. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1993. IHE Arbetsrapport 1993:1.
2. Rosén P, Björk S. Perspektiv på sjukvård i förändring. Etik och resursfördelning i Bohuslandstinget. Lund: Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, 1994. IHE Arbetsrapport 1994:6.
3. Björk S, Rosén P. Vården i vården, Politikens, administratörers och läkares syn på resursfördelning i hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet: Stockholm, 1994.
4. SOU 1995:5, Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.

Replik:

Estetisk/plastikkirurgi – Skillnaden förstås ej

I Läkartidningen 36/96 påpekade vi att okunskap om plastikkirurgins innehåll och omfattning kan leda till att specialiteten på orätta grunder kommer i strykclass vid omstrukturering av den svenska sjukvården. Vi angav flera argumentatoriska exempel för att belysa detta problem. Bland annat beskrev vi hur upplägget av två attitydsstudier gjorda av IHE för några år sedan faktiskt kunde tänkas ha påverkat de svarande på ett tendensiöst sätt.

Vår artikel handlar således inte om IHE och väldigt lite om de två »arbetsrapporterna» som IHE låtit sprida till en extern krets. Artikeln handlar snarare om de faktiska problemen då ordet får makt över tanken och då kunskapen om innebörden i begrepp sätter gränser. Dessa problem har vi inte antytt att IHE orsakat.

KORRESPONDENS

Kommunikativt gap

Att som i svaret ovan visa att han egentligen inte förstår skillnaden mellan plastikkirurgi och estetisk kirurgi antyder ändå att det finns ett kommunikativt gap mellan Per Rosén och den vård han utvärderar. Det amerikanska begreppet GIGO, »Garbage in, garbage out» används för att beskriva att utdata inte blir bättre än indata. Det begreppet ligger snubblande nära i en situation när man inte är överens om ordens innebörd.

IHE, och Per Rosén, kan hållas ansvarigt för ett ovetenskapligt upplägg av de refererade studierna, men knappast för de svar som erhöles. I sitt bemötande ovan antyder Per Rosén att vi anfört att det är IHEs fel att de svarande har de åsikter de angivit. Så står det inte!

Per Rosén sätter inte i orden »okunskap, historielöshet och utvecklingsnihilism» i sina rätta sammanhang i vår artikel. Vi tror det beror på att han blivit indignerad för att någon från vården fått för sig att kritisera något som producerats av IHE. Den adekvata reaktionen hade varit att ta till sig kritiken i syfte att göra nya studier bättre.

Bengt Gerdin
professor/överläkare
Lars Hakelius
professor/överläkare,
Magnus Hober
ST-läkare,
Valdemar Skoog
docent/överläkare,
samtliga Akademiska sjukhuset, Uppsala

Samordning mellan enheterna saknas i rättspsykiatrisk vård

Professor Sten Levander, har i Läkartidningen 38/96 dömt ut den rättspsykiatriska vården. Inlägget fordrar svar därför att Sten Levander brukar vara pålitlig, men så icke här.

Hans ord om sektorspsykiatri är helt korrekta. Där saknas rättspsykiatrisk kompetens, och det är fel att som nu lägga 2/3 av den rättspsykiatriska vården där. Endast eftervården

bör skötas av sektorspsykiatrin i nära samarbete med regionenheterna.

Statlig regi!

Levander nämner en rad förmodade brister vid regionvårdsenheterna. Lösningen på problemen skulle enligt honom vara att lämna över vården i statlig regi så som var fallet fram till 1967. Skall vi återgå till den statliga varianten är det skäl att också diskutera effekterna av ett fjärrande från övrig sjukvårdsorganisation när det gäller läkarens roll som vårdansvarig, särskilt när den biologiska psykiatrin ständigt utvecklas. Utredningsverksamheten och vården av dessa patienter är ej direkt jämförbara med varandra. I ena fallet är läkaren domstolens expert och skriver ett yttrande. Som vårdansvarig blir läkaren personligt engagerad under många år. Det är skilda kompetenser, båda ansvarsfulla, men med olika grad av personligt slitage och med olika läkarroller.

Levander har delvis rätt i att någon forskning ej bedrivits vid de stora klinikerna. Läkarna där har vanligen en arbetssituation som omöjliggör forskningsinsatser. Kliniken är underbemannad och har det tyngsta vårdklientel vi känner. Det historiska perspektivet förskräcker. Framstynta kolleger med tur upptäcker faran i tid och flyr fältet. Ensamma läkare inom verksamheterna har i skrämmande stor utsträckning gått under. På en välbemannad klinik, finns dock möjlighet inte bara att klara av arbetet utan att också bedriva akademiskt anknyten forskning. På regionvårdsenheterna saknar Levander mycket som i samtliga fall finns i Sundsvall och är under utveckling i Växjö. Sundsvall har fyra överläkare, varav två specialister i rättspsykiatri. God grundutbildning och fortbildning prioriteras högt och fortgår kontinuerligt. Kvalitetssäkrings- och metodutvecklingsarbetet redovisades 1994 på Läkaresällskapets riksstämma och har väckt berättigad uppmärksamhet.

Angeläget projekt

Växjö har anställt en forskningschef och utvecklar tillsammans med Sundsvall i dialog med Simon Fraser University i Vancouver ett instrument för riskbedömningar hos psy-

kiskt störda våldsmän. Projektet torde höra till de mest angelägna inom den rättspsykiatriska vården.

Vi vet nu vad som behövs för att vården skall fungera tillfredsställande. Vad vi saknar är den samordning mellan enheterna Levander efterlyser. Den kan vi sköta själva, gärna sammanställande och av någon kunig person utanför gruppen, varför inte Sten Levander själv. Förutom sina gedigna vetenskapliga meriter har han ju också lång klinisk erfarenhet av just det vi talar om, nämligen rättspsykiatrisk vård.

Göran Fransson

överläkare vid rättspsykiatriska regionvårdsenheten i Sundsvall och ordförande i Svenska rättspsykiatriska föreningen.

Kommentar

Det är riktigt att jag överdrev. Av två skäl, dels därför att jag är lätt frontal efter en bypass-operation (det är trevligt men lär gå över), dels av pedagogiska skäl. Jag är glad att Göran Fransson ger mig rätt på åtskilliga viktiga punkter. Jag vidhåller att rättspsykiatrisk specialistkompetens är viktig också i vård av sådana patienter.

I övrigt är vi eniga: allmän kompetenshöjning, samordning/kommunikation och forskning/metodutveckling är nyckeltermerna. Vi behöver stöd för detta också uppifrån. Det är dags för stat, tillsynsmyndighet och landstingsförbund att engagera sig.

Sten Levander
professor/överläkare,
Malmö

Utradera »adekvat» ur journal-språket

I Läkartidningen 30/96 talas det om det trägna bruket av adekvat, även framför substantiv. Under många år som granskare av journaler och föredragande i Socialstyrelsens rättsliga råd reagerade jag mot detta bruk. Så gör jag även på medicinska kongresser.

Ordet adekvat används alltför ofta i psykiatriska sammanhang. Vanligt är »åldersade-