

Fräls oss från delirium och senil demens!

Jag har under många år deltagit i utrensningen av den missbrukade och belastade diagnosen »senil demens».

Strävan mot etiologiska demensdiagnoser har börjat bära frukt och ännu ospecificerad demens i seniet benämns med fördel åldersdemens UNS (290X enl KS87, Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar 1987, efter ICD9/WHO).

Jag blir djupt besviken när jag slår upp mitt nytryckta exemplar av KSH97 (Socialstyrelsens klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997, efter ICD-10/WHO) och finner att diagnosen senil demens, som i snart inaktuella KS87 kommit att betyda senil demens av Alzheimerstyp (290A), lever kvar som »slaskkategori» under rubriken ospecificerad demens (F03).

Det vore en lättnad om det svenska begreppet kunde få plats i den kommande alfabetiska förteckningen.

Förvirringstillstånd

Användningen av termen delirium i KSH97 (F05) avspeglar internationell praxis och man hör nu sällan ordet konfusion. Jag finner skäl att rätta in mig i ledet, men kommer helt visst att fortsätta diagnostisera och behandla förvirringstillstånd hos äldre.

Den traditionella, begränsade användningen av »delirium» (delirium tremens, delirium acutum) är djupt rotad. Det kan bli svårt att förklara den utvidgade betydelsen för patienter och anhöriga.

Ragnar Åstrand
överläkare i psykiatrik,
Centralsjukhuset, Karlstad

Replik:

Termer i bruk tas med

Den nya klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem 1997 bygger på den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD-10). Den är en trogen översättning av ICD-10 med anpassning till svensk terminologi.

I avsnittet om demenssjukdomar i den systematiska delen

har man nära följt den engelska förlagan. Här anges att senil demens av Alzheimerstyp skall föras under kategorin F00.1, medan diagnosen senil demens UNS = utan närmare specifikation) skall föras under kategorin »Ospecifierad demens» (F03).

Eftersom det här inte är fråga om en nomenklatur (alltså en förteckning över riktiga och rekommenderade termer) utan just en klassifikation (dvs en gruppering av likartade tillstånd), är det naturligt att den också tar med termer som är i bruk, även om de inte är de bästa.

Men visst borde åldersdemens också fått vara med som en alternativ term. Den står nu i den alfabetiska förteckningen så som Ragnar Åstrand önskar.

Björn Smedby
professor, föredragande läkare i klassifikationsfrågor,
Socialstyrelsen

Sjukvårdssystemet – är allt bäst som det är?

I sitt senaste debattinlägg i Läkartidningen 49/96 berör Ingrid Eckerman mycket flyktigt den intressanta fråga jag tog upp, nämligen hur det kommer sig att privata husläkare

förefaller att trivas bättre än offentliganställda.

Istället hyllar hon det existerande, offentligt styrda primärvårdssystemet som världens bästa. Allt är alltså bäst som det är? Hur kommer det sig då att hon samtidigt klagat så mycket:

»Om man arbetar i en organisation där målen är oklara och motsägande, där prestationsmåten ej stämmer med uppsatta mål, där ingen frågar efter vad man är bra på att prestera, där budgeten ständigt ändras och där kraven ökar ju mindre resurser man får – då är det naturligt att man mår dåligt!»

I världens bästa sjukvårdsorganisation mår man alltså dåligt. Är inte en alternativ slutsats att organisationen skulle må bra av att ändras – både för läkarnas och för patienternas skull?

Folke Schött
oppositionslandstingsråd
(m), Stockholm

Ett anmälningss- ärende är ett klinikärende!

I Läkartidningen 46/96 publicerar Bo Lindberg, Andreas Killander och Kaj Wendenberg en artikel under rubriken: »Mycket starka känslor bakom anmälan till HSN.» Den utgår från ett 6-årsmaterial, 1988–1993 i Uppsala län. Anmälningssfrekvensen har under det senaste decenniet ökat starkt och var under 1995 2 521. Cirka 20 procent föranledde klander eller bestraffning.

I sin artikel framhåller författarna vikten av profylaktiska åtgärder. De klagande saknar ofta förklaring eller medkänsla från läkarnas sida och behöver mer personlig kontakt i en för dem ofta svår situation. För läkaren är situationen ofta pinsam, men det är viktigt att tillrättalägga, att inte räddhågt eller överlägset fly undan.

Artikelförfattarna konkretiserar dock inte något förslag till en god utformning av en positiv läkarattityd. Detta hade varit värdefullt med Ansvarsnämndens erfarenhet och auktoritet bakom!

Alltid till hands för konsultation

Under min tjugoåriga överläkartid på medicinkliniken i Varberg framhöll jag ständigt för mina medarbetare – läkare och sjuksköterskor – att vid minsta känsla av disharmoni med patient eller anhörig skulle jag underrättas – dag som natt – för att kunna delta i konsultationen. Anmälan förekom väl 4–5 gånger. Jag delade alltid öppet författarskap i behövliga skrivelser, eftersom jag menade att en anmälan till Ansvarsnämnden berörde hela kliniken. Något klander från nämnden fick vi aldrig i våra ärenden.

Jag tror att vårt förfarande är bra för alla parter och en mera allmän tillämpning kunde måhända bryta en stigande anmälningssfrekvens, vilket även skulle kunna bli en ekonomisk vinst för den trångboddade sjukvården, vilket väl ingen torde beklaga.

Jag har under årens lopp publicerat många inlägg i ansvarsfrågan, senast i Läkartidningen 28–29/95, s 2721, under rubriken: »Gemensamt ansvar viktigt i anmälningssärenden.»

Birger Herner
docent,
f chefläkare, Varberg

Replik

Birger Herner efterlyser förslag till hur man skall hantera konflikter med patienter och anhöriga. I två av referenserna till artikeln (1995; 92: 1615, 1818) ges en del synpunkter på detta. De har visserligen inte HSNs auktoritet bakom sig, men grundar sig ändå på en långvarig praktisk erfarenhet av patientarbete. Läkartidningen har samlat ett antal artiklar i detta och angränsande ämnen under rubriken »Missöden, misstag, missbruk i sjukvården». Den som är intresserad kan beställa särtrycket från Läkartidningen.

Bo Lindberg
chefläkare,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.