

intresse av att debatten om arv och miljö är balanserad. SBU bör vinnlägga sig om ett gott förhållande till läkarkåren. Då skall SBU:s ledarspalt inte slicka kulturkocketterna på Af-tonbladet och annorstädes medhårs.

Sten Levander
professor,
SVK-enheten,
Malmö

Replik:

SBU stryker ingen medhårs

Molekylärbiologins viktiga och imponerande framsteg just nu leder ibland till okritiska tolkningar av sådana forskningsresultat – inte minst i massmedierna, utan även av andra uttolkare. Detta påpekas ibland av ärftlighetsforskare när deras fynd förenklas och förvrängs till oigenkännlighet. Min ledare i SBU:s tidning Vetenskap & praxis 1/97 är inte ett ställningstagande i debatten om arv och miljö, även om Sten Levander vill uppfatta den så. Den belyser ett antal vetenskapliga problem som måste hanteras när det gäller att hitta gener som förklarar ohälsa eller beteende. (Behovet av försiktig tolkning påpekas för övrigt även av en genetisk epidemiolog i samma nummer av Vetenskap & praxis.)

Glöms ibland

Levander missar de problem som jag beskrev, och som ibland glöms bort när det på-

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otympligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.

KORRESPONDENS

stås att en viss gen orsakar det ena eller andra tillståndet, nämligen:

1. En människa har omkring 100 000 gener, vilka samspelar med varandra (och med miljön). Antalet möjliga genkombinationer är stort och vi måste ta hänsyn till möjlig inverkan från de faktorer som inte har studerats.

2. En överrepresentation av en viss gen hos en grupp sjuka behöver inte betyda att denna gen orsakar sjukdomen. Andra, samtidiga orsaker till sjukdomen måste kunna uteslutas.

3. Gränsen mellan friskt och sjukt är ofta flytande. Det kan finnas många genetiska varianter som – med eller utan inflytande från miljön – ger upphov till tillstånd som hamnar i gräzonen för det patologiska.

4. Många av forskningsresultaten bygger på djurmodeller och resultaten kan vara svåra att översätta till människa.

5. Materialen i tvillingstudier på människa är ofta små och resultaten kan därför bli osäkra.

I samma nummer av Vetenskap & praxis finns också en intervju med Denny Vågerö, där de vetenskapliga begränsningarna i den sociologiska forskningen också nämns, för att på motsvarande sätt nyansera även detta budskap. Efter som Sten Levander säger sig hålla med om att vi behöver en balanserad diskussion är det beklagligt att hans eget inlägg inte är det.

Ragnar Levi
läkare och journalist, SBU

Uppmärksamma förhållandena för psykiskt sjuka i Ryssland!

Ett reportage i TV från ett sjukhus för psykiskt sjuka inom förutvarande Sovjetunionen oroar just nu. Förhållandena synes flagrant miserabla. Utmärklade, uppenbart svältande patienter i avsaknad av livets nödortf och utsatta för uppenbar vanvård exponeras för vår insyn.

Men vem bryr sig? Vad gör svenska psykiatrer? Har de

sökt skaffa sig någon information t ex genom studiebesök på ort och ställe? Vi vet av erfarenhet att om någon kan bli åsyna vittne, kan till och med de mest hårdhudade myndigheter där bli aktiverade. Åtminstone för skams skull!

Gör en studieresa!

Vårt förslag: Sänd snarast en studiegrupp svenska – alternativt nordiska – psykiatrer, kuratorer och sjuksköterskor dit för att kunna rapportera i medierna vid hemkomsten.

Hans Hartelius
docent i psykiatri,
Lunds universitet

Elisabet Hellström
kurator, Lund

Albumin ges för frikostigt

Henrik Zetterström har i en medicinsk kommentar i Läkartidningen 9/97 diskuterat att albumin fortfarande ges på tveklaktiga indikationer [1]. Vi välkomnar hans inlägg och vill för att förstärka effekten redovisa egna erfarenheter tydande på en alltför frikostig inställning att ordinera albumin som kolloidsubstitution vid vätskevolymförluster.

Vi har undersökt i vilken frekvens albumin valdes som första kolloidsubstitution jämfört med dextranlösning vid Akademiska sjukhusets kirurgklinik avseende kärkirurgiska patienter (aortakirurgi) respektive vid stora gastrointestinala ingrepp (total gastrektomi) och ingrepp för kolorektal cancer.

För de kärkirurgiska patienterna var albumin första kolloidsubstitution i 20 procent av fallen under 1993; 50 procent 1995. Motsvarande siffror för kolorektal cancer var 57 procent 1994 och 60 procent 1995. Bedömningen baserar sig på 139 konsekutiva patienter som genomgått aortakirurgi och 157 konsekutiva patienter som genomgått stora gastrointestinala ingrepp.

Förändringen till ökad albuminanvändning har inte vare sig på intensivvårdsavdelning eller på kirurgisk vårdavdelning lett till förbättringar som tar sig uttryck i kortare vårdti-

der. Som Zetterström påpekar är priset (enligt Fass) mellan 5–7 gånger högre för albumin än för de syntetiska kolloiderna. Valet av första kolloidlösning vid kirurgiska ingrepp saknar således inte ekonomisk implikation. Det rör sig sannolikt om en besparingspotential på några hundratusen kronor per år på en kirurgklinik av den storlek som finns på Akademiska sjukhuset.

David Bergqvist
professor i kärkirurgi,
kirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Ulf Haglund
professor i kirurgi
Cecilia Karlmark
leg sjuksköterska

Referens

Zetterström H. Albumin ges fortfarande på tveklaktiga indikationer. Läkartidningen, 1997; 94: 711-3.

Utlandsvård vid reumatoid artrit går ej att jämföra med sjukhusvård

Det är värdefullt att resultaten av utlandsvård för reumatiker kunnat dokumenteras [1, 2]. Reumatikerna har genom Ingjald Hafströms undersökning (Läkartidningen 12/97) fått nya fakta som stöder den erfarenhet som många reumatiker redan har, att utlandsvård kan vara till stor nytta. Vi har däremot svårt att förstå den kostnadsjämförelse som avslutar artikeln. Att jämföra kostnaderna för rehabilitering vid utlandsvård med kostnaderna för vård vid reumatikersjukhus är ej adekvat.

För det första har reumatikersjukhusen en helt annan nivå för omhändertagande. Detta gäller personalbemannning på vårdavdelningar, sjukgymnastik och arbetsterapi. Det gäller också utrustning, t ex sängar, madrasser, tekniska hjälpmedel, möjlighet till dietmat osv, men också konsulttjänster som ortoped, ortopedtekniker, handkirurg m fl.

För det andra är patienterna som kommer i åtnjutande av utlandsvård en selekterad grupp. De måste kunna klara av själva resan och vara något så när funktionellt självständiga.

De får inte heller ha andra sjukdomar som är svåra. Reumatikersjukhusen har resurser för somatiskt svårt sjuka patienter med olika typer av komplikationer. Det finns en dygnet runt-bemannning inklusive jourläkare, egna laboratorier och röntgenavdelning (det sistnämnda avser Spenshult). Inte minst har reumatikersjukhuset tillgång till reumatologer. Detta borde vara självklart när det gäller vård av reumatiker oavsett sammanhang, men saknas i de flesta fall när det gäller anläggningarna för utlandsvård, dessutom nästan undantagslöst när det gäller svenska kurorter.

Nyligen har också av Vlieland och medarbetare i British Journal of Rheumatology, (1997; 36: 82-5) visats att en periods inläggande behandling av kvalificerat reumatologteam vid reumatoid artrit ger signifikanta förbättringar avseende ledinflammation, sjukdomsaktivitet samt smärta jämfört med en kontrollgrupp under två års uppföljning.

Båda vårdformerna behövs

Vår uppfattning är att utlandsvård och vård vid reumatikersjukhuset är så vitt skilda att kostnadsjämförelser inte låter sig göras. Däremot tror vi att båda vårdformerna behövs som komplement till landstingens egen reumatologiska verksamhet men att de fyller olika funktioner.

Dick Sahlberg
överläkare, klinikchef,

Ingemar Petersson
överläkare, ställföreträdande klinikchef, Spenshults reumatiker- och rehabiliteringssjukhus

Referenser

1. Reumatologi i länssjukvården: Ett vårdresursprogram från RMR (Riksförbundet mot reumatism 1995).
2. Sahlberg D, Petersson II, Holmström G, Nived O, Leden I. Reumatologisk rehabilitering – en resurs! Läkartidningen 1994; 91: 3774.

Replik:

Viktigt kunna välja rätt

Dick Sahlberg och Ingemar Petersson framför i sitt inlägg att det inte går att jämföra vårdkostnader för klimatvård

med kostnader för rehabiliterande vård vid reumatikersjukhusen. Visst kan man jämföra, men vid en sådan jämförelse är det viktigt att ha klart för sig vilka skillnader i vården innehåller som föreligger samt om man riktar sig till olika patientpopulationer, faktorer som kan motivera olika vårdkostnader. Eftersom det enligt min uppfattning finns sådana skillnader vad gäller klimatvård och vård vid reumatikersjukhusen är jag tacksam för inlägget, som ger möjlighet till ett klarläggande som föll något utanför ämnet för ursprungssartikeln.

Individanpassad rehabilitering

Patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar har under hela sjukdomsförloppet ett återkommande behov av rehabilitering. På grund av sjukdomarnas olika förlopp och varierande grad av funktionshandikapp måste rehabiliteringen anpassas efter den enskilda individens behov. För att kunna erbjuda alla patienter en individanpassad rehabilitering behövs ett varierat utbud av rehabiliteringsanläggningar.

För många reumatiker är det tillfyllest med rehabilitering i öppenvård, medan andra, särskilt patienter med reumatoid artrit, får ett bättre resultat om rehabiliteringen sker i slutenvård, vilket också Dick Sahlberg och Ingemar Petersson påtalar.

Klimatvården kan betecknas som antingen öppen vård med hotellfunktion eller slutenvård, beroende på anläggning. På Vintersol, som används för flertalet patienter från Stockholm, finns dygnet-runtbemannning med tjänstgörande sjuksköterska. Vid akuta sjukdomsfall används närliggande akutsjukhus. Vid anläggningen finns flera svenska sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. En av läkarna har goda kunskaper i reumatologi och ger lokala steroidinjektioner vid behov. Patienterna behöver inte vara funktionellt självständiga. Många rullstolsburna finns vid anläggningen, och möjlighet till hjälp med av- och påklädning etc finns. Svenska kockar ser också till att alla sorters dietmat kan tillagas.

Patienterna till klimatvår-

den är däremot selekterade i avseende att de inte får ha andra svåra sjukdomar som kräver aktiv behandling eller komplicerar rehabiliteringen. De ska också vara välinställda på sin antireumatiska medicin och inte vara i behov av ortopedisk eller handkirurgisk bedömning under vårdtillfället. För patienter som behöver en sådan mer integrerad reumatologisk vård/rehabilitering är reumatikersjukhusen ett bättre alternativ och motiverar därmed deras högre kostnad.

Stor kunskap behövs således om olika rehabiliteringsanläggningars inriktning och vården innehåller för att för den enskilde reumatikern kunna välja rätt anläggning vid rätt tillfälle och till rätt pris.

Ingjald Hafström
docent, klinikchef,
reumatologiska kliniken,
Huddinge sjukhus

Vi läkare till för att ge service

Sjukvården i allmänhet, och läkaren i synnerhet, har i många år fått klä skott för att vara svår att nå – och detta med viss rätt. Anledningarna att söka kontakt kan givetvis vara av skiftande slag, i den mest brådskande änden exemplifierat av hjärtlarm på sjukhuset och i den andra av några av de kategorier Hans Levander nämmer i sitt inlägg. Undvik läkarnas personsökare! i Läkartidningen 19/97.

Under min tidigare verksamhet (>20 år) inom akutsjukvården har jag sett utvecklingen gå från den blinkande semaforen och korridorhögstälaren till vanlig personsökare, till personsökare med text eller tal och dessutom externa system inklusive Minicall och mobiltelefon.

En betydelsefull förändring (förbättring?) skedde när direktval i telefonväxlar började införas på 1980-talet, till förmån för telefonisterna men inte alltid till fördel för arbetstagarerna. För allmänheten var dock resultatet en ökad möjlighet att nå »sin» läkare. Den förkättrade »telefonisten», där tidigare patienterna kunde ringa i förtvivlan och aldrig komma fram, har på de flesta håll ersatts av att läkaren ringer upp,

något som varit till båtad för båda parter. Läkaren har i lugn och ro kunnat förbereda sig och leta fram journalen, och patienten har känt ett personligt engagemang från vår sida som är viktigt.

Tjänstgör som filter

Det som förvånar mig i inlägget från Uppsala Akademiska sjukhus är att personsökning via telefonväxeln inte fungerar. Här ska ju växeln tjänstgöra som filter och kunna avgöra vilka inkommande förfrågningar som ska läggas ut på sökning, dvs de som Levander och medarbetare kallar »akuta och angelägna medicinska frågeställningar». Min erfarenhet skiljer sig från deras i det att jag tycker att växeltelefonisterna alltid skött detta grannlaga arbete mycket skickligt.

En gammal erfarenhet är – utan att speciellt förtala internmedicinare – att olika specialiteter varierar betydligt i sitt intresse för att besvara sökningar. Vissa lägger sig vinn om att snabbt kontakta växeln för besked, medan andra kan lägga ifrån sig både personlig sökare och larmsökare på rummet och vara helt okontaktbara. Jag har själv, i min nuvarande roll som byråkrat utanför landstingsvärlden, märkt att vissa kolleger sällan eller aldrig kan nås via sökaren även om de bevisligen är på sjukhuset, medan andra svarar blixtnabbt.

Vi är dock till för att ge service, och med litet smidighet och samarbete med växelpersonalen borde detta problem kunna lösas utan att någon upplever oss som kontaktfientliga!

Esquil Dalenius
förste försvarsläkare,
Försvarets
sjukvårdscentrum,
Hammarö

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/ »mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!