

re» mening rätt att som legitimerad läkare, kanske till och med som offentligt anställd läkare, vägra att medverka vid tvångsvård inom smittskydd och psykiatri? Sådant måste vi försöka att gå till botten med, bli klara och tydliga.

Kanske är jag överdrivet sensitiv, men jag tycker att det finns ett tonläge i Catarina Canivets inlägg att jag skulle ha något slags förvrängd demokratisyn. På den punkten vill jag säga ifrån: I all sin skröplighet och ineffektivitet är vår form av demokrati den hittills bästa möjliga ordningen för ett samhälle som bl a möjliggör ett fritt meningsutbyte och fri opinionsbildning.

Lennart Rinder
medicinalråd,
Socialstyrelsen

Har begreppet sjukdom inga gränser?

I Läkartidningen 36/97 hade Rolf Nilzén och Åke Thörn var sitt inlägg om problemkomplexet sjukdomssymtom, nedsatt arbetsförmåga, rehabilitering och rätt till sjukpenning och sjukpension. De angriper sjukförsäkringens regler på delvis likartat sätt.

Nilzén går till attack mot formuleringen att besvär (symtom) kan vara »förlagda» till någon viss del av kroppen och menar att detta uttryckssätt implicerar en viljeakt. Man blir förvånad över att det finns läkare (särskilt en med Nilzéns verksamhetsfält) som inte känner till de olika innebörderna av simulering, aggravering och somatisering. Jag föreslår att Rolf Nilzén till att börja med läser Jan-Otto Ottossons artiklar »somatisering» och »somatiseringssyndrom» i Nationalencyklopedin.

Ohälsa

Åke Thörn riktar in sig på sjukdomsbegreppet. Han angriper tanken att ett renodlat medicinskt sjukdomsbegrepp skall vara bedömningsgrunden. Han framhåller att »den biomedicinska modellen» blivit alltmer otillräcklig som förklaring till en stor del av »ohälsan». Han har rätt i detta. Ordet »ohälsa» (mera elastiskt än »sjukdom») har börjat användas om alla former av mänskligt illabefinnande som har samband med livskriser och

levnadsproblem. Fenomenet kallas medikalisering. Det avspeglar sig bl a i att psykosociala problem nu inte sällan kallas »psykosociala sjukdomar». Åke Thörns resonemang går inte riktigt i mål.

Fastän den biomedicinska modellen blivit otillräcklig (och i många fall missvisande, skulle jag vilja tillägga) avviker han inte från tanken att det är inom sjukvården som allt skall tas om hand.

Detta vilar säkert på den i och för sig sympatiska inställningen att man snarare bör vara instämmande än ifrågasättande, och att man måste ta sig an dem som sökt ens hjälp, även om man känner sig otillräcklig. Till detta kommer läkarens unika roll som intygare av nedsatt arbetsförmåga. Medikalisering har blivit en markant företeelse. Är detta sakläge det bästa för dem som söker hjälp, och för sjukvårdens förmåga att klara av sina uppgifter?

Jag hoppas att Rolf Nilzén eller Åke Thörn, eller andra debatttagare, vill föra diskussionen en bit framåt.

Jörgen Malmquist
docent i medicin,
frilansskribent, Höllviken

Replik 1:

Bestämmelserna bör ändras snarast!

Skönheten och fulheten ligger väldigt mycket i betraktarens öga, och har man en misstroen och misstänksam inställning till sjuka människor och till deras motiv att söka läkare så stöter man nog på många fall av simulering, aggravering och somatisering. Här om kan finnas mycket att säga, en viktig sak är att den oklarhet som vidlåder ett förenklat sjukdomsbegrepp ökar risken att hamna i dessa negativa bedömningar av människor.

En annan viktig aspekt är att en negativ eller kritisk och ifrågasättande attityd påverkar den patientrelation som föreligger i det individuella fallet. Den försätter de allra flesta människor i en försvarsattityd och leder ofta till aggressivitet och ilska (inte omotiverat!).

KORRESPONDENS

I detta läge är det mycket lätt att missa viktig information från patienten, ja i själva verket klipper patienten ofta av och man får ej veta mer. Maktspelet är igång i mottagningsrummet!

Förenklad bedömning

I iveren att uppfylla realistiska bestämmelser och hårda ekonomiska mål hamnar läkaren lätt i en sådan situation. Flerårigt arbete mot flera försäkringskassor ger bestämda intryck av att det nya sjukdomsbegreppet medför en alltför förenklad bedömning av sammansatta sjukdomsbilder. Att leva upp till sådana bestämmelser medför slitningar för både läkare och kassans personal, och bestämmelserna bör ändras snarast.

Det är intressant att man i försäkringsresonemang alltid framhåller aggravering av symtom och somatisering. Man kan slås av det förhållandet att det i själva verket är minst lika vanligt att patienter dissimulerar och t ex arbetar i år och månader fast de har svåra dagliga besvär! Att sådant förekommer tycks vara en okänd sak för många, och inom kassan är det förvisso svårt att tänka sig. Att inte ha varit sjukskriven är ju i kassans värld lika med att man varit besvärsfri, frisk!

Eniga på en punkt i alla fall

Litet förbluffad läser jag i senare delen av Malmquists inlägg att han håller med om att en strikt biomedicinsk modell är otillräcklig. Den är till och med i »många fall missvisande». I så fall är vi ju väldigt eniga på denna punkt i alla fall.

I min landsända är inte medikalisering något »markant» problem.

En angelägen fråga i mitt inlägg var hur långt vi läkare skall spela med i det elaka spel som politiska beslutsfattare försatt oss i. Uno Käärik för fram samma princip i sin ledare i Läkartidningen 37/97. Det är angeläget att vi tänker över detta när det gäller Försäkringskassans nuvarande bestämmelser.

Rolf Nilzén
specialist i anesthesiologi
och företagshälsovård,
privatpraktiserande
smärtläkare,
Hudiksvall

Replik 2:

Exakta mått på sjukdom existerar inte

I min artikel i Läkartidningen 36/97 för jag inte, som Jörgen Malmquist uppfattar det, fram den allomfattande tanken att »det är inom sjukvården som allt skall tas om hand». Däremot hävdar jag att sjukdom är ett sammansatt och komplicerat begrepp, som inte går att förenkla och renodla så som sjukförsäkringens nya regler gör. Bakom dessa regler tycks ligga ett antagande om att det finns absoluta mått på sjukdom, handikapp och arbetsförmåga.

Sådana mått existerar inte. En och samma sjukdom nedsetter till exempel i sig inte arbetsförmågan likartat hos alla människor. En rad andra omständigheter spelar in. Med professionell kunskap i botten, men utan att i absolut bemärkelse kunna mäta (möjligen tro sig kunna mäta), grundar läkaren sin bedömning av sjukdomar, sjukdomars följder och prognos på den sammantagna situationen (sjukdom + omständigheter). På detta bygger han sin behandling och sina ställningstaganden för eller mot sjukskrivning.

Medikalisering är ett problem, däri har Malmquist rätt. Det löses emellertid inte genom ett sådant förenklat betraktelsesätt på sjukdom som sjukförsäkringens nya regler innebär. Det löses heller inte genom ifrågasättande av patienten. Det kan möjligen hantteras bättre än nu genom fortlöpande utveckling av en medicinsk praxis baserad på trovärdiga sjukdomsbegrepp.

Åke Thörn
överläkare,
yrkesmedicinska enheten,
Bodens sjukhus

Brister i svenska Patientskade-försäkringen?

I Island kan större skada som uppstår i anslutning till (sannolikt) rätt utförd behandling ersättas.

Förutsättningen för ersättning i Sverige är att det skulle vara möjligt att utföra behand-