

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 bli 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 uttrycksätt implicerar en viljeakt. Man blir förvånad över att det finns läkare (särskilt en med Nilzéns verksamhetsfält) som inte känner till de olika innebörden 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 misstrogen 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!).

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 sjukskrivnen är ju i kassans värld lika med att man varit besvärslfri, 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 Käärrik 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 Patientskadeförsäkringen?

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

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

ANNONS

lingen på annat mindre riskfyllt sätt. Detta enligt det svar Personskadeförsäkringen AB ger på mitt inlägg »Patientskadeförsäkring enbart till namnet?» i Läkartidningen 25/97.

Betyder detta i praktiken att även större skada som invaliderar patienten i anslutning till behandling ej ersätts?

Om det är fallet finns det brister i svenska patientförsäkringen och det är viktigt att läkare och patienter som skickas från andra länder till svenska sjukhus är uppmärksamma på dessa förhållanden.

Ólafur Ólafsson
helsedirektör, Island

Diagnostisk defaitism lägger sten på dyslektikers börda!

Det gläder mig att Leif Elinder (Läkartidningen 43/97 sidan 3830) nu medger att exempelvis dyslexi beror på inneboende egenskaper hos individen. Personer som tror på sociokulturella förklaringsmodeller för språkliga handikapp brukar inte medge det. Det är bara tråkigt att han inte vill erkänna betydelsen av utredning och diagnostik av dessa handikapp; tvärtom framstår han som en typisk exponent för den diagnostiska defaitism som präglar tongivande kretsar inom det svenska skolsystemet.

Betraktelsesättet spelar roll

Hela diskussionen kan verka akademisk: Beror dyslexi egentligen på ett fel i hjärnan eller på att kraven på hjärnan är för stora? Tyvärr kan många dyslektiker vittna om att betraktelsesättet spelar en roll. Bristen på intresse för utredning av inlärningssvårigheter har lämnat fältet fritt för förutfattade meningar om barns förståndsågor. Det har stor praktisk betydelse att skilja dyslexi och andra språkhandikapp, t ex språkutvecklingsstörningarna, från dålig begåvning.

Språkligt handikappade skall slippa bli betraktade som dumma och behandlas därefter. Elever med språkliga funktionshinder kan inte utnyttja sin intellektuella kapacitet utan att funktionshindret uppdragas och kompenseras genom an-

passad undervisning. Många har fått självförtroendet knäckt av skolan, därför att det inte ansetts relevant att utreda problemet. I regel har detta, medvetet eller omedvetet, skett med hänvisning till att barnets inneboende, biologiskt betingade förutsättningar är ointressanta i sammanhanget, vilket är den sedvanliga konklusionen vid tillämpning av den sociokulturella förklaringsmodellen. Jag har sett alltför många exempel på detta.

Anders Gülfe
överläkare,
Simrishamn

Mycket snabb trombolys vid slaganfall

Olika behandlingsprogram för att lösa blodproppar (embolier) i hjärnans olika artärer debatteras nu ivrigt. Intraarteriell trombolysbehandling, som är mitt område, kan bara erbjudas patienter som råkar ut för embolier som komplikation till sjukhusbehandling eller till patienter som kan färdigbehandlas inom 4 timmar eller ca 8 timmar vid embolier i arteria basilaris.

Stort hopp har satts till intravenös trombolysbehandling. Multicenterstudier (ECASS och NIND) [1, 2] ger visst hopp, men exklusionskriterierna synes vara hinder för praktisk medicinsk nytta. Också vid intravenös trombolysbehandling finns krav på behandling inom 3 eller 6 timmar. Dessutom finns krav på datortomografi utan tecken på infarkter i hjärnan. Några kräver att patienterna skall behandlas av neurologer osv.

Det förefaller mig vara en ganska tröstlös medicinsk diskussion. Man kommer inte loss. Olika hinder finns för snabb behandling som skulle kunna vara effektiv, dock med vissa risker. Om behandlingen emellertid inte når patienten mycket tidigt har den liten effekt.

Färdigladdad spruta

Mitt förslag är att ambulanser som tillkallas omedelbart skall ha med sig en färdigladdad spruta med trombolycicum (t ex tPA) och någon som kan

ge sprutan i hemmet (ambulansförare eller sköterska). Sprutan skall ges omedelbart till patient som insjuknat plötsligt med förlamning eller andra symtom tydande på embolier i hjärnartär. Efter att injektionen getts förs patienten snabbt till sjukhus för klinisk bedömning och datortomografi. Om embolus fastställs fortsätter trombolysbehandlingen. Om diagnosen är fel torde ingen stor skada ha skett. Det är väl inte alltför farligt att ge en snabb intravenös injektion av trombolycicum till en patient med cerebral blödning, tumör, MS eller annat? Vinsterna skulle nog överväga.

Upp till motbevis neurologer, medicinare och andra experter. Jag hoppas att ni inte har för många motargument, eftersom mycket snabb intravenös trombolysbehandling kanske kan rädda liv och hälsa.

Pål Svendsen
docent,

Interventionell neuroradiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Referenser

1. Ecass. JAMA 1995; 244: 1017-25.
2. NIND. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7.

Kommentar:

Extrainsatser i akutskedet

Tanken att ge trombolysmedel till slaganfallspatienter i ambulansen på väg till sjukhus efter diagnos av sjuksköterska eller sjukvårdare utan föregående datortomografi är tyvärr totalt orealistisk. Patienter med hjärnblödning och med omfattande begynnande infarktförändringar skulle behandlas, vilket med största säkerhet skulle leda till dödsfall. Erfarenheterna från de genomförda randomiserade studierna är på denna punkt helt entydiga. Patienter med andra diagnoser än slaganfall skulle ges en potentiellt farlig behandling på grund av diagnostiska svårigheter.

Diskussionen om huruvida patienter skall behandlas inom 3 eller 6 timmar med intrave-

nös trombolys och om vilka andra diagnostiska krav som bör ställas kan kanske upplevas som tröstlös, men den är alldeles nödvändig. Man ska inte »komma loss» med behandling innan dessa frågor är lösta. En tröst må vara att lösningen med stor sannolikhet inte kommer att dröja särskilt länge, eftersom utvecklingen nu går mycket snabbt.

För att erbjuda patienter tidig och säker behandling med trombolys i framtiden måste en rad åtgärder vidtas. Förutom att informera allmänheten om vikten av att söka vård snabbt bör ansträngningar göras inom ambulansvården för att patienterna fort ska komma till sjukhus. Vid framkomsten måste beredskapen vara hög med särskilt kvalificerad personal som exakt vet vilka åtgärder som ska vidtas, som har hög diagnostisk kompetens och som har resurser att genomföra behandlingen dygnet runt utan dröjsmål. Detta kommer att kräva en extra insats i akutskedet, men den kommer att vara lönsam i form av minskat behov av rehabilitering.

Nils Gunnar Wahlgren
överläkare, docent i neurologi, neurologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Samstämmighet mellan allmän- och rätts- psykiatri – saklighet krävs

Budskapet i vår artikel – »Brist på samstämmighet oroar rättspsykiatri» [1] som Käthe Elmgren diskuterar i Läkartidningen 38/97 [2] var enkelt: Trots förändrad lagstiftning och införandet av ett gemensamt sjukdomsbegrepp finns uttalade skillnader mellan allmän- och rättspsykiatri i diagnostik och tillämpning av begreppet allvarlig psykisk störning. Orsakerna till skillnaderna anser vi bli vara de avgränsnings- och definitionsproblem som är gemensamma för hela det psykiatriska området, men också brist på värdegemenskap mellan allmän- och rättspsykiatri.

Eftersom olikheten i bedömningarna får svåra konsekvenser för den enskilde individen, våra patienter, framför-