

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 däreför. 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-

**ANNONS**

de vi att ett ökat samarbete och erfarenhetsutbyte mellan allmän- och rättspsykiatri är den angelägnaste enskilda kvalitetsåtgärden inom området. Käthe Elmgren har framfört olika argument mot våra slutsatser riktighet. Inlägget innehåller direkta felaktigheter som vi inte kommer att bemöta inom ramen för en kort replik. Vi har därför koncentrerat oss på det grävsta misstaget.

### Ej reglerat i lag

»Karsudden vill i stort sett bara vårda psykotiska patienter i det vällovliga syftet att tvätta bort stämpeln som psykopat-sjukhus» hävdar Elmgren och tillägger att »detta inte helt överensstämmer med lagstiftarens intentioner». Karsudden har emellertid ett avtal med Göteborgs kommun och med landstingen i Stockholm och Sörmland som innebär att man köper vårdplatser på Karsudden. Det är *enbart* köparna som inom ramen för avtalet avgör hur vårdplatserna skall beläggas, vilket givetvis inte är reglerat i någon lag utan styrs utifrån köparnas behov av ett kvalificerat psykiatriskt omhändertagande av en i olika avseenden svårt belastad patientgrupp.

I Stockholm och Göteborg finns dessutom en central organisation som arbetar för att utnyttjandet av platserna skall bli optimalt. Karsudden tar helt enkelt emot och vårdar de patienter som köparna remitterar.

Vidare har vi i flera artiklar i Läkartidningen och i upprepade föredrag bl a på Läkarstämman beskrivit patientsammansättningen vid Karsuddens sjukhus och dess samarbetspartner avd 113, Huddinge sjukhus. Vi har visat att ca 30 procent av våra patienter har en personlighetsstörning som klinisk huvuddiagnos. Fördelningen är likartad vid övriga regionvårdsinrättningar i landet enligt Socialstyrelsens inventering gjord i september 1995 (preliminära data). Karsudden och patienterna på avd 113 motsvarar alltså i detta hänseende tveklöst ett tvärsnitt av landet i sin helhet.

Käthe Elmgren är överens med oss om att strävandet för att sammanföra den utredande rättspsykiatri och den vårdan-

de allmänpsykiatri skall prioriteras och intensifieras. Saklighet måste dock ses som ett minimikrav för att dessa gemensamma ansträngningar skall ha förutsättning att lyckas!

Agneta Nilsson  
docent, psykiatriska  
kliniken, Karsuddens  
sjukhus, Katrineholm

### Litteratur

1. Nilsson A, Ahlberg J, Tuck RJ. Brist på samstämmighet oroar rättspsykiatri. Ökat samarbete mellan psykiater och kliniker önskvärd. Läkartidningen 1997; 94: 1398-1404.
2. Elmgren K. Rättspsykiatri borde ha de allra bästa läkarna. Särskilt höga krav på etik, kunskap och omdöme. Läkartidningen 1997; 94: 3289-93.
3. Nilsson A, Ahlberg J, Tuck RJ. 1970- och 1990-talets patienter jämförda. Fler våldsbrottslingar på dagens Karsudden. Läkartidningen 1996; 93 267-70.

### Slutreplik

Budskapet i mitt bemötande var också enkelt – trodde jag:

– Instämmande i den ursprungliga artikelns, som jag uppfattade det, huvudbudskap att det behövs ett samarbete/ökat samarbete mellan den utredande och vårdande rättspsykiatri/allmänpsykiatri. (Den rättspsykiatriska specialiteten omfattar numera såväl diagnostik som behandling av psykiskt störda lagöverträdare!)

– Instämmande i att det finns en viss brist på värdegemenskap mellan den utredande rättspsykiatri å ena sidan och den vårdande psykiatri och framför allt mellan den utredande rättspsykiatri och allmänpsykiatri. Orsakerna här till försökte jag förklara för dem av Läkartidningens läsare som inte är så insatta i de juridiska och moralfilosofiska frågor som utgör hörnstenarna för den diagnostiska rättspsykiatri.

Dessutom framförde jag några förslag till möjliga förändringar i det nuvarande regelverket, vilka skulle kunna överbrygga de svårigheter som finns i det nuvarande systemet med dess förödande sammanblandning av vård, straff och samhällsskydd.

Vad beträffar »det grävsta misstaget» kan jag bara säga att jag inte på något sätt uttalat mig om vilka patienter som verkligen vårdas på Karsuddens sjukhus utan om en viljeinriktning som jag många gånger hört uttalas från framträdande representanter för läkarkåren vid Karsuddens sjukhus. Med detta avslutas för min del meningsutbytet i Läkartidningen.

Jag förutsätter att diskussionen om diagnostik och rättspsykiatrisk bedömning fortsätter inomprofessionellt och så långt möjligt sakligt inom detta område som är så värdeladdat – »Rättspsykiatriska bedömningar aktualiserar ofta komplicerade och objektivitets- och värderingsfrågor» [1].

Käthe Elmgren  
överläkare, rättspsykiatriska  
avdelningen, Uppsala

### Referens

1. SOSFS 1996: 14 (M) Rättsmedicinalverkets föreskrifter och allmänna råd om Rättspsykiatrisk undersökning.

## Medicinsk undervisningsteknologi – ambition och realitet

Problembaserad utbildning börjar bli alltmera av en realitet. I Linköping har utbildningen centertrats kring denna pedagogiska modell, och vid många andra lärosäten har problembaserad utbildning genomförts inom vissa avsnitt i större eller mindre omfattning. Ursprunget till många av dessa pedagogiska tankar kom, som så ofta förut, från USA där universitetet i Albuquerque, New Mexico, tidigt lanserade problembaserad utbildning. Ett av de tidigaste lärosätena som följde med var Bowman-Gray School of Medicine i Winston-Salem, North Carolina, där man gjorde något så ovanligt som att för en gångs skull göra en sann strikt vetenskaplig utvärdering av två olika utbildningsformer. Genom att införa ett s k »parallel curricu-

lum» under två års tid ville man genomföra konventionell men problembaserad inläring. Programmet startade omkring 1986, studenterna rekryterades med viss slumpmässighet till något av utbildningsprogrammen och avsikten var att jämföra utfallet såväl tidigt under läkarutbildningen vid fakulteten som senare under den professionella karriären.

### Tappat intresset

De första årens trevande jämförelser talade för att de två grupperna klarade sig likartat. Men tio år efter projektstarten har fakulteten tappat intresset. Det har visat sig allt svårare att rekrytera lärare som är beredda att sätta av tid för handledningen inom ramen för sina åtaganden vid fakulteten.

Den nye dekanen har uttryckt ett ogillande över det faktum att det finns två parallella grundutbildningssystem vid samma fakultet. För de enstaka entusiasterna som blivit kvar har arbetsbelastningen blivit allt större, berättade Frank Celostino, biträdande professor i »family medicine» vid fakulteten, när jag gjorde ett studiebesök där i augusti i år. Han beskrev frustrationen över att ha medverkat som ansvarig projektledare i ett program som undan för undan tappat fotfästet.

### Misslyckande?

Skall då detta betraktas som ett misslyckande? Uppenbart är att den vetenskapligt korrekta och pedagogiskt intressanta tanken att jämföra två parallella gruppers väg genom läkarutbildningen snart är död. Sannolikt kommer fakulteten i mån av ork att kunna göra vissa jämförelser av professionellt betående hos dessa nyutbildade läkare under kommande år och jämföra systemen.

Men det positiva genväret från studenterna för problembaserad utbildning har ändå haft något mycket positivt med sig. I den reformerade studiegång som har aviserats vid Bowman-Gray vill man nämligen inkorporera mycket av PBU, och på så sätt kan man faktiskt hävda att undervisningstekniken har fått en viss bestående genomslagskraft. Men visst är det trist att en intressant och kreativ pedagogisk tanke inte kan omsättas i praktiken.

Stephan Rössner  
(som fungerade som »tutor»  
vid Bowman-Gray 1988–  
1989), professor, övervikts-  
enheten, Huddinge sjukhus

Läkartidningens författar-  
anvisningar publicerades  
senast i nr 42/96. De  
kan även beställas från  
sekretariatet.