

## Olycklig historieskrivning

Man blir förvånad, när överdirektören i Socialstyrelsen Nina Rehnqvist i intervju i Läkartidningen 37/97 sid 3116 konkluderar: »Vi har kommit så pass långt att vi har kunnat enas om att det faktiskt spelar någon roll vad vi gör med patienten. För tjugo år sedan kunde vi inte stort mer än trösta och lindra. Dagens behandlingsmetoder ger andra möjligheter att påverka prognosen vid t ex barncancer, cirkulations- och förslitningssjukdomar.»

Nina Rehnqvists allmänna svep över sjukvårdens terapeutiska utveckling är obetänksamt gjort och vilseledande. Varför inte citera några korta sammanställningar om banbrytande idéer och framsteg på bred front på 1950–1960-talen i västerlandet, sedan krafterna efter andra världskrigets slut kunde koncentreras på civil forskning?

Mängder av talande exempel på terapins explosion inom alla specialiteter, efter banbrytande utländsk och inhemsk laboratorie- och klinisk forskning finner den intresserade i SBU-rapport nr 124 med rubriken »Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992» (Stockholm 1995).

### Gammal framgångsrik terapeutisk utveckling

Ett talande exempel, som jag personligen direkt och indirekt haft kontakt med, gäller det under nästan hundra år utarbetade, målmedvetet terapeutiska systemet för begränsning av den hänsynslöst härjande tuberkulosen. Sjukdomen blev nästan utrotad i vårt land redan för tjugo år sedan, vilket jag redovisade i Läkartidningen 1977 [1].

Artikeln publicerades samma år, då effektiv sjukdomsterapi enligt Nina Rehnqvist först började ersätta inddifferent solamentterapi i sjukvården. Den som vill veta mer om tuberkulosterapins historia kan läsa Erik Berglunds artikel i Läkartidningen 23/97.

### Referens

1. Herner B. Den framgångsrika kampen mot tuberkulos. En återblick vid kustsanatoriet Apelvikens avveckling. Läkartidningen 1977; 74: 132-5.
2. Berglund E. Para-amino-salicylsyra 50 år – en historisk återblick. Åter viktigt medel vid tuberkulos. Läkartidningen 1997; 94: 2205-9.

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

## Omskärelse utan bedövning måste förhindras

Det har väckt mycket stor och berättigad uppmärksamhet att en grupp människor genom samhällets sanktion av tvångsterilisering berövades rätten att få barn. En annan grupp vars vilja inte efterfrågats är de pojkar mellan ett och sex års ålder som i en flyktingförläggning utsatts för omskärelse utan bedövning av en läkare som saknar svensk legitimation.

Den traditionella manliga omskärelsen inleds med att preputiet sträcks ut maximalt och den frigjorda huden skärs av runt om. Därefter everteras kvarvarande förhud bakåt över ollonets kant. Det hela avslutas med blodstillning med förband [1].

Av i domstolsmålen tillgängliga utredningar framgår att dessa gossebarn i flyktingförläggningen utsatts för svår smärta och ångest genom att omskäras utan bedövning. På grund av att ingreppet skett genom användandet av osterila instrument har också variga och smärtande infektioner tillstött.

Av ett av Socialstyrelsen avgivet yttrande framgår att de aktuella omskärelserna inte är att anse som hälso- och sjukvård i Hälso- och sjukvårdslagens bemärkelse och att omskärelser av pojkar inte får utföras på ett sådant sätt att de kan komma att bedömas som misshandel eller vållande till kroppsskada eller sjukdom.

Många av barnen i flykting-

förläggningar har redan en mycket svår och utsatt situation och bör givetvis inte utsättas för den otrygghet och ytterligare påfrestningar som omskärelse utan bedövning innebär.

Hur kommer Invandrarverket att agera för att förhindra detta?

Hur ser barnläkarföreningarna på frågan?

*Karl-Henrik Gustavson*  
f d professor i pediatrik,  
f d chefsöverläkare,  
Uppsala

### Referenser

1. Bergström S. Kvinnlig och manlig omskärelse – former av rituellt könsstympning. Sexologi. Uppsala: Almqvist & Wiksell Medicin, Liber Utbildning 1995: 145-53.

### Replik 1:

## Vi är också starkt kritiska!

Karl-Henrik Gustavson har skrivit en insändare med mycket kritiska synpunkter på omskärelse utan bedövning och undrar bl a hur barnläkarföreningarna ser på frågan. Liksom Gustavson och många andra med honom har vi starkt upprörts av det som skett. Det är naturligtvis fullkomligt oacceptabelt att pojkar i Sverige i dag tvingas genomgå ett dylikt smärtsamt kirurgiskt ingrepp utan bedövning.

Enligt referat i flera dagstidningar så har vid prövning i HD den aktuelle läkaren, som

saknar svensk läkarlegitimation, frikänts. HD har bl a hänvisat till att det inte är utrett hur mycket smärta ingreppet innebär. Detta finner vi vara lika upprörande. Det borde vara uppenbart för envar att det är starkt smärtsamt och ångestfyllt för barnet att utan någon som helst bedövning få sin förhud genomskuren på det sätt som det görs vid en omskärelse. Inom de olika barndisciplinerna är vi mycket väl medvetna om att barn känner smärta redan från nyföddhetsperioden. Vi vet också att en god smärtlindring vid kirurgiska ingrepp bidrar till ett gynnsammare postoperativt förlopp.

När det gäller omskärelse som sådan så görs denna i Sverige vanligen på medicinsk indikation. Från religionsfrihetens synpunkt måste emellertid den religiösa indikationen få vara tillåten även hos oss och vi har således inga principiella invändningar mot detta.

Det innebär dock att alla gossar som omskärs i vårt land skall ha adekvat bedövning och att ingreppet skall göras under hygieniska förhållanden.

Vi delar alltså Karl-Henrik Gustavsons uppfattning och ställer oss dessutom kritiska till utslaget i HD.

För Svenska barnläkarföreningen  
*Lars Holmquist*  
ordförande  
För Svensk barnkirurgisk förening  
*Leif Olsen*  
ordförande

### Replik 2:

## Vi tar kontakt med andra myndigheter

Det är idag landstingen som ansvarar för sjukvården på Invandrarverkets mottagningsenheter. När det gäller barn är det då följaktligen barnavårdscentralerna (BVC) vi samarbetar med. Det är också hos BVC som patienter och barns föräldrar informeras om traditionerna för olika etniska grupper om cirkumcision.

Tillsynsmyndigheten för landstingens verksamhet är Socialstyrelsen och inte Invandrarverket.

Beträffande hur vissa läkare utan legitimation utsätter barn för omskärelse har vi ingen

**ANNONS**

**ANNONS**

möjlighet att förhindra detta om det äger rum utanför våra förläggningar. Men det är positivt om vi får kännedom om sådant. Vi kan då kontakta andra myndigheter, till exempel kommunernas socialförvaltningar.

*Carina Larsson*  
regiondirektör,  
region Stockholm,  
Statens invandrarverk

## Replik 3

Om cirkumcision sker inom Hälso- och sjukvården, är det givetvis Hälso- och sjukvårdsstyrelsen som gäller.

*Eva Sahlén*  
direktör,  
Socialstyrelsen

## Hårt drabbad illa behandlad av myndigheter

Estoniakatastrofen är nu tre år gammal. Kotsamma minnesvårdar har rests och reses över den. De som överlevt har det emellertid svårt, ja de har rent av motarbetats av försäkringskassan. Jag har en patient som överlevde olyckan. Han bärgades av helikopter efter att ha legat på vrakets sida och ramlat därifrån ned i havet. Han har fått ett svårt, posttraumatiskt stressyndrom och detta förbättras inte av de ständiga nyheterna rörande hanteringen av Estoniakatastrofen via utredningar, olika påståenden och beskyllningar. Han mår mycket dåligt.

Han har drabbats av en arbetsskada – han var anställd ombord – som bör rendera honom livränta. Han har sänts till behandling, bland annat psykodrama. Terapin var att han skulle avreagera sig genom att bråka och slåss med andra med hjälp av skumgummihammare. Av detta mådde han dåligt och behandlingen, som bekostades av försäkringskassan, avbröts på min inrådan.

Först den 27 oktober i år kom ett beslut från försäkringskassan, som meddelade att mannen inte kan få livränta för den inkomstförlust han gör under den tid han får sjukbidrag. Detta trots att man medger att arbetsoförmågan bedöms bero på arbetsskadan den 28 september 1994.

## KORRESPONDENS

Anledningen till beslutet är att livränta enligt Lagen om arbetsskadeförsäkring kan beviljas först efter det att den sjukdom som orsakat arbetsskadan upphört. Sjukdom anses föreligga så länge rehabilitering eller annan behandling pågår. Försäkringskassan hänvisar till att mannen enligt rehabiliteringsplanen bör ha kontakt med psykoterapeut och att han skall återuppta kontakten med Arbetsmarknadsinstitutet för utredning av vilken typ av yrkesval eller omskolning som eventuellt är lämplig.

Man blir upprörd över att en enskild person så hårt drabbas och bemöts så illa av myndigheter, särskilt mot bakgrund av välvilja för offren efter denna fartygskatastrof. Handläggningen av försäkringskassans förtroendeläkare bör i större omfattning än vad som fallet ännu ägnas den enskilde, drabbade försäkringstagaren.

*Lars Lidberg*  
professor,  
rättspsykiatri, Huddinge

## Visst kan vård vid hjärtsvikt bli bättre!

Lars Rydén's artikel i Läkartidningen 25/97 Vård vid hjärtsvikt kan bli bättre [1] vill vi kommentera.

Kostnaderna för hjärtsviktpatienter inom både öppen och slutenvård är betydande och blir allt högre ju äldre befolkningen blir. Eftersom behandlingen av patienter med hjärtinfarkt och hypertoni är bra ökar överlevnaden och därmed också risken för att insjukna i hjärtsvikt. Då ACE-hämmare gjorde sitt intåg uttrycktes mycket tydligt att medicineringen skulle påbörjas av slutenvårdsspecialister och inte av primärvårdsläkare. Samtidigt infördes också en rädsla för ACE-hämmare och den finns fortfarande kvar hos många primärvårdsläkare.

Hjärtsviktpatienter skiljer sig inte från andra patientgrupper och behöver därför kunskap, information och kontinuitet. För att kunna ge detta startade vi vid Nyby vårdcentral i Uppsala en hjärtsviktsmottagning för 2,5 år sedan. Vi har

idag ca 100 patienter på mottagningen och en hjärtsvikts-sjuksköterska arbetar med denna patientgrupp.

Då personalstaben är kraftigt bantad inom alla områden och man inte har råd att avsätta pengar till specialmottagningar av ordinarie budget har sjuksköterskans lön hittills finansierats med projektpengar.

Genom ett intensifierat omhändertagande av dessa patienter har vi sett att livskvaliteten ökar, de får insikt om sin sjukdom, egenvården ökar, de känner sig tryggare, antalet vård dagar på sjukhus minskar och därigenom också vårdkostnaderna. Vi fann att redan efter tre månader hade en klar förbättring inträffat. Då fanns 68 procent av patienterna i NYHA-klass II jämfört med 37 procent vid första besöket och 72 procent hade förbättrat sin livskvalitet.

### Hjälpas åt

Många primärvårdsläkare protesterar mot specialmottagningar då man tycker att vi är generalister, som skall kunna lite om allting och inte mycket om lite. De anser att omhändertagandet av patienterna helst skall ske vid läkarbesök och inte vid sjuksköterskebesök men jag tycker inte att vi idag har råd att resonera på det sättet. En sjuksköterska har stora kunskaper i sin utbildning och det finns möjligheter till vidareutbildning med högskolepoäng inom hjärtsviktsområdet. Patientantalet är så stort att primärvårdsläkare, sjukhusläkare och sjuksköterskor måste hjälpas åt att ta hand om denna patientgrupp. En duktig sjuksköterska innebär dessutom trygghet och kontinuitet för patienten. Det är viktigt att öka kunskapen för läkare och sjuksköterskor inom detta område precis på samma sätt som man gjort inom astma- och diabetesområdet.

En finsk undersökning har visat att ca 50 procent av patienterna med diagnosen hjärtsvikt hade symtom av andra orsaker än hjärtsvikt [2]. Vi måste därför börja öka kunskapen redan nu eftersom utvecklingen inom området går snabbt. Man hittar fler behandlingsmetoder och det gäller att följa utvecklingen och ge patienten rätt behandling för att öka livskvaliteten och sänka vårdkostnaderna på sjukhus. Samhälls-

ekonomiskt är detta omhändertagande oerhört viktigt eftersom man med ökad kunskap kan ta hand om fler patienter i öppenvård och från sjukhusen snabbare remittera tillbaka patienterna till primärvården om man vet att kunskapen finns där.

*Gunilla Johansson*  
specialist i allmänmedicin  
och geriatrik, Uppsala

## Referenser

1. Rydén L. Vård vid hjärtsvikt kan bli bättre. Läkartidningen 1997; 94: 2369-72.
2. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyörälä K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. Eur Heart J 1991; 12: 315-21.

## Läkarförbundet och de 10 judiska läkarna

Varken Medicinalstyrelsen eller regeringen låg bakom förslaget att låta tio judiska läkare få uppehållstillstånd i Sverige 1939.

Istället handlade det om ett privat initiativ när tre läkare bildade »Svenska kommittén för insamlingen för landsflyktiga intellektuella».

De nyutexaminerade medicinerna hade vid 1930-talets slut en svår arbetsmarknad; det så kallade »assistentläkareländet» rädde och yngre läkare tvingades arbeta gratis i hopp om att sedan få arbete.

Medicinska föreningens ordförande Gunnar Biörck talade på ett möte mot import av judiska läkare, tandläkare och apotekare i Stockholm den 6 februari. Biörck menade att Medicinska föreningen inte var passiv av rädsla, men att man tänkte agera först när det fanns ett konkret förslag [1].

»Svenska kommittén för insamlingen för landsflyktiga intellektuella» inkom den 9 februari med en skrivelse till Sveriges läkarförbund där man ville att ett antal, exempelvis tio, specialister skulle tas ut av Läkarförbundet och få uppehållstillstånd.

De tre som undertecknade skrivelsen var Göran Liljestrand, farmakolog vid Karolinska institutet, professor Gunnar Dahlberg, chef för Rasbiologiska institutet, Uppsala, samt Jan Waldenström, då docent och biträdande överläkare i medicin i Uppsala [2].