

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 medicinarna 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].