

studier har visat att skillnader i »case-mix», eventuellt patientselektion, täckningsgrad samt ofullständig uppföljning utgör stora tolkningsvårigheter [2, 3]. Avvikande resultat i de enskilda klinikernas årsrapporter från Riks-Stroke hoppas vi skall stimulera till analys av bakomliggande orsaker. Utfallsdata ska ju inte stå ensamma utan bör kopplas till process och struktur.

I Riks-Stroke finns data på process, valt utifrån evidensbaserade frågor eller för vilka det finns en bred konsensus att just den åtgärden är kopplad till ett bättre utfall. Hit hör t ex andelen utförda datortomografiundersökningar (vilket ger patienten en säkerställd slaganfallsdiagnos), ASA-användning samt andelen patienter som erhåller antikoagulantia vid förmaksflimmer.

Exempel på evidensbaserade strukturdatal är att vård på slaganfallsenheten är bättre än vård på vanlig vårdavdelning. Sven-Erik Marklund skriver i sin insändare att »Riks-Stroke bekräftar tidigare studiers budskap om att det lönar sig att vårda patienter på slaganfallsenheten jämfört med konventionell vård». Riks-Stroke's fynd att vård på slaganfallsenheten medför bättre prognos är både vetenskapligt och praktiskt viktigt. Det är första gången detta visas gälla i den praktiska sjukvården och inte bara en »konfirmering» av randomiserade studier [4].

Naturligtvis tar Riks-Strokearbetet med att dokumentera och följa upp patienten tid i anspråk, men vilken patient skulle vilja vårdas på en klinik som inte dokumenterar och följer upp sina resul-

tat? Riks-Stroke har erbjudit en möjlighet för klinikerna att dokumentera och följa upp den vård som ges till slaganfallspatienterna, och ett deltagande uppfyller därmed de formella kraven på kvalitetssäkring. Det är därför glädjande att Sverige är det första land som uppfyller WHO-målet att alla slaganfallsvårdande kliniker skall delta i landsomfattande kvalitetsregister.

Styrgruppen för Riks-Stroke
*Birgitta Stegmayr, Kjell Asplund,
Back-Per Danielsson,
Kerstin Hulter-Åsberg, Bo Norrving,
Andreas Terént,
Margareta Thorngren,
PO Wester (ordf).*

Allvarliga anklagelser mot HIV-smittade

Riksförbundet för hivpositiva (RFHP), ett handikappförbund som arbetar för att tillvarata hivpositiva människors intressen i samhället, reagerar starkt mot vissa påståenden i artikeln »Tvångsisolering kan minska HIV-smittades högriskbeteende» i Läkartidningen 28–29/99.

Under rubrikerna »Diskussion – Endast två homosexuella män har varit tvångsisolerade» skriver författarna:

»Det måste dock finnas andra inom den homosexuella gruppen som smittskyddsläkaren inte haft kontakt med

Referenser

1. Karlander S, Britton M, Andersson B. Kvalitetsindikatorer i sjukvården 2: Är »mogen» offentlig debatt möjlig? (jämte) Replik om kvalitetsindikatorer. Brister finns men vi bör inte låta det bästa bli det godas fiende. Läkartidningen 1999; 96: 3182-3.
2. Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP. Effect of correcting outcome data for case mix: an example from stroke medicine. BMJ 1996; 312: 1503-5.
3. Wolfe CDA, Tilling K, Beech R, Rudd AG. Variations in case fatality and dependency from stroke in western and central Europe. Stroke 1999; 30: 350-6.
4. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Åsberg K, Norrving B, Peltonen M, Terént A et al. Stroke units in their natural habitat: can results of randomized trials be reproduced in routine clinical practice? Riks-Stroke Collaboration. Stroke 1999; 30: 709-14.

och som har ett smittfarligt beteende eftersom smittspridningen inom gruppen varit oförändrad under hela 1990-talet. Utan denna kärna av smittspridare skulle HIV-epidemin inom den homosexuella populationen ebba ut.»

Någonstans skall det alltså, enligt artikelförfattarna, finnas en grupp farliga individer, homosexuella sådana, som med vilja smittar andra människor med HIV. RFHP anser att detta är en mycket allvarlig anklagelse, som underblåser attityden att HIV-positiva är farliga för samhället eller att homosexuella män skulle vara särskilt farliga. Anklagelsen blir inte mindre allvarlig av att det är smittskyddsläkare som uttalar den.

Gruppen män som har sex med män har tagit ett mycket stort ansvar för att minska spridningen av HIV. RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande) var tidigt ute, i början av 1980-talet, och uppmanade sina medlemmar att praktisera säkrare sex. Utan det ansvar som gruppen män som har sex med män tagit skulle utan tvivel antalet HIV-positiva i Sverige vara betydligt större än det är idag.

Artikelförfattarna refererar också till »den homosexuella populationen» som om det skulle vara en för alla tider konstant grupp. Människor reser, flyttar till

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

ORRESPONDENS KORRESPONDENS

Sverige, flyttar från Sverige, unga människor växer upp, äldre dör etc, etc. Gruppen består också av bisexuella män, alltså män som också har sex med kvinnor. Dessa män kanske inte alls, av olika skäl, identifierar sig som homosexuella.

Många av dessa människor nås inte av informationskampanjer riktade till homosexuella.

Man kan också, som säkerligen artikelförfattarna vet, leva i många år helt symtomfri utan att veta om att man har HIV. Under denna tid kan man således

föra smittan vidare. Detta gör inte individen till en hänsynslös person, som medvetet smittar andra.

Ulla Bäckekihl
ombudsman, jurist,
Riksförbundet för hivpositiva,
Stockholm

Replik:

Skjut inte på budbäraren!

Riksförbundet för hivpositiva, RFHP, har reagerat på att vi i Läkartidningen framfört att små kärngrupper står för den inhemska smittspridningen och att utan denna kärna skulle HIV-epidemin ebba ut.

Detta påstående grundar sig på den epidemiologiska utvecklingen av HIV-epidemin i Sverige och på en matematisk modell som på uppdrag av Socialdepartementet framtagits av Smittskyddsinstitutet och lagts fram av Johan Giesecke i Läkartidningen 15/98.

Det är anmärkningsvärt att det är först när smittskyddsläkaren framför

budskapet som man reagerar trots att vi i artikeln refererat till källan. Man kan ifrågasätta hur seriöst man följt utvecklingen.

Det förefaller snarare som om man på känslomässiga grunder önskar angripa smittskyddsläkaren.

Insändaren gör också gällande att vi med begreppet »den homosexuella populationen» skulle påstå att denna var stationär. Detta påstående får stå för insändarens okunskap om begreppet population.

Avseende de bisexuella männen finns det inget som visat att just denna

grupp tillhör den kärna som står för smittspridningen.

Slutligen tycker vi det är märkligt att man istället för att angripa det verkliga problemet med smittspridningen inom gruppen skjuter på budbäraren som kommer med budskapet.

Brith Christenson
docent, överläkare,
biträdande smittskyddsläkare,
Staffan Sylvan
överläkare,
biträdande smittskyddsläkare,
Smittskyddsenheten,
Karolinska sjukhuset, Stockholm

Självhypnos mot förlossningsrädsla?

I anslutning till artikeln »Rädd att föda, rädd för smärta – individuell handläggning krävs» i Läkartidningen 19/99 om smärtlindringsmetoder ber jag att få tillägga självhypnos till de psykologiska möjligheterna.

Min man – tandläkare – och jag arbetade gemensamt under ca 35 år med suggestionsterapier på bl a inremitterade gravt tandvårdsrädda patienter. En dag sade en 25-årig kvinna – tidigare tandvårdsfobiker – som väntade sitt andra barn att hon var panisk inför tanken på förlossningen. Med stor skräck mindes hon sitt första barns födelse och bad mig om hjälp.

Detta blev upptakten till den psykoprofylaxmetod som jag arbetat med i ungefär 25 år. Metoden grundar sig på självhypnos och systematisk desensibilisering.

Under en förlossning är man knappast i sitt vanliga normala medvetandetilstånd, utan i ett förändrat sådant. Det

förändrade medvetandetilståndet är just definitionen på trans. Under trans är man mottaglig för suggestioner. Suggestioner till en människa i trans är hypnos. Man kan lika gärna ge sig själv dessa suggestioner, allra helst om de är intränade i förväg.

Jag fann under åren att det var lagom att träffa sådana blivande mammor fem gånger, vardera gången en timme och sista gången tillsammans med den blivande pappan. De kunskaper han då får ger möjlighet att på rätt sätt aktivt stötta och hjälpa kvinnan att bibehålla kontrollen.

Ofta har förlossningspersonal frågat kvinnorna var de skaffat sig sina kunskaper. Detta ledde till att jag gav kurser för barnmorskor. De efterlyste också kassetband att förmedla till de blivande mammorna för träning hemma.

Träningen med hjälp av kassetband bör påbörjas fem à sex veckor före beräknad nedkomst. Metoden bygger på

avslappning och självhypnos. Under avslappning får man föreställa sig förlossningens olika skeden, liksom hur man med avslappning och andningsteknik möter dem. Ju mer man tränar, desto mer ökar förmågan till avslappning. Känslor av lugn och balans dröjer kvar även efteråt och sänker den allmänna spänningsnivån. Avsikten är att kvinnan i stunden skall känna lugn och trygghet i igenkännandet av sina i träningen föreställda upplevelser samt mellan verkarna kunna slappna av och återhämta krafter.

Under åren har ett stort antal mammor efter förlossningen berättat att de avböjt all form av bedövning. Jag har inte fört anteckningar om behov av sectio eller val av anestesimedel, men kanske det finns bland läsarna någon med dokumenterad erfarenhet av självhypnos vid förlossning?

Britta Swedhner
Danderyd