

Sant är att risken för cancer aldrig helt kan uteslutas vid långtidsterapi med lipidsänkare. I avsaknad av epidemiologiska studier av tillräcklig omfattning och längd måste en värdering av karcinogen potential huvudsakligen göras utifrån genotoxicitetsstudier på bakterier och mammalieceller och in vivo på djur samt utifrån s k cancerstudier på gnagare.

Per Sjöberg

toxikolog,

Bertil Jonsson

kliniker, Läkemedelsverket, Uppsala

Litteratur

- Information från Läkemedelsverket 1995; 6: 178-203.

Anmäl patienter till hemrespiratorregistret!

Vid årsskiftet 1995-1996 startade ett nationellt register över patienter med respirator i hemmet. Registret tillkom på initiativ av ventilatorgruppen inom Svensk lungmedicinsk förening (SLMF). Vi har sänt ut patientinformation och anmälningsblanketter till alla av oss kända kliniker som sköter patienter med respirator i hemmet. Vi har dock goda skäl att anta att enstaka patienter med respirator i hemmet sköts utanför dessa centra, t ex av kolleger inom anestesi, rehabilitering etc. Det är av kvalitets- och forskningskäl angeläget med en heltäckande registrering. Jag är därför tacksam för att få kontakt med de kolleger som sköter patienter med respirator i hemmet, men som inte fått information från oss.

För ventilatorgruppen inom SLMF

Bengt Midgren

sektionen för lungmedicin och allergologi, medicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Lund

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »*man-
nen bakom syndromet*»/
»*mannen bakom meto-
den*» välkomnas, men tag
kontakt med redaktionen
innan du börjar skriva – ett
stort antal syndromartiklar
är redan beställda eller
under arbete!

Intresse- konflikter kring läkarutlåtande

I debatten om läkarutlåtanden till försäkringskassorna (FK) vill jag framföra några synpunkter.

Det finns många intressenter kring en begäran om ett läkarutlåtande (LUH): patienten, försäkringskassan, staten, skattebetalarna, handläggaren på FK, socialförsäkringsnämnden, de ansvariga för länets försäkringskassor, Riksförsäkringsverket, Socialdepartementet m fl.

För patienten är det uppenbara intresset att så bra som möjligt få avkastning på det belopp i form av skatt och avgifter till obligatoriska socialförsäkringar som patienten erlagt och därigenom säkra sin framtida utkomst vid ohälsa.

För försäkringskassans handläggare är LUH ett nödvändigt ont för att kunna bereda ett ärende till de beslutande i socialförsäkringsnämnden. Handläggaren önskar i första hand ett utlåtande snabbt. Det bör dessutom vara kraftfullt för att underlätta beredning av ärendet.

Motsvarande betraktelse-sätt kan appliceras på alla intressenter.

Till syvende och sidst handlar det om att ett visst antal tusen kronor skall eller inte skall överföras från en grupp individer (skattebetalare) till en mindre grupp individer (förmånstagare).

Var hamnar då läkaren i detta system?

Läkare har enligt allmänna läkarinstruktionen skyldighet att på patientens begäran utfärda utlåtande om hälsotillståndet. Det är dock oftast inte patienten som begär LUH i anslutning till ett besök: det har snarare legat i patientens intresse att få sitt »sjukintyg» förlängt, vanligen med högre ersättning än vid en eventuell pensionering.

Ersättning utgick

På 1970-talet kom det en jämn ström av begäran om LUH från försäkringskassorna. Dessa utlåtanden utfärdades när väntrummet var tömt, eller på helgen, utanför arbetstiden,

med en ersättning av mellan 60 och 160 kr per intyg, vilket på den tiden motsvarade den ungefärliga timlönen under tjänstgöring dagtid.

I och med Dagmaröverenskommelsen försvann dessa ersättningar och förhoppningsvis blev åtminstone Dagmar glad. Försäkringskassorna blev tydligen inte lyckliga.

Ett avgörande om förtidspension innebär för staten ett åtagande kring 100 000 kr/år i snitt, och gäller för många under flera år. Kostnaden för några tusen individer kommer snabbt upp i miljardbelopp.

Handläggning av sådana ärenden håller ett stort antal personer sysselsatta och ger dessa icke oansenliga inkomster. Det förväntas knappast att de skall handlägga dessa ärenden på obetald övertid.

Att som läkare med stor belastning utfärda dessa utlåtanden på obetald fritid ter sig då ganska orimligt. En skälig ersättning för ett bra utlåtande skulle förmodligen även samhällsekonomiskt vara en god affär.

Kvaliteten på intygen skulle förmodligen öka om de kunde utfärdas av en utvilad läkare, och inte som nu, efter 8-10 arbetstimmar.

Att försäkringskassorna har devalverat LUH från läkarens synpunkt förbättras inte av att man avskaffat rutinen att avisera intyg utfärdande läkare om hur ärendet avgjorts i socialförsäkringsnämnden!

Lätt val

Denna totala brist på uppskattning och feedback gör att valet mellan intygsskrivning och patientarbete är ganska enkelt.

Tommy Jäverfalk
distriktsläkare, Leksand

Amalgamsjuka bör ses i sitt sammanhang

Diskussionen i Läkartidningen nr 4/96 om amalgamenheten i Uppsala ger anledning att fästa uppmärksamheten på de medicinska särdrag som karakteriserar den sjukdomsgrupp till vilken amalgamsjukan kan hänföras. Amalgamsjukan, bildskärmssjukan, grön

dieseloljesjuka och MCS (multiple chemical sensitivity) är fyra åkommor, som samtliga kan inrangeras i den överordnade nosologiska enheten ESS (environmental somatization syndrome) [1]. Gemensamt för dem alla är en somatisk symtomflora utan påvisbara tecken på somatisk sjukdom samt att patienterna hänför sina sjukdomsbesvär till konkreta faktorer i den yttre miljön (kvicksilver, elektromagnetiska fält, grönfärgad dieselolja respektive »alla möjliga» kemiska ämnen).

Nya varianter dyker upp

Ärligen dyker nya ESS-varianter upp världen runt. De blixtrar oftast förbi och upplöses i intet, men ibland får de fäste och sprider sig som en löpeld i samhället. EES blir då en påfrestning inte bara för de drabbade utan även för samhället i stort när patienterna och kring dem fungerande påtryckargrupper försöker framvinga medicinskt meningslösa, oftast kostnadskrävande och inte sällan potentiellt farliga samhälls-åtgärder för att avlägsna påstått sjukdomsframkallande exponeringar.

Vi hoppas – och tycker oss även finna tecken på – att vetenskapsvärlden nu börjar inse att ESS är en enhetlig sjukdom, och att bakomliggande sjukdomsorsaker inte påverkas av påstått sjukdomsframkallande miljökomponenter. Prognosen försämras av iatrogena faktorer som många läkare tycks vara helt omedvetna om. Charlataner utnyttjar medvetet patienternas benägenhet att finna sjukdomsförklaringen i den yttre miljön. Beteendet är hänsynslöst och djupt oetiskt, eftersom patienterna på så sätt fixeras i sina sjukdomsroller samtidigt som rehabiliteringen försvåras eller omöjliggörs.

Carl-Johan Göthe,
med dr, docent,

Carl Molin
odont dr, professor,

Carl Gustaf Nilsson
överläkare, Stockholm

Litteratur

- Göthe CJ, Molin C, Nilsson CG. The environmental somatization syndrome. Psychosomatics 1995; 36: 1-11.

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 1-2/94. De
kan även beställas från
sekretariatet.