

Övervikt i klartext – en felnärd nation

Stephan Rössner ger i Läkartidningen 1–2/96 en icke helt klagörande bild av överviktens innebörd och orsaker. I en tabell under rubriken »Hur mycket skall man väga?» anges exempelvis normalvikten för 55–64-åringar till kroppsmasseindex (BMI) 24–28, vilket är nästan identiskt med den i artikeln givna definitionen på övervikt för kvinnor (BMI 23,8–28,6). Tabellen, som alltså snarare anger vad nutida svenskar väger än hur mycket de skall väga, uppges ta hänsyn till att vikten ökar med åldern. Det framgår dock inte tydligt att ålderseffekten är specifik för västerlänningar och saknas hos populationer med traditionell livsstil, vilket visats i åtskilliga tvärsnittsstudier.

I en egen studie av ett naturfolk på ön Kitava utanför Nya Guinea [1] sågs en markant successiv viktneigung hos båda könen från 30 till 85 års ålder trots mat i överflöd. I åldern 55–64 var genomsnittligt BMI hos män 19 (range 16–23, N=39) och hos kvinnor 17 (range 13–22, N=23). Viktneigung förklarar sannolikt av gradvis minskad muskelmassa och vattenhalt utan ökad fettmassa. Trolig avsaknad av hjärt-kärlsjukdom, inklusive slaganfall, samt låga nivåer av blodtryck och plasminogenaktivatorinhibitor-1 i denna population är i linje med Stephens bild av övervikt som grundbulten i det metabola syndromet och dess följsjukdomar hjärtinfarkt, slaganfall och hjärtsvikt.

Dagens livsmedel fanns inte

Stephan noterar också att vi saknar signalsystem som motverkar överätande, men bortser från att 3/4 av kaloriintaget i dagens Sverige kommer från livsmedel som saknades under människans utveckling – mejeriprodukter, maffett, socker, spannmål och alkohol. Den potentiella betydelsen för övervikt av denna nya energitäta kost ter sig mycket stor.

Varken oförmåga att uppnå hög ålder eller brist på mat är alltså tillräckliga förklaringar till avsaknad av övervikt i populationer som bevarat en livsstil motsvarande den i människans ursprungliga ekologiska nisch.

Alltsedan jag för åtta år se-

dan själv övergick till en kost baserad på kött, fisk, potatis, rotfrukter, frukt och nötter har jag för övrigt återfått och lyckats bibehålla min ungdomsvikt (–9 kg), med undantag för de perioder då jag alltför ofta fallit för frestelsen inför glass, kakor och gourmetmat.

Kompromisslösa

Inför sanningen bör vi vara kompromisslösa, även om sanningen skulle visa sig vara den att medelålders svenskar i genomsnitt väger 20 kg mer än de borde. Den som aktivt uppmanar folkmajoriteten att acceptera sin »konstitutionella» övervikt bidrar till att ytterst få undslipper en annan »konstitutionell» egenskap, vilken i likhet med övervikt tycks vara specifik för västerlänningar: fullt utvecklade åderförkalkning i hjärtats kranskärl.

Staffan Lindeberg
distriktsläkare, med dr,
Vårdcentralen, Sjöbo,
institutionen för samhälls-
medicinska vetenskaper,
Lunds universitet

Litteratur

1. Lindeberg S. Apparent absence of cerebrocardiovascular disease in Melanesians. Risk factors and nutritional considerations – the Kitava Study Lund: institution för samhällsmedicinska vetenskaper, Lunds universitet, Akad avh 1994.

Vad händer när gömda flyktingar behöver akut vård?

I Läkartidningen 17/95 publicerade jag en debattartikel om svårigheten att i dagens läge få vård i Sverige om man inte kan betala.

Bland annat gällde frågan de gömda flyktingarnas vård. Per Swartling, medicinalråd i Socialstyrelsen, svarade att han antog att landstingets sjukvård ändå gav all nödvändig vård till dessa liksom till andra flyktingar. »Något annat vore etiskt och moraliskt otänkbart», skriver han. Det är möjligt att det är otänkbart för Socialstyrelsen, däremot är det

inte alls otänkbart i praktiken. Från alla håll strömmar berättelser om sådana »otänkbara» fall in från olika läkare.

Mitt eget senaste exempel är följande: En kvinna med en fem månaders baby lider sedan förlossningen av ett oklart förvirringstillstånd. När jag undersöker henne finner jag att hon har en psykotisk depression och är ur stånd att sköta sitt barn. Varje psykiater vet att psykotiska depressioner är de tillstånd i vilket den största risken för utvidgat självmord föreligger. Jag sände alltså in kvinnan till närmaste psykiatriska klinik på vårdintyg.

Kliniken bekräftade min diagnos och lade in henne. Efter ungefär en vecka vände sig sjukhuskontoret till Invandrarverket för att få betalt. Invandrarverket kontaktade polisen, som tänkte »höra» henne. Avdelningen ringde och varnade maken, som hämtade hem henne. Sedan dess får jag försöka sköta henne så gott jag förmår i det gömsle där hon finns.

Ar detta etiskt och moraliskt försvarbart? Vad säger Socialstyrelsen? Vad säger Landstinget?

Lisbet Palmgren
psykiater, professor,
Lidingö

Avskaffa inte rättspsykiatrin men ändra lagstiftningen

Avskaffa rättspsykiatrin utropar Lennart Brimstedt i Läkartidningen 4/96 och föreslår samtidigt att allvarligt psykiskt störda, dvs psykotiska personer, skall överlämnas till kriminalvården om de begår brott. De »goda och bärande skäl» som han anför är emellertid alltför dåligt underbyggda för att kunna tas på allvar. Bland annat åberopar han ett besök på Kumlaanstalten. Slutsatsen att psykisk sjukdom och brottsligt beteende är av varann helt oberoende fenomen är så häpnadsväckande, att den inte kräver någon närmare kommentar.

Endast en bråkdel av alla landets brottslingar överlämnas i dag till rättspsykiatrisk vård. Innehållet i den vård och

behandling som ges inom kriminalvården skiljer sig väsentligt från den som ges under rättspsykiatrisk vård. En schizofren person som begår ett brott under påverkan av sina vanföreställningar är självfallet i behov av, och skall också få, samma psykiatriska omvårdnad som andra schizofrena. Att av grumliga rättviseskäl placera honom i fängelse och frånta honom denna vård är varken rimligt eller humant.

Det står dock bortom alla tvivel att nuvarande LRV-lagstiftning (lagen om rättspsykiatrisk vård) har skapat en ohållbar situation, eftersom man med hänvisning till samhällsskyddet kan kvarhålla en person inom psykiatrin, även när ett psykiatriskt vårdbehov ej föreligger. Från landets psykiaterkår har det orimliga i detta förhållande påtalats, liksom det angelägna i att få en ändring till stånd i § 16 LRV (utskrivningsparagrafen).

Det är inte rättspsykiatrin eller humanismen som behöver avskaffas. Det är § 16 LRV som måste förändras!

Agneta Nilsson
docent, överläkare,

Kent Persson
chefsöverläkare,

Stig Götmars
överläkare,

Lennart Edström
överläkare; alla vid Karsudens sjukhus

Jeanne Ahlberg
docent, biträdande överläkare, psykiatriska akut- och beroendekliniken, avdelning 113,

J Richard Tuck
docent, överläkare, psykiatriska kliniken II; båda Huddinge sjukhus

Rolf Lindelius
docent, f d överläkare,
Stockholm

Kriminalitet inte oberoende av psykiskt hälsotillstånd

Lennart Brimstedt har i Läkartidningen 4/96 propagerat för att avskaffa rättspsykiatrin liksom särbehandlingen av psykiskt störda lagöverträdare. Hans erfarenhet av rättspsykiatri inskränker sig till halvtannat års tjänstgöring vid Karsudens sjukhus. Han saknar rätts-

psykiatrisk specialistkompetens liksom erfarenhet av rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet och förefaller också sakna relevanta kunskaper inom området.

Tre iakttagelser

Brimstedt har gjort tre iakttagelser under sin tid vid Karsuddens sjukhus. Den första är att kriminalitet och psykisk sjukdom är två fenomen som är fristående och oberoende av varandra. Det är emellertid uppenbart för de flesta att en psykotiskt förvirrad individ som förlorat verklighetsförankringen kan utföra handlingar (brott) som han inte skulle ha gjort om han hade varit psykiskt frisk. Därför är inte kriminalitet oberoende av det psykiska hälsotillståndet. De båda övriga iakttagelserna, att prognosen och de psykiatriska behandlingsprinciperna inte skiljer sig åt när det gäller psykiskt sjuka med eller utan kriminell bakgrund är inget anmärkningsvärt, utan något som är självklart för nästan alla psykiater.

Brimstedt konstaterar att de flesta dömda patienter han kommit i kontakt med har en »deletär» psykisk störning. Denna består enligt Brimstedt av en kombination av psykosjukdom, allvarlig personlighetsstörning, drogmissbruk, organisk hjärnskada samt allvarliga störningar i den sociala förankringen. (Han kunde ha tillagt: samt har en omfattande kriminalitet oftast innefattande grova våldsbrott.) Samtidigt menar han att det inte finns psykiatriska skäl till en särskild specialistutbildning för dessa patientgrupper. En märklig slutsats med hänsyn till den just konstaterade komplicerade och svårbehandlade sjukdomsbilden. Dessutom ingår i rättspsykiaternas utbildning och arbete att utföra rättspsykiatriska undersökningar vilka bl a kräver kännedom om lagregler, brottmålsprocess och påföljdssystem.

Brimstedt gör sig lustig över begreppet allvarlig psykisk störning respektive psykisk störning. Han har uppenbarligen inte förstått innebörden i dessa begrepp, utan borde studera LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (lagen om rättspsykiatrisk vård). Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 1992: 12) anger vad som avses med begreppet allvarlig psykisk störning och hur det skall tillämpas.

I skriften *Psykiatrisk tvångsvård* (författningssam-

ling med kommentarer) [2] framgår lagstiftarnas beskrivning och tolkning av begreppet. Förenklat kan sägas att till allvarlig psykisk störning räknas i första hand tillstånd av psykotisk karaktär.

Särskild hänsyn

Under historisk tid har man i alla kulturer tagit särskild hänsyn till individer som varit psykiskt sjuka när de brutit mot lagen.

De principiella frågeställningarna – om psykiskt störda lagöverträdare skall särbehandlas i juridiskt avseende, och hur behandlingen av dessa skall vara utformad – ställs på sin spets i Brimstedts artikel. Det är viktiga och svåra frågor som väcker starka känslor.

Anders Manhem

överläkare, vice ordförande i Svenska rättspsykiatriska föreningen, Göteborg

Litteratur

1. Brimstedt L. Avskaffa rättspsykiatrin! *Läkartidningen* 1996; 93: 227-8.
2. Fröberg U. *Psykiatrisk tvångsvård*. IMR:s förlag 1991.

Replik:

Rättspsykiatrin borde upphöra med det juridiska tjänstegöret

Agneta Nilsson och medarbetare har rätt i att § 16 LRV är den viktiga skärningspunkten på det rättspsykiatriska området. Den är en monumental rättslig katastrof och kränker rättssamvetet. Att Sveriges psykiaterkår inte samfällt agerar kraftfullt är en gåta.

Som Anders Manhem poängterar har en rättslig särbehandling av psykiskt störda motiverats av humanistiska tankegångar. Jag tror dock att detta argument har förlorat i styrka och relevans i ljuset av den utveckling psykiatrin har tagit under senare årtionden med ökande normalisering med ledstjärna.

Nästan alla psykiskt störda

lagöverträdare har varit rättskapabla vid brottstillfället i den meningen att personen vetat att handlingen var brottslig, förkastlig eller förbjuden och att det funnits ett offer. Begreppet rättskapabel är enligt min mening centralt. Endast en mycket liten grupp skulle bli kvar: dementa, konfusionella och en del svårare utvecklingsstörda som borde särbehandlas genom total straffrihet, eftersom de inte kan ha varit rättskapabla vid brottet.

Jag har upplevt att patienter ideligen blandar ihop »brottsdelen» och »vård delen» i den rättspsykiatriska vården. Med rätta eftersom både länsrätter, kammarrätter men framför allt åklagarna själva blandar ihop delarna och lägger tyngden vid det ena eller andra allt eftersom det passar. Det är inte att undra över om patienten upplever vården som ett straff. Det uppfattas ju så av läns- och kammarrätterna och åklagarna.

Möjligheten att sona sitt brott, vilket ju är en väsentlig del i västerländskt rättstänkande, frätas patienterna med nuvarande lagstiftningen.

Tvingande institut

Kriminalvården har visat föga intresse för att ta om hand psykiskt störda. Att därför utan vidare jämställa alla inför lagen vore olyckligt. Jag föreställer mig något i stil med ett tvingande institut gällande psykiatrisk vårdbedömning av alla som döms till fängelse av en viss tyngd eller liknande. Den nuvarande LPT-lagstiftningen torde vara tillräcklig.

Som jag förstår det hävdar Anders Manhem att just vårdens tyngd och komplexitet bland de rättspsykiatriska patienterna motiverar en särskild specialitet. Det ligger något i detta, men från vården har man inte uppfattat det så. Karsudden hade exempelvis inte någon rättspsykiatriskt specialistkompetent. Vården är ändå av hög kvalitet med en i allmänhet god prognos.

Rättspsykiatrin borde upphöra med det juridiska tjänstegöret. Exempelvis ett samarbete med barnpsykiatrin, särskilt barnneuropsykiatrin, kunde vara fruktbringande där forskningen har gått starkt framåt på senare tid i frågor om empatiutveckling m m. Det skulle förvåna mig om man inte kunde finna mycket oerhört frukt-

bringande i ett forskningssamarbete där. Döma någon till vård på grund av begånget brott – går det?

Lennart Brimstedt

psykiatriska kliniken, Ostra sjukhuset, Göteborg

Vad menas med att intyga?

I de vanliga sjukförsäkringsintygen (över och under 28 dagar) skall läkaren intyga bl a vilka patientens vanliga arbetsuppgifter är och om han/hon kontaktat sin eller sina arbetsgivare. Kan jag verkligen intyga detta? Skall jag i så fall kontrollera vad patienten meddelar mig? Om så ej är fallet, kan jag ur legal synvinkel intyga vad patienten muntligen meddelat?

Försäkringskassan önskar en utförlig beskrivning av patientens olika arbetsuppgifter. Var går gränsen för utförlighet?

Min åsikt är att det jag, i min egenskap av läkare, intygar i sjukintyget skall grundas på medicinska fakta om sjukdomens/tillståndens art.

Vad förväntas jag svara på frågan: »Vid hel arbetsförmåga, motivera särskilt varför patienten inte kan arbeta eller stå till arbetsmarknadens förfogande i någon utsträckning?» Många personer kan stå till arbetsmarknadens förfogande, men det fordras i vissa fall en hel del insatser från samhället. En skogsarbetare t ex med bruten fotled, som opererats och gipsats, kan ju inte jobba i skogen. Han skulle dock kunna sitta på ett kontor med benet högt, men först efter utbildning eller inskolning, och därmed stå/sitta till förfogande.

Ett klarläggande önskas

Trots att det förekommit åtskilliga inlägg i intygsfrågan har nedanstående frågor ej be-lysts. Jag önskar ett klarläggande från Läkarförbundets juridiska avdelning:

Vad kan jag ur legal synvinkel intyga?

Vilka blir konsekvenserna för mig om intyget ej visar sig vara sanningsenligt avseende de delar som patienten meddelat?

Kan jag i sjukintyget med en markering meddela att vissa uppgifter inte intygas av mig utan meddelas av patienten själv (dvs patienten fyller i de- ▶