

Myran i örat

Gunnar Hjernerstams berättelse i Läkartidningen 30-31/96 – En skabbpromenad på Membrana tympani – väcker ett minne till liv. Det var i slutet av 1970-talet, i Terracina, en badort knappt tio mil söder om Rom, under en semestervecka mitt i högsommaren. Siestan intogs också denna dag på hotellsängen. Men den behagliga slummen stördes av sensationer från ena örat – ett lätt krasande, skraperande ljud trängde sig fram i medvetandet. Plötsligt klarvaken insåg jag att något fanns därinne, någonting levande, ett djur, en insekt! Hjälp, vad göra?! Att peta med lillfingeret hjälpte inte. Efter en stunds funderande kom vi fram till att försöka med tillförsel av vätska. I reseapoteket fanns en flaska Desivon. Örongången fylldes. Och, mycket riktigt, upp till ytan flöt en liten krabat – det var en liten myra som hade rumstrerat om därinne! Myran var av samma sort som den vi sett vid balkongen. Besvären försvann och behandlingen gav inga biverkningar – annat än möjligen för myran!

Jan Lind
journalist, Läkartidningen

Ta bort avgiften för patienten vid byte av läkemedel

Vi har passerat ett halvårsskifte, igen. Så var det dags för ökade utgifter för våra patienter. Igen. Nytt pris för första läkemedel på recept 170 kronor, för vart och ett av de följande 70 kronor. Att köpa ut flera läkemedel blir dyrt, och det är långt till frikort. 2 200 kronor.

Som läkare får man allt oftare problem med terapisval och följsamhet till ordination. Många kolleger känner igen patienten som varit på några besök hos sin vårdcentral och runt hos några läkare och fått olika recept på läkemedel, som inte hjälpt mot hans besvär. Anamnes och undersökning tyder på att det behövs annan terapi. Patienten informeras och accepterar, men utbrister: »Får jag betala på apoteket nu igen?»

En utbredd bakteriell infektion antibiotikabehandlas lege artis. När odlingssvaret kom-

KORRESPONDENS



ILLUSTRATION: FOLKE NORRLINDER

»Det var en liten myra som hade rumstrerat om därinne!»

mer visar resistensmönster och uppföljning av patienten att antibiotikabyte bör ske. Ny kostnad för patienten, som gruffar över kostnaden och att det inte »blev rätt från början».

En patient får ett läkemedel som ger biverkningar. Byte är nödvändigt. Ny kostnad för patienten.

Exemplen kan flerfaldigas.

Normalt att behöva byta behandling

I inget fall rör det sig om nonchalans eller felbehandling. Det är fullständigt normalt att behöva byta terapi. Läkare, som arbetar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet med patientens bästa för ögonen, måste vara fria att byta behandling.

Att på grund av bristande effekt eller biverkningar byta till annan behandling utgjorde till för några år sedan inte något större ekonomiskt problem för patienterna och ifrågasattes inte av dem.

Farligt för hälsan

Numera finns det många som inte ens har råd att lösa ut ett förstagångsrecept, utan

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

skjuter upp behandlingen tills de fått lön eller motsvarande.

När en del patienter får recept på flera läkemedel samtidigt, händer det att de frågar vilket som är viktigast att börja med, och vilken behandling de kan skjuta upp. Att människor inte får adekvat terapi och behandling i rimlig tid kan utgöra en fara för deras hälsa.

Avgifterna har nu nått sådana nivåer att patienten borde kunna få något slags garanti på den läkemedelsterapi han betalat dyrt för.

Slopa avgiften!

Jag föreslår att man gör det möjligt för läkare att, vid byte av läkemedel, skriva »byte av behandling» på det nya receptet. Därvid slipper patienten betala avgiften.

Denna möjlighet bör finnas för både samma läkare och/eller annan läkare som patienten remitterats eller själv sökt sig till. Man bör således kunna använda åtgärden flera gånger för att nå avsedd effekt.

Heléne Björngren
hudläkare, Malmö

Slopa den dyra sjukförsäkringen

Bo Mikaelsson gör i Läkartidningen 28-29/96 »Vård av sjukdomsbegreppet» en bra och nyanserad analys av sjukförsäkringssystemet. En stor del av de kostsamma långa sjukskrivningsfallen rör smärttillstånd i rygg och övriga rörelseapparaten.

Vad avgör då om ett smärttillstånd och/eller fysisk oförmåga tillika innebär arbetsoförmåga?

Det finns ingen diagnos inom det här området som i sig med automatik leder till 100 procent, arbetsoförmåga gentemot alla typer av arbeten. Avgörande för arbetsförmågan är främst vilka kompensatoriska mekanismer individen kan mobilisera i relation till det som ska utföras.

Med utbildning går det alltid

De flesta med hygglig utbildning kan på olika sätt kompensera för sina skavanker, men ju lägre utbildningsnivå/intellektuell kapacitet,

desto svårare att kompensera olika fysiska funktionsstörningar för att finna ett arbete som fungerar.

Svaret till den som t ex anser om förtidspension skulle alltså regelmässigt kunna bli att med utbildning kan varje människa alltid få ett arbete som han/hon klarar fysiskt.

Två stora grupper av patienter ser jag på vår ryggmottagning där sjukskrivningsfrågan är svårbedömd.

– De »äldre», t ex i bygg- eller städbranschen, som ofta, redan i 50-årsåldern, på grund av olika krämpor har svårt att hänga med ackordet.

– Unga lågutbildade människor (20-40 år) som inte heller fysiskt är »100-procentare».

För den förstnämnda gruppen tycker jag idén om »efterlön», som enligt Bo Mikaelsson konstruerats i Danmark, låter intressant. Man slipper döma människor till »sjuka» pensionärer. Vilken trist och förnedrande avslutning på en yrkeskarriär!

För den andra gruppen är det hela än mer uppenbart ett konjunkturberoende politiskt problem. Företagen vill bara ha »100-procentare». Vilka av dem som inte är det ska då anses »sjuka»?

Dessa bedömningar är alltså sjuka i sig och gör människor sjuka! Och vi läkare är satta att döma/bedöma detta samtidigt som vi ska försöka hjälpa varje individ att känna sig så frisk och arbetsför som möjligt utifrån sin förmåga!

Känns friskare!

Det radikala vore kanske att helt enkelt slopa eller tidsbegränsa den dyrare sjukförsäkringen. Centrera i stället frågan kring vad människor som är utan arbete, oberoende av om de är sjuka eller ej, ska leva av. Vad har samhället råd med utifrån vår gemensamma kassakista? Detta skulle på många sätt kännas friskare! (Med risk förstås för att en eller annan »rehab-aktör» som bara ägnar sig åt sjukskrivningsfrågor blir arbetslös).

Jag efterlyser från politikerhåll klarare besked om hur sjukförsäkringssystemet ska användas i förhållande till de andra socialförsäkringarna i dessa synnerligen allmänmänskliga bedömningar där de rent medicinska problemställningarna oftast är sekundära.

Birgitta Gottfries Dahlberg
ortoped,
Strong rygg och nackrehab,
Haninge