

Exempel på hur man kan arbeta är vår linjeintegrerade kurs Människa Samhälle, liksom vår utbildningsavdelning där team av studerande från olika utbildningslinjer tar hand om patienterna.

Tankarna från slutet av 1970-talet, som ledde fram till Hälsouniversitetet, väcker givetvis ett helt annat och större intresse om de återupptäckts och anammas också av fler fakulteter än i Linköping. Vi glädder oss, eftersom vi tror att våra idéer är bra och ser fram emot att få utbyta erfarenheter med i detta avseende andra »kompletta» medicinska universitet.

*Johnny Ludvigsson*  
professor/prodekanus,  
Hälsouniversitetet,  
Linköping

## Varför ondgöra sig över rabatterat impotensmedel?

Jerzy Einhorn har i dagspressen ondgjort sig över att ett läkemedel mot impotens är rabattberättigat. Orsaken är att impotens sägs inte vara en sjukdom. Impotens är ett symptom. Bakom symtomet finns alltid en eller flera orsaker, ofta diabetes. Frånsett var femte man som vid besked att han drabbats av en malign sjukdom får en erektil störning är sällan bakomliggande orsaker allvarliga; kroppsliga – oftast vaskulära – alternativt psykosociala störningar eller en kombination av dessa med en fördelning av cirka en tredjedel vardera.

### Allvarliga sociala störningar

Impotens kan dock förorsaka allvarliga sociala störningar.

En man som drabbats av impotens mår generellt psykiskt betydligt sämre än en som drabbats av en malign sjukdom. Den senare har oftast lättare att öppet tala om sin belägenhet med närstående, anhöriga, sjukvårdspersonal eller medpatienter. I urologens vardag är över hälften av patienterna drabbade av olika maligna sjukdomar så jämförelsematerial finns.

Sexualitet är inte en last eller enbart ett nöje utan för de flesta människor en viktig vital funktion. Impotens är ingen

kosmetisk störning. De flesta mäns självkänsla är beroende av en fungerande erektion, oberoende av sexuellt intresse. Den kvinna som förlorat ett bröst kan förstå en del av de känslor som drabbar en man med impotens. Beroende på personligheten och livssituationen reagerar män med impotens olika.

Det vanliga är att han drar sig in inom sitt skal, kommunicerar sämre med hustrun, både verbalt och kroppsligt. Han skäms och känner sig kränkt av att kroppen inte fungerar. Hans koncentrationsförmåga försämras, eftersom hans tankar ideligen går till det han drabbats av.

Hans arbetskapacitet och livsglädje sjunker, ibland drastiskt. Vissa män hemfaller till alkoholöverkonsumtion eller förgiftar familjelivet med elakheter.

Hustrun och övriga familjemedlemmar till en man med impotens blir nästan alltid drabbade på något sätt.

Behandlingen går ut på att lära mannen att bättre hantera sin störning och få en fungerande kommunikation med partnern och att återställa erektionsförmågan, ofta med hjälp av ett läkemedel.

En man som fått hjälp för sin impotens är inte längre så sexualfixerad utan kan bli lugn och trygg igen och kan koncentrera tankar och handlingar på annat än ett havererat samliv.

Män som drabbats av impotens kan inte offentligt försvara sig.

Om Einhorns skäl till sitt debattinlägg är att spara pengar för samhället är han välkommen att kontakta mig. Det finns besparingsförslag som både är rättfärdigare och kraftfullare.

*Arne M Olsson*  
docent, överläkare,  
urolog/androlog,  
Universitetssjukhuset  
i Lund

## Replik: Gapet mellan behov och resurser växer

Jag vill varmt instämma i många synpunkter som Arne

Olsson för fram, även om han ställvis tillspetsar sina slutsatser. Det är dock ett missförstånd att jag »ondgjort mig över att ett läkemedel mot impotens är rabattberättigat».

Eftersom jag är ordförande i en parlamentarisk utredning om prioriteringar inom hälso- och sjukvården bad en reporter mig bedöma hur utredningen skulle ställa sig till en artikel i Läkartidningen i vilken två författare redovisar de höga och snabbt stigande kostnaderna för ett läkemedel mot impotens. De ifrågasätter om dessa bör vara rabattberättigade.

Mot bakgrund av prioriteringsutredningens syn på liknande situationer var min bedömning att läkemedel mot impotens av utredningen skulle placeras i en prioriteringsgrupp som berättigar till rabatt när patientens besvär beror på en sjukdom, men inte annars. Jag kan inte dela Arne Olssons uppfattning att en erektionsstörning alltid gör det, även om detta inte behöver minska plågsamheten i patientens situation.

### Svårt prioritera

Att prioritera är svårt och sällan populärt utom möjligen bland dem som prioriteras högt. Vi gör emellertid svåra prioriteringar som har allvarliga konsekvenser för våra patienter. Vi tvingas dagligen från sjukhusen skriva ut patienter i uppenbart behov av sjukhusvård till en hemsjukvård som inte fungerar, infektionsläkarna tvingas göra avkall på sina principer och lägger i en sal patienter där de inte kan utesluta smittorisk; förstföderskor skickas hem dagen efter förlösningen innan amningsproblemen blivit uppenbara; läkararbetstiden är orimligt kort på sjukhemmen där många svårt sjuka vårdas – behövs det flera exempel?

Majoriteten prioriteringar sker i skymundan, syftet med prioriteringsutredningen var att ta fram dessa till ytan och till en offentlig debatt.

Personligen vill jag helst att alla medicinska åtgärder som är av någon som helst hjälp för människor skall finansieras solidariskt och erbjudas med hög kvalitet, vare sig besvären beror på sjukdom eller om medicineringen kan förbättra livskvaliteten. Men detta är inte längre möjligt när resurserna

inte räcker till och gapet mellan behov och resurser växer.

Det bekvämaste för utredningen hade varit att sätta allt i den främsta prioriteringsgruppen. Men detta skulle inte varit till någon hjälp. Utredningen valde att i den främsta gruppen placera livräddande åtgärder, vård av svårt och långvarigt sjuka och vård i livets slutskede.

Det sistnämnda har vi, i omfattande studier över hela landet, funnit vara de mest försummade, vilket strider mot grundläggande etiska principer. Vi ansåg oss vara tvungna att prioritera de åtgärder relativt lågt som kan vara angelägna, men som inte beror på sjukdom, även om dessa kan medföra väsentliga förbättringar av livskvaliteten.

Utredningen har nått syftet att få tillstånd en allmän debatt. Problemet är att i den debatten kritiserar endast det som prioriteras lågt, främst av de drabbade och deras läkare, vilket är naturligt. Samtidigt är det glest med förslag till alternativa realistiska prioriteringsmodeller. Många är upprörda, men det är alltför få som engagerar sig i debatten om grundproblemet: Vi har för lite medel för att – i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen – erbjuda alla sjuka och behövande bra vård på lika villkor, och det är de svårt och långvarigt sjuka och de döende som är de mest drabbade. Det är få som i den offentliga debatten för den gruppens talan, de själva saknar förutsättningar för att göra det.

*Jerzy Einhorn,*  
Konung Gustaf V:s  
Jubileumsfond,  
Cancerförningen  
i Stockholm,  
Radiumhemmet,  
Stockholm

## Kontakt önskas med patienter som har Behçets syndrom

Själv har jag sedan flera år Behçets syndrom. Jag vill gärna komma i kontakt med andra patienter som lider av denna sjukdom så att vi skulle kunna bilda en patientförening.

Min adress är: Nilshögsgränd 21 A, 212 31 Malmö.

*Margaret Lirås*