

- L. Sillanpää M, Tomson T, eds. Intractable epilepsy. Petersfield: Wrightson Biomedical Publishing Ltd, 1995: 25-40.
12. Vining EPG. Psychosocial issues for children with epilepsy. *Cleve Clin J Med* 1989; 56, Suppl Pt 2: S214-20.
 13. Olsson I, Campenhausen G. Social adjustment of young adults with absence epilepsy. *Epilepsia* 1992; 33: 325-9.
 14. Söderfelt B. Hur skall epilepsivården utvecklas? *Läkartidningen* 1991; 88: 1573-5.
 15. Thompson PJ. The rehabilitation of people with epilepsy. In: Hopkins A, Shorvon S, Cascino G, eds. *Epilepsy*. 2:nd ed. London: Chapman and Hall, 1995.
 16. Dell JL. Social dimensions of epilepsy: stigma and response. In: Whitman S, Hermann B, eds. *Psychopathology in epilepsy: social dimensions*. New York: Oxford University Press, 1986: 318-29.
 17. Chaplin JE, Floyd M, Lasso RY. Early psychosocial adjustment and the experience of epilepsy: findings from a general practice survey. *Int J Rehabil Res* 1993; 16: 316-8.
 18. Alderkamp AP, Vermeulen J. Neurological rehabilitation of memory function in epilepsy. *Neuropsychological Rehabilitation* 1991; 1: 199-214.
 19. Hoare P. The quality of life of children with chronic epilepsy and their families. *Seizure* 1993; 2: 269-75.
 20. Chaplin JE, Lasso YR, Shorvon SD, Floyd M. National general practice study of epilepsy: the social and psychological effects of a recent diagnosis of epilepsy. *BMJ* 1992; 304: 1416-8.

Summary

Habilitation and rehabilitation in epilepsy

Ingrid Olsson, John Chaplin, Jan Ekstedt

Läkartidningen 1997; 94: 2572-5.

Many people with epilepsy experience the need for more information concerning their condition and some people require, at times, greater access to rehabilitation services than has previously been available. Information and support may also be required by the family, friends and work colleagues of the patient. Research indicates that rehabilitation needs, for the patient, can arise in relation to poor self-esteem, overprotection as a child, low expectations, reduced cognitive abilities and stigma perceived or experienced in the family, in society, and at work.

Successful rehabilitation is individualistic and should therefore be based on an assessment of the individual's needs. Only on the basis of this can realistic goals be identified. In the cases where intensive multidisciplinary rehabilitation is required a thorough medical assessment will also be needed in order to formulate realistic goals. Achievement of these goals may involve input from psychological, neuropsychological, pedagogical, social, employment and family orientated perspectives. Specialists in these areas must be included within, or co-ordinated by, the epilepsy team or rehabilitation service.

In Sweden hospital based epilepsy-teams have added psycho-social rehabilitation aspects to their responsibilities and other rehabilitation services have recently begun to focus on the needs of people with epilepsy. This has led to a range of different rehabilitation models being available. The need to develop improved epilepsy rehabilitation services was identified in the 1970s and has recently received short-term funding support to develop new services and build up expertise. It is hoped that in the future these services will continue to find support at both the county and national levels.

Correspondence: Dr Ingrid Olsson, Barnkliniken, Östra sjukhuset, S-416 85 Göteborg.

KORTKLIPPT



Ätstörda unga diabetiker löper hög risk för retinopati

Det kan vara motiverat att rutinmässigt undersöka om unga kvinnor med insulinberoende diabetes lider av ätstörningar, särskilt om det är svårt att uppnå god kontroll av sjukdomen. Detta innebär hög risk för dålig metabol kontroll och därmed för mikrovaskulära komplikationer, men det är lätt att missa ätstörningar eftersom flickorna ofta är normal- eller överviktiga och har mindre framträdande symtom än icke-diabetiker.

En studie av 91 flickor mellan 12 och 18 år vid en barnklinik i Toronto visar att 29 procent vid studiestarten hade svåra eller måttliga ätstörningar och att problemen bestod hos 18 procent vid uppföljning fyra till fem år senare. Av de 65 som från början åt normalt hade 15 procent ätstörningar vid uppföljningen. Detta är dock inte förvånande eftersom deltagarna i studien då nått åldrar där risken för ätstörningar bland kvinnor i allmänhet är hög.

Ett anmärkningsvärt fynd var att 14 procent vid studiestarten och 34 procent vid uppföljningen berättade att de inte tog insulin regelbundet eller underdoseerade för att gå ner i vikt. Ätstörningarna visade sig också ha svåra konsekvenser; vid uppföljningen var retinopati mer än tre gånger så vanligt bland dem som vid studiestarten led av svåra ätstörningar som bland dem utan ätstörningar.

Studien är emellertid inte fri från felkällor, en sådan är att de som hade verkligt svåra ätstörningar också hade haft diabetes längre än de andra.

N Engl J Med 1997; 336: 1849-54, 1905-6.

Ändrad prioriteringsmodell föreslås i norsk utredning

För tio år sedan fastslog norska stortinget att psykisk hälsa, kroniska sjukdomar, medicinsk rehabilitering och omvårdnad skulle prioriteras, och den norska prioriteringsmodellen blev en förebild också för Sverige. Nu visar det sig att de nämnda områdena inte alls hävdat sig i kampen om resurser. En kommitté föreslår därför kraftsamling och särskilda expertgrupper för psykiatri, rehabilitering, omvårdnad samt ortopedisk kirurgi. På dessa fält skall man i första hand tillämpa en ny prioriteringsmodell, där förväntad nytta och kostnadseffektivitet ges större tyngd. En majoritet i arbetsgruppen underkänner väntetid som prioriteringsgrund och

därmed också ett system med behandlingsgarantier.

I den nya prioriteringsmodellen grupperas åtgärder i tre kategorier: sådana som samhället *skall*, *bör* respektive *kan* betala (om kapaciteten räcker). I en fjärde grupp placeras åtgärder som det offentliga inte tar något ansvar för därför att de inte har någon dokumenterad effekt på överlevnad, funktion eller smärta, inte innebär sjukdom eller som medför alltför hög risk eller extremt höga kostnader i förhållande till nyttan.

Skall-åtgärderna kännetecknas av att tre villkor är uppfyllda. Det första villkoret är att tillståndet innebär mer än 5-10 procents risk att dö inom fem år *eller* att förmågan att utföra dagliga sysslor är permanent nedsatt eller att smärtorna är invalidiserande och inte kan dämpas med receptfria medel. Det andra villkoret kopplas till förväntad nytta: åtgärden skall medföra mer än 10 procents ökad sannolikhet att överleva mer än fem år eller ge bättre fysisk *eller* psykisk funktion *eller* ge smärtreduktion som innebär bättre funktion *eller* handla om vård och omsorg som garanterar grundläggande behov. Det tredje villkoret är att kostnaden för åtgärden står i rimlig proportion till nyttan.

Utredningen för också fram tanken på graderade egenandelar, dvs att patienten själv skall stå för en del av kostnaden för åtgärder i *kan*-gruppen.

Tidsskr Nor Laegeforen 1997; 117: 2227-9.

Slickar vi våra sår för att bilda kväveoxid?

Att slicka sina sår har inte enbart bildlig betydelse, det gör ju alla djur (inklusive människor) instinktivt för att rengöra färska sår och påskynda läkningen. Det påstås till och med att fiskare på Fiji systematiskt låter hundar sköta slickandet.

Nu har fem kliniska farmakologer i London försökt klara ut mekanismen bakom det läkande slickandet, med hjälp av 14 friska frivilliga.

Det är ju känt att saliv innehåller antimikrobiella substanser som tiocyanat och lysozym samt att det nitrat som koncentreras i spottkörtlarna snabbt omvandlas till nitrit på tungan. Nästa steg innebär att nitrit reduceras till kväveoxid, en kraftigt antimikrobiell substans. Försöket, som redovisas som en insändare, tyder dock på att ytterligare en faktor är inblandad i denna reaktion, möjligen askorbat i saliven.

Lancet 1997; 349: 1776.