

Normala livsprocesser tillskrivs somatisk sjukdom

I en studie utförd vid barn- och ungdomsklinikens diabetesmottagning i Borås [1] framkommer att påfallande mycket av det som normalt tillhör livet för de flesta människor tillskrivs sjukdomen av diabetesfamiljen.

Om vi inom vården bidrar till att förenkla de livsfrågor som normalt är svåra, oavsett sjukdom eller ej, och inte hjälper patienten att separera dem från de svårigheter som hör sjukdomen till kan detta innebära minskade möjligheter att som kroniker ha en sjukdom i stället för att vara *sin sjukdom*.

Det förra ökar möjligheten att hantera sjukdomen som en realitet.

»Kommer jag att lyckas eller misslyckas i kontakten med det motsatta könet?», en åldersadekvat fråga som inom ramarna för sjukdomen ställs explicit av tonåringen med diabetes: »Kommer jag att lyckas i kontakten med det motsatta könet, eller kommer jag att misslyckas eftersom jag är diabetiker?»

Tesen jag vill framföra är att den så kallade normalpopulationen har i princip liknande frekvens av negativa livshändelser och personliga svårigheter som den grupp som i samband med en undersökning eller behandling framträder som avvikande i form av extra ansatt. Däremot vad som upplevs och blir kvar som ett trauma är avhängigt bl a sådana faktorer som hur det talas om det och vilken valör det tillskrivs.

Onödigt stor sjukdomsidentitet

Eftersom kronikergruppen ofta uppbär en onödigt stor sjukdomsidentitet bör barnsjukvården verka för att inte ge barnen denna i förtid. Att inte uppmuntra identifiering utifrån en gemensam sjukdomsdiagnos är en sådan åtgärd.

Differentialdiagnostik i tidigt skede

Kurativa insatser bör finnas att tillgå men aldrig tillämpas urskillningslöst.

Jämför med regeln inom kroppssjukvården att aldrig ge eller skriva ut smärtstillande medicin åt en patient utan att man har diagnosen klar. Efter-

som det finns en tendens att normala livsprocesser tillskrivs sjukdomen bör sjukvården ha tillgång till kunskap och tidsresurser att verka för att undvika att en sådan sekundär vinst missgynnar patienten. Differentialdiagnostik bör i ett tidigt skede skilja ut barn och föräldrar i normal krisbearbetning från dem som är i behov av mer individuella vårdinsatser.

Den fråga som främst den psykosomatiska forskningen bör ägna sig mer åt är hur individen med sin sjukdomsdiagnos, eller föräldern, tenderar att finna ett forum inom ramen för sjukdomen för den problematik som rör honom eller henne även bortom sjukdomen. I vilken mån finns det processer hos oss människor som först när de hittar en väg blir legitima och ens möjliga att uttrycka?

Ewa Löwstedt
psykoanalytiker, leg psykolog, barn- och ungdomskliniken, Borås lasarett

Referens

1. Löwstedt E. Vad har diabetes-sjukdomen fått för innebörd för barn, ungdomar och föräldrar? Hur har gruppomfattningen använts till följd av denna innebörd? Delstudie i rapport under publ (Borås).

Risk eller fördel med upprepade provtagningar

Artikeln i Läkartidningen 22/97 med titeln »Kan man lita på laboratorieresultat? Flera faktorer påverkar» [1] är mycket tänkvärd och pekar på en rad olika faktorer som bör beaktas vid tolkningen av analysresultat. Diskussionen rörande en ökad sannolikhet (risk) för patologiska provsvar vid upprepade mätningar hos en och samma friska individ (bl a Tabell II) kräver dock ett klagörande.

Referensintervallen för laboratorieresultat beräknas utifrån variationen mellan ett stort antal individer inom en kontrollpopulation (*interindividuell variation*).

Förutom denna mellanindividsvariation förekommer en

avsevärd variation inom varje individ mellan olika provtagningstillfällen (*intraindividuell variation*). Eftersom referensintervallet normalt är avsevärt vidare än spridningen hos den enskilda individen, innebär detta att sannolikheten för »falskt» patologiska mätvärden hos en frisk patient till stor del är beroende av om persons normalvärde ligger i ytterkanten av referensintervallet eller nära dess medelvärde. I det förra fallet är naturligtvis sannolikheten för falskt positiva svar hög, i det senare avsevärt lägre.

Snarare en fördel

Det bör i sammanhanget påpekas att upprepade provtagningar hos en och samma individ snarare möjliggör förbättrad diagnostik än ökar risken för fel genom att patientens tidigare mätvärden kan utnyttjas som jämförelse (*individuell referensintervall*), ungefär på samma sätt som vi jämför med vår egen viktkurva varje gång vi ställer oss på badrumsvågen.

Detta förfarande används bl a vid behandlingen av missbrukspatienter, där öppenvård under senare år blivit allt vanligare på bekostnad av slutenvård.

Genom löpande provtagningar i samband med återbesök är det möjligt att på ett tidigt stadium upptäcka återfall i missbruk även om mätvärdena för exempelvis olika alkoholmarkörer fortfarande ligger inom respektive referensintervall [2, 3].

Anders Helander
sjukhuskemist och docent, Beroendecentrum Nord, Stockholm

Referenser

1. Theodorsson E. Kan man lita på laboratorieresultat? Flera faktorer påverkar. Läkartidningen 1997; 94: 2092-6.
2. Irwin M, Baird S, Smith TL, Schuckit M. Use of laboratory tests to monitor heavy drinking by alcoholic men discharged from a treatment program. Am J Psychiatry 1988; 145: 595-9.
3. Borg S, Helander A, Voltaire Carlsson A, Högström-Brandt AM. Detection of relapses in alcohol dependent patients using carbohydrate-deficient transferrin: improvement with individualized reference levels during long-term monitoring. Alcohol Clin Exp Res 1995; 19: 961-3.

Replik

Anders Helander skall ha tack för att han understryker fördelarna med att följa koncentrationerna av analyter hos samma individ. Jag berörde inte detta ämne i artikeln, men det förtjänar bestämt att påpekas.

Elvar Theodorsson
professor, chefsöverläkare, Linköping

Ädelreformen medför ersättningsproblem

Gunnarsson och Fabian har i Läkartidningen 16/97 belyst de svårigheter som Ädelreformen har medfört. Tillåt mig belysa detta med ett exempel.

Då jag som ung provinsialläkare kom till Norrland 1958 blev jag snart upprindad av socialnämndens ordförande som frågade om jag ville vara läkare vid kommunens ålderdomshem och gå rond en gång i veckan. Jag förstod att detta hörde till jobbet, och vi kom snabbt överens om att jag skulle gå rond varje lördag eftermiddag till det facila arvudet av 45 kr per gång. Detta fungerade i många år.

Då jag 38 år senare som pensionerad läkare tog vikariat i glesbygden hände följande.

En dag blev det ett hål i schemat på någon kvart. Jag gick då in på långvården som var i samma huskropp (utan minsta tanke på detta med huvudmannaskap) och frågade om jag kunde stå till tjänst. På långvården är det alltid recept att skriva, provsvar att tolka, någon som inte mår bra och behöver bedömning. En timme gick fort den dagen.

De följande dagarna var det tissel och tassel mellan sköterskor från kommun och landsting som avslutades med ett påpekande om att det var omöjligt att lösa problemet med ersättning mellan huvudmännen, varför man önskade att jag inte besökte långvården på eget initiativ.

Jag skall inte ge mig in i den ändlösa diskussionen om »det var bättre förr i tiden», men nog var det lättare förut då läkaren fanns med på den sjukvårdspolitiska scenen.

Finn Rost
pensionerad läkare, Krokomb