

lingen på annat mindre riskfyllt sätt. Detta enligt det svar Personskadeförsäkringen AB ger på mitt inlägg »Patientskadeförsäkring enbart till namnet?» i Läkartidningen 25/97.

Betyder detta i praktiken att även större skada som invaliderar patienten i anslutning till behandling ej ersätts?

Om det är fallet finns det brister i svenska patientförsäkringen och det är viktigt att läkare och patienter som skickas från andra länder till svenska sjukhus är uppmärksamma på dessa förhållanden.

Ólafur Ólafsson  
helsedirektör, Island

## Diagnostisk defaitism lägger sten på dyslektikers börda!

Det gläder mig att Leif Elinder (Läkartidningen 43/97 sidan 3830) nu medger att exempelvis dyslexi beror på inneboende egenskaper hos individen. Personer som tror på sociokulturella förklaringsmodeller för språkliga handikapp brukar inte medge det. Det är bara tråkigt att han inte vill erkänna betydelsen av utredning och diagnostik av dessa handikapp; tvärtom framstår han som en typisk exponent för den diagnostiska defaitism som präglar tongivande kretsar inom det svenska skolsystemet.

### Betraktelsesättet spelar roll

Hela diskussionen kan verka akademisk: Beror dyslexi egentligen på ett fel i hjärnan eller på att kraven på hjärnan är för stora? Tyvärr kan många dyslektiker vittna om att betraktelsesättet spelar en roll. Bristen på intresse för utredning av inlärningssvårigheter har lämnat fältet fritt för förutfattade meningar om barns förståndsgåvor. Det har stor praktisk betydelse att skilja dyslexi och andra språkhandikapp, t ex språkutvecklingsstörningarna, från dålig begåvning.

Språkligt handikappade skall slippa bli betraktade som dumma och behandlas därefter. Elever med språkliga funktionshinder kan inte utnyttja sin intellektuella kapacitet utan att funktionshindret uppdagas och kompenseras genom an-

passad undervisning. Många har fått självförtroendet knäckt av skolan, därför att det inte ansetts relevant att utreda problemet. I regel har detta, medvetet eller omedvetet, skett med hänvisning till att barnets inneboende, biologiskt betingade förutsättningar är ointressanta i sammanhanget, vilket är den sedvanliga konklusionen vid tillämpning av den sociokulturella förklaringsmodellen. Jag har sett alltför många exempel på detta.

Anders Gülfe  
överläkare,  
Simrishamn

## Mycket snabb trombolys vid slaganfall

Olika behandlingsprogram för att lösa blodproppar (embolier) i hjärnans olika artärer debatteras nu ivrigt. Intraarteriell trombolysbehandling, som är mitt område, kan bara erbjudas patienter som råkar ut för embolier som komplikation till sjukhusbehandling eller till patienter som kan färdigbehandlas inom 4 timmar eller ca 8 timmar vid embolier i arteria basilaris.

Stort hopp har satts till intravenös trombolysbehandling. Multicenterstudier (ECASS och NIND) [1, 2] ger visst hopp, men exklusionskriterierna synes vara hinder för praktisk medicinsk nytta. Också vid intravenös trombolysbehandling finns krav på behandling inom 3 eller 6 timmar. Dessutom finns krav på datortomografi utan tecken på infarkter i hjärnan. Några kräver att patienterna skall behandlas av neurologer osv.

Det förefaller mig vara en ganska tröstlös medicinsk diskussion. Man kommer inte loss. Olika hinder finns för snabb behandling som skulle kunna vara effektiv, dock med vissa risker. Om behandlingen emellertid inte når patienten mycket tidigt har den liten effekt.

### Färdigladdad spruta

Mitt förslag är att ambulanser som tillkallas omedelbart skall ha med sig en färdigladdad spruta med trombolysicum (t ex tPA) och någon som kan

ge sprutan i hemmet (ambulansförare eller sköterska). Sprutan skall ges omedelbart till patient som insjuknat plötsligt med förlamning eller andra symtom tydande på embolier i hjärnartär. Efter att injektionen getts förs patienten snabbt till sjukhus för klinisk bedömning och datortomografi. Om embolus fastställs fortsätter trombolysbehandlingen. Om diagnosen är fel torde ingen stor skada ha skett. Det är väl inte alltför farligt att ge en snabb intravenös injektion av trombolysicum till en patient med cerebral blödning, tumör, MS eller annat? Vinsterna skulle nog överväga.

Upp till motbevis neurologer, medicinare och andra experter. Jag hoppas att ni inte har för många motargument, eftersom mycket snabb intravenös trombolysbehandling kanske kan rädda liv och hälsa.

Pål Svendsen  
docent,  
Interventionell neuroradiologi,  
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

### Referenser

1. Ecass. JAMA 1995; 244: 1017-25.
2. NIND. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7.

### Kommentar:

## Extrainsatser i akutskedet

Tanken att ge trombolysmedel till slaganfallspatienter i ambulansen på väg till sjukhus efter diagnos av sjuksköterska eller sjukvårdare utan föregående datortomografi är tyvärr totalt orealistisk. Patienter med hjärnblödning och med omfattande begynnande infarktförändringar skulle behandlas, vilket med största säkerhet skulle leda till dödsfall. Erfarenheterna från de genomförda randomiserade studierna är på denna punkt helt entydiga. Patienter med andra diagnoser än slaganfall skulle ges en potentiellt farlig behandling på grund av diagnostiska svårigheter.

Diskussionen om huruvida patienter skall behandlas inom 3 eller 6 timmar med intrave-

nös trombolys och om vilka andra diagnostiska krav som bör ställas kan kanske upplevas som tröstlös, men den är alldeles nödvändig. Man ska inte »komma loss» med behandling innan dessa frågor är lösta. En tröst må vara att lösningen med stor sannolikhet inte kommer att dröja särskilt länge, eftersom utvecklingen nu går mycket snabbt.

För att erbjuda patienter tidig och säker behandling med trombolys i framtiden måste en rad åtgärder vidtas. Förutom att informera allmänheten om vikten av att söka vård snabbt bör ansträngningar göras inom ambulansvården för att patienterna fort ska komma till sjukhus. Vid framkomsten måste beredskapen vara hög med särskilt kvalificerad personal som exakt vet vilka åtgärder som ska vidtas, som har hög diagnostisk kompetens och som har resurser att genomföra behandlingen dygnet runt utan dröjsmål. Detta kommer att kräva en extra insats i akutskedet, men den kommer att vara lönsam i form av minskat behov av rehabilitering.

Nils Gunnar Wahlgren  
överläkare, docent i neurologi, neurologiska kliniken,  
Karolinska sjukhuset,  
Stockholm

## Samstämmighet mellan allmän- och rätts- psykiatri – saklighet krävs

Budskapet i vår artikel – »Brist på samstämmighet oröar rättspsykiatri» [1] som Käthe Elmgren diskuterar i Läkartidningen 38/97 [2] var enkelt: Trots förändrad lagstiftning och införandet av ett gemensamt sjukdomsbegrepp finns uttalade skillnader mellan allmän- och rättspsykiatri i diagnostik och tillämpning av begreppet allvarlig psykisk störning. Orsakerna till skillnaderna anser vi bli vara de avgränsnings- och definitionsproblem som är gemensamma för hela det psykiatriska området, men också brist på värdegemenskap mellan allmän- och rättspsykiatri.

Eftersom olikheten i bedömningarna får svåra konsekvenser för den enskilde individen, våra patienter, framför-