

Replik:

Läkare har ett särskilt ansvar att inte förstärka människors oro

■ Fredrik Berglund nämner två feldiagnoser: symtom av somatisk karaktär har felaktigt bedömts ha psykiska uppkomstmekanismer. Det är beklagligt att så skett, särskilt som samma form av felbedömning verkligen har förekommit vid fler tillfällen under de nämnda 50 åren. Men att använda misstag som »bakgrund« för ett brett ifrågasättande är ett alltför ytligt sätt att föra diskussion.

En somatiseringsdiagnos ska naturligtvis övervägas omsorgsfullt (inte »frikostigt«) och vägas mot andra tänkbara diagnoser. Svaret på Berglunds avslutande fråga är: Nej, det finns inget test vars utfall bekräftar eller exkluderar diagnosen somatisering. Det sakförhållandet, som också föreligger för diagnoser inom det näraliggande området psykiatri, medför inte att läkare blir handlingsförlamade.

Tidsödande diagnostiska procedurer

Om man har omfattande erfarenhet av att vara patientläkare (detta gäller kanske inte Berglund) är man medveten om ett kontrasterande, betydligt vanligare problem. Omfattande tidsödande diagnostiska procedurer används i ett envist sökande av den somatiska sjukdom som, enligt tankefel, »måste« finnas som förklaring till alla somatiska symtom. Resultatet blir, förutom vilseledande bifynd, enbart att patienten konsolideras i

sin uppfattning av sig själv som permanent somatiskt sjuk.

Angående amalgam vill jag bara framföra att Fredrik Berglunds vid det här laget välkända övertygelse givetvis ska respekteras av mig m fl som har annan uppfattning.

Wilhelm Jülke berör också amalgam. Till skillnad från honom finner jag inga beröringspunkter mellan föreställningen om amalgamsjuka och de symtom som för ett halvsekel sedan drabbade barn som beklagligtvis blivit medicinerade med kalomel.

Den holländska TNO-studien

Jülke tar sedan upp elöverkänslighet. Han lyfter fram resultaten från nederländska TNO (som har likheter med Sveriges provnings- och forskningsinstitut, SP) av subjektivt upplevda effekter av strålning från mobiltelefonsändare (GSM och UMTS/3G), och anser att jag absolut borde ha nämnt dessa data. En redovisning av dem, och i så fall också åtskilliga andra fakta om elektromagnetiska fält/strålning, skulle ha gjort artikeln obalanserad och alldeles för lång.

Viktigare är följande: Det finns mycket sällan anledning att låta sig påverkas på ett avgörande sätt av resultaten från en enda provning. TNO framhåller själva i en nyhetskommentar att de gjorda fynden inte kan accepteras veten-

skapligt innan de har reproducerats (www.tno.nl; sökning bland engelskspråkliga texter med GSM eller UMTS som sökord ger både den fullständiga rapporten och två nyhetskommentarer).

Många föredrar troligen att ta del av kommenterade sammanfattningar av information från många aktuella källor. Statens strålskyddsinstitut (SSI) presenterar sådana sammanställningar på www.ssi.se. Bland mycket annat finns i anslutning till ett pressmeddelande 18 december 2003 en rapport om hälsorisker från mobiltelefoni utarbetad av SSIs internationella expertgrupp för elektromagnetiska fält.

Vårt ansvar

Förutom att det är klokt att undvika att i onödan skrämman upp sig själv anser jag att man som läkare har ett särskilt ansvar. Man bör undvika att använda sin yrkespondus till att förstärka människors oro så att de på grund av upplevd elintolerans väljer den tragiska utvägen att överge mänsklig gemenskap och annat normalt liv.

I möjligaste mån bör man försöka använda sitt inflytande i motsatt riktning. Jag hoppas att Wilhelm Jülke är av samma uppfattning.

Jörgen Malmquist

med.dr, Höllviken

jorgen.malmquist@mailbox.swipnet.se

Mobilt ultraljud – undersökning i patientens hemmiljö

Den medicinsk-tekniska utvecklingen går snabbt framåt, vilket öppnar nya möjligheter vid diagnostik och behandling.

Stockholms läns landsting är först ute med att genom ett avtal med Medicinsk Röntgen AB (MRAB) erbjuda länets äldre och rörelsehindrade patienter samt svårt sjuka patienter som vårdas inom ASiH (Avancerad Sjukvård i Hemmet) ultraljudsundersökning i deras hemmiljö. Undersökningen kan göras på alla typer av vårdinrättningar och i alla boendeformer.

Istället för att patienten transporteras

till och från sjukhuset åker en röntgenspecialist till patienten och utför undersökningen på plats. Ett definitivt utlåtande lämnas direkt efter undersökningen.

Utrustningen består av en bärbar ultraljudsapparat som väger drygt 4 kg.

Utöver undersökningskostnaden tillkommer en enhetlig mobilavgift som debiteras bara för den första patienten om flera patienter undersöks vid samma vårdinrättning vid ett och samma tillfälle.

De första erfarenheterna från verksamheten, som nu varit igång några månader, visar att 57 procent av undersök-

ningarna utförts i patientens bostad. Mobilavgift har tillkommit i ca 70 procent av fallen. Några av de vanliga frågeställningarna har hittills varit djupvenstrombos, ascites, hydronefros samt gallstas. Ultraljudsassistans i samband med tappning av ascites har visat sig vara värdefull främst vid upprepade tappningar då vätskan har benägenhet till fickbildningar.

Den nya tjänsten underlättar både för patient och personal, reducerar landstingets transportkostnader samt avlastar länets sjukhus och specialistvård. Den behandlande läkaren kan vid behov re-

Tar Salus sitt Ansvar?

■ Ett och annat har förvisso skrivits om SalusAnsvar i LT de senaste åren. Trots ledningens försäkringar (!) om att allt sköts på bästa sätt måste jag ändå fråga, med anledning en nyligen anländ inbetalningsavi.

Länge har jag haft Läkarförbundets gruppliv- och olycksfallsförsäkring i bolaget. Att man som 60+ betalar allt mer för allt mindre utlovade förmåner (om några) i livförsäkringsdelen må möjligen vara. Men att halvårspremien för olycksfallsförsäkringen på två år stigit med 74 procent (från 138 kronor den 1 april 2002 till 240 kronor motsvarande dag år 2004) är minst sagt svårbergrigt. Har de medicinskt kunniga för-

säkringstagarnas benägenhet att råka ut för ersättningsberättigade olycksfall ökat i denna våldsamma takt? Om den fortsätter torde hela läkarkåren snart stappla omkring på kryckor med gipsade armar och ben eller vara rullstolsburen.

Visserligen upplyste mig en kundmottagare i telefon om att »vi tar ut vilka premier vi vill«. Men vilket ansvar tar bolaget för att bromsa kostnadsutvecklingen? Det kan väl inte vara så att pengar även i SalusAnsvar går till lägenhetsrenoveringar och direktörsbonusar?

Bosse Tolander
Stockholm
soboko@algonet.se

Replik:

Fler förtidspensioneringar höjer premien

■ Det stämmer att premien för SalusAnsvars olycksfallsförsäkring höjs från den 1 april. Efter höjningen blir årspremien 480 kronor per år, eller 40 kronor per månad om man så vill. Den främsta orsaken är det ökande antalet förtidspensioneringar, vilket lett till ökade skadekostnader för vad som kallas ekonomisk invaliditet. En viktig och bidragande faktor till ökningen i antalet förtidspensioneringar är de omfattande sjukskrivningarna.

Naturligtvis är det inte så att »vi tar ut vilka premier vi vill« och om någon från vårt kundcenter uttryckt sig på det viset vill jag be om ursäkt. Om jag ska försöka mig på en tolkning kan det ha varit så att personen i fråga hänvisade till det

faktum att SalusAnsvar Grupplivförsäkringsaktiebolag drivs efter ömsesidiga principer. Det innebär att bolagets målsättning är att prestera ett nollresultat där premieintäkterna motsvarar skadekostnaderna.

Jag vill nämna att SalusAnsvar redan 2001 genomförde omfattande interna personal- och kostnadsneddragningar. Utöver det görs kontinuerlig översyn för att finna ytterligare kostnadseffektiveringar. SalusAnsvar arbetar för att hålla såväl kostnader som premier nere, samtidigt som våra produkter ska hålla en fortsatt god kvalitet.

Carl-Viggo Östlund
VD och koncernchef, SalusAnsvar

mittera patienten med större precision till respektive specialistklinik. Bildmaterialet kan hämtas från MRABs digitala arkiv eller kan medfölja patienten på en CD-ROM skiva.

Jaroslava Lander
specialist i röntgendiagnostik,
ansvarig för verksamheten,
ansluten till Medicinsk Röntgen AB
jaroslava.lander@chello.se

Sissi Mossige-Norheim
specialist i allmänmedicin,
ASiH Solna/Sundbyberg
sissi.mossige-norheim@nvso.sll.se

Referenser

Stockholms läns landstings hemsida www.sll.se
Webb Fakta augusti 2003; »Diagnostik med ultraljud kan utföras i hemmet«.
Landstingets personaltidning Sting 2003: 25, nr 7/8.
Alla undersökningar är registrerade i MRAB's digitala arkiv.

Om läkemedelsindustrin och mutor

1. Läkemedelsindustrins utbildningar/mutor/etc till läkarna i Region Skåne har beräknats till 120–130 miljoner kr årligen [1].
2. Extrapolerat till hela riket motsvarar detta närmare 1 miljard kr.
3. Det kan förutsättas att läkarna inte orkat festa för hela denna summa.
4. En sannolikt stor del av summan har då gått till resor, uppehälle, hyra av konferenslokaler, arvode till inbjudna föreläsare m m.
5. Nu dras större delen av denna verksamhet in, och resterna ska ske på fritiden, dvs tjänstledighet utan lön.
6. Landstingen borde då ta över den del av kakan som inte festats upp och stå för dessa kostnader för kompetensutveckling av sitt kunskapsföretag [1].
7. Istället minskar landstingen budgeten för resor/konferenser för att spara pengar.
8. Vårt fina kunskapsföretag, som vi själva kämpar för så intensivt, torkar in mentalt.
9. Pengarna som företagen avsatt för läkarna (»mutorna«) kommer från början till största delen från staten – de statliga subventionerna av läkemedlen – alltså en rundgång av offentliga medel.
10. När nu verksamheten dras in behåller läkemedelsföretagen pengarna istället för att de gått tillbaka till sjukvården.
11. Som resultat får väl aktieägarna högre utdelning och direktörerna högre löner och bonus eftersom de är så duktiga på att tjäna pengar till sitt företag.
12. Alltså måste staten minska läkemedelssubventionerna med den del av miljarden kronor som inte festats upp.

Mårten Annertz
överläkare, Lund
marten.annertz@drad.lu.se

Referens

1. Skog E. Landstinget och inte industrin ska stå för läkarnas fortbildning. Läkartidningen 2003;100:4166.