

relsens uppdrag att granska åtgärder som vidtas inom andra myndigheter.»

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) ger alltså formell rätt för läkare att göra avsteg från medicinsk etik och de principer som Världsläkarförbundet (WMA) dikterar. En läkare kan utföra ett begränsat uppdrag – av den typ som här beskrivits – för en myndighet trots att det inte är medicinskt etiskt korrekt.

Det föreligger dock ingen plikt för en läkare att åta sig sådana uppdrag. Regelverket kräver heller inte att det alls ska finnas ett läkarintyg för att Migrationsverket ska verkställa en avvisning av en sjuk person [2]! Detta är inte tillräckligt känt; intygen har blivit praxis och kan i värsta fall tjäna ett »gisslansyfte«.

Migrationsverket har heller inte några krav på sig att garantera kontinuitet i pågående vård för en sjuk person som avvisas. Det är alltså inte ett villkor för att en avvisning ska kunna ske att gängse medicinskt etiska normer efterlevs. Initiativet att söka fortsatt vård för t ex ett sjukt barn i hemlandet åvilar enbart barnets föräldrar (vårdaren), och Migrationsverket har inga skyldigheter att sörja för kostnader som möjliggör kontinuitet i vården.

Det är tydligt att den principiellt viktiga frågan om läkares medverkan vid utfärdande av transportabilitetsintyg måste bedömas av den medicinska professionens etiska auktoriteter – särskilt som det gällande regelverket inte integrerar den medicinska etiken.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Gustafsson LH. Flyktingbarnen och läkaretiken: Rapporteringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegialiteten. *Läkartidningen*. 2005;102: 322-3.
2. Bodegård G. Läkare ska inte vara utredare åt Migrationsverket. *Läkartidningen*. 2005;102:324.

»Behandlingsmetod vid kronisk smärta bör utvecklas av patienterna«

■ Det finns många behandlingsmetoder för akut smärta, bland annat farmakologiska eller fysikaliska, men nästan ingen metod som är anpassad för långvarig (kronisk) smärta med mer än tre månaders varaktighet.

Vid vår smärtbehandlingsenhet i Piteå använder vi sedan ett tjugotal år en metod för behandling av långvarig smärta. Metoden är i grunden den som professor Janet Travell introducerade i USA i början av 1960-talet efter behandling av president JF Kennedy, vilken ska ha lidit av kronisk smärta.

Vidareutveckling av Travells metod har skett kontinuerligt men speciellt det senaste decenniet med hjälp av innovativa patienter, så att man nu kan få bestående effekt vid de flesta långvariga smärttillstånd.

Forskningen om långvarig smärta har i organiserad internationell form bedrivits sedan början av 1970-talet. En mängd data har utvunnits som förklarar fenomenet, men kunskapen når inte fram till vårdpersonalen. Dels saknas ämnet kronisk smärta i stort sett på läkarutbildningen, dels är smärta enligt definitionen inte mätbar, och det är psykologiskt svårt för personal att arbeta med symptom som inte syns.

Man kan få uppfattningen att patienten antingen överdriver eller underdriver sina besvär, och det är lika svårt att förstå när patienten känner sig frustrerad, delvis nöjd eller botad.

Det finns enstaka patienter som egentligen inte är motiverade att bli botade utan önskar intyg på att de är sjuka för att uppnå vissa syften i till exempel ekonomiska ärenden, asylärenden och så



Foto: Colourbox

Kronisk smärta kan med fördel behandlas med en metod där patientens del av behandlingen är utvecklad av patienten, anser Tomas Ekström.

vidare, eller för att få vissa läkemedel.

Vid smärta går det varken att bevisa eller motbevisa att symtomet finns, är kvar eller har försvunnit. Det är svårt för personalen att värja sig från att vissa patienter ibland har oklara syften med konsultationen. Fenomenet att kommunikationen filtreras via personalens kunskaper och erfarenheter gör alltså situationen komplicerad.

En behandlingsmetod för kronisk smärta bör kunna neutralisera eventuella för-

troendeproblem mellan patient och personal. Behandlingen kan lämpligen delas upp i två delar. Den ena svarar läkaren för, den andra delen svarar patienten för om han eller hon vill, och resultatet beror av patientens kunskap och motivation.

Patientens del i behandlingen bör vara utvecklad av patienter för att kringgå nämnda interaktion. Därför behöver patienterna ha större inflytande över smärtsjukvården i framtiden än de har i dag.

Det låter kanske oseriöst att det fungerar på allt, men i praktiken är det bara några få procent av patienterna som provar metoden, trots att den är så enkel och harmlös. Det beror på att det verkar svårt för vissa att ändra sin frisk-sjukidentitet.

De patienter som är motiverade att bli besvärsfria har visat att det går, och de finns i båda grupperna myofasciella respektive neuropatiska smärtor.

Tomas Ekström

leg läkare, specialist i smärtlindring och internmedicin, Smärtkliniken, Piteå
tomas@ekstrom.com

Hets mot folkgrupp (rökarna)?

■ Jag vill till alla delar instämma i Jörg Carlssons argumentering i debattartikeln »Fel att schablonmässigt neka rökare sjukvård» (LT 29–31/2010, sidan 1752). Rökning och rökare är förvisso en plåga för sin omgivning.

Inte desto mindre är det synd om rökarna. De torteras av sitt sug efter nikotin. Och de har fortfarande sitt människovärde och sin mänskliga integritet. Kampen mot rökningen är vällovlig men den

får inte urarta till hets mot folkgrupp [1].

Bo Norberg

docent, mMedicinkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå; redaktör för Rondellen/The Rondel, www.rondellen.net
bo.norberg@vll.se

REFERENS

1. Norberg B. Geschäft i ohälsa – svenskt snus och svensk vapenhandel [hälsa]? *Rondellen* 2010;30. URL: <http://www.rondellen.net>