

Slutreplik 1:

En utmaning för försäkringsläkarna

II Diskussionen om försäkringsläkarnas roll och om sjukskrivningar har handlat om två olika frågor. Den ena rör försäkringsläkarnas agerande om en enskild sjukskriven. »Individuell analys av varje persons livssituation är nödvändig«, skriver Bo Mikaelsson. I detta är vi helt ense. Men det är en annorlunda bedömning än att via några korta TV-sekvenser uttala att en person är arbetsför, mår kliniskt bra och dessutom har det dåliga omdömet att uppträda utstuderat och utmanande. Debatten har snarast ökat frågetecknen om försäkringsläkarnas professionella förhållningssätt.

Den andra och kanske viktigare frågan rör läkarnas samhällsansvar. Budskapet vi måste lyssna till är att samverkan mellan arbetsmarknad, försäkringskassa och sjukvård inte fungerar. Budbärarna är de många långtidssjukskrivna och förtidspensionerade med uttrötta hjärnor och nedslitna stressregleringsystem. Ska vi inrikta oss på att skjuta budbärarna, alltså öka kontrollen på de individuella, drabbade fallen?

Mitt förslag är: Gör något åt hela systemet. Tänk om vi hade ett arbetsliv som flexibelt kunde ta hänsyn till människors olika prestationsförmåga i olika situationer och skeden i livet. Tänk om försäkringskassan på allvar tog itu med rehabiliteringen, om varje sjukskrivningsperiod längre än några veckor kunde användas konstruktivt och flexibelt i samråd mellan behandlande läkare, patient och arbetsplats med stöd och förståelse, inte hot och ifrågasättande, från försäkringskassan.

Vore inte det en utmaning för försäkringsläkarna att på ett konstruktivt sätt använda sina erfarenheter i ett spännande förändringsarbete att få en både mer effektiv och mer human användning av gemensamma resurser?

Sven Larsson

specialist i socialmedicin, Örebro
sven.larsson@orebroll.se

Slutreplik 2:

Lite ödmjukhet, tack

II Jag vidhåller fortfarande att försäkringskasseläkarna inte gav uttryck för ett »tvivel« utan gjorde ett påstående rätt av. Som sagt, lite mer ödmjukhet skulle inte skada ...

Ingegerd Wahl

psykiater, gestaltterapeut, Falun
iwahl@milsbo.se

Komplettering angående spironolakton och eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt

II I Läkartidningen 22/2005 diskuterar Rickard Malmström och Paul Hjemdahl indikationer och användande av spironolakton respektive eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt (NYHA III–IV) [1]. De uppmärksammar de just publicerade riktlinjerna från Europeiska Kardiologföreningen [2], där en rekommendation finns om behandling med Aldosteronantagonism med endera spironolakton eller eplerenon som tillägg vid svår hjärtsvikt.

Indikationen för eplerenon

Det är glädjande att dessa riktlinjer refereras i Läkartidningen inom 14 dagar efter sin publicering på Internet och innan de ens kommit i den tryckta versionen. Läkartidningen är verkligen aktuell! Det finns dock anledning att uppmärksamma hur indikationen för eplerenon rekommenderas. I det europeiska dokumentet står: »Aldosteronantagonister rekommenderas som tillägg till ACE-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt efter hjärtinfarkt med systolisk vänsterkamardysfunktion och tecken på hjärtsvikt eller diabetes för att minska dödlighet eller sjuklighet.«

Underlaget för denna rekommendation är EPHEsus-studien [3]. Denna finns refererad i referens [2], men är där inte närmare diskuterad. Däremot är studien noggrant uppmärksammat i det mer fullständiga dokumentet [4] som är tillgängligt på ESCs hemsida <www.escardio.org>.

Skillnader i dokumentation

Huruvida fynd från ett preparat kan vidgas till en hel läkemedelsklass är okänt. Därför behöver rekommendationer i kliniken tolkas mer pragmatiskt så att man faktiskt utgår från det dokumenterade underlaget. Vi vet att alla betablockera-

re inte är likvärdiga vid hjärtsvikt och detta finns uppmärksammat i ESCs riktlinjer mot bakgrund av jämförande studier. Eftersom motsvarande studier inte finns för aldosteronantagonister, vilket också uppmärksammas av Malmström och Hjemdahl, är det rimligt att framhålla skillnaden i dokumentation för spironolakton respektive eplerenon liksom deras motsvarande användningsområden. Eplerenon, men inte spironolakton, är således dokumenterat vid svikt efter hjärtinfarkt men inte vid svår hjärtsvikt, medan det är tvärtom för aldakton.

Behandlingsvinster

Neurohormonell antagonism vid hjärtsvikt har medfört betydande behandlingsvinster inte minst för patienterna. Kunskapen om korrekt evidensbaserad behandling behöver spridas. Därför är Malmströms och Hjemdahls inlägg viktigt, men behöver således en viss komplettering enligt ovan.

Karl Swedberg

professor, överläkare, medicin, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
karl.swedberg@hjl.gu.se

Referenser

1. Malmström R, Hjemdahl P. LFNs värdering av Inspra illustrerar behovet av läkemedelskommittéer! Läkartidningen 2005;102:1751-2.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005;26:1115-40.
3. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003;348:1309-21.
4. <http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/8A2848B4-5DEB-41B9-9A0A-5B5A90494B64/0/CHFFull-Texteh1205FVFW170505.pdf>

Öppen bräckkirurgi står sig väl kvalitativt och är gynnsammare ekonomiskt

II Titeln på ett kort referat av en artikel [1] kan alltid diskuteras och beslutas ofta av tidningen. Så skedde beträffande det inlägg som Bengt Novik refererar till i LT 22/2005 (sidan 1758). Mitt eget förslag var »Öppen eller laparoskopisk bräckoperation – hur mår patienterna fem år efteråt?« Dock har jag inget att invända mot Läkartidningens rubrik (»Öppen eller laparoskopisk bräckoperation:

Efter fem år mår patienterna ungefär lika bra«).

Skillnaderna är små

Skillnaderna mellan öppen och laparoskopisk bräckoperation är efter fem år mycket små. Av 282 efterundersökta laparoskopiskt opererade patienter upplevde 51 någon form av smärta vid fem-årskontroll. Motsvarande andel för öp-

pet opererade var 54 av 269 efterundersökta patienter ($P=0,55$). Sex patienter i den laparoskopiska och fyra i den öppet opererade gruppen hade svår eller medelsvår smärta. Dessa patienter förtjänar uppmärksamhet.

Känselfall

Till skillnad från smärta är känselfall inte en stigmatiserande komplikation. I mitt referat framhöll jag att fler öppet än laparoskopiskt opererade patienter upplevde känselfall fem år efter operation, 67 av 271 respektive 36 av 283. Det var dock bara sex öppet och fem laparoskopiskt opererade patienter som upplevde denna komplikation som allvarlig («extreme» eller «quite a lot»).

Kostnadsanalys

Den randomiserade studien [1], vars långtidsresultat anförts ovan, har föranlett en kostnadsanalys [2]. Där framkom att extrakostnaden för en laparoskopisk jämfört med en öppen operation uppgick till 55 548 engelska pund (95 procentns konfidensintervall, 47 216 – 63 885 pund) per livskvalitetsjusterat levnadsår (QUALY). Detta är en hög kostnad.

Ny jämförelse med öppen nätinläggning

År 2004 publicerades en randomiserad studie som jämförde laparoskopisk operation med öppen nätinläggning för ljumskbräck [3] där 1 696 patienter följts i upp till två år efter operation. Studien har tidigare refererats i Läkartidningen (2004;101:3228). Man fann ingen skillnad i långtidskomplikationer inkluderande smärta mellan de två operationsmetoderna. Däremot sågs signifikant fler postoperativa komplikationer och fler recidiv bland laparoskopiskt opererade patienter. Livshotande komplikationer förekom hos 1,1 procent av laparoskopiskt opererade patienter jämfört med 0,1 procent hos öppet opererade – justerad oddskvot 11,2 (95 procentns konfidensintervall) 1,3–95,3.

Erik Nilsson

professor, kirurgiska kliniken,
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
erik.nilsson@surgeri.umu.se

Referenser

- Grant AM, Scott NW, O'Dwyer PJ. Five-year follow-up of a randomized trial to assess pain and numbness after laparoscopic or open repair of groin hernia. *Br J Surg* 2004;91:1570-4.
- Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre clinical trial. *Br J Surg* 2001;88:653-61.
- Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons Jr R, Dunlop D, Gibbs J et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004;350:1820-7.

Några följder av whiplashskada

I mitt arbete som ögonläkare har jag genom åren konsulterats av patienter med diffus värk runt öga och över tinningregionen. Många har inte haft några tecken på engagemang i ögonen, ej heller haft tecken på någon specifik sjukdom, men i deras anamnes har det funnits nackbesvär. Ett flertal patienter har härlett sina nackbesvär till en genomgången whiplashskada.

För snart fem år sedan drabbades jag själv av en whiplashskada med värk i nacke, i panna och runt höger öga, tinnitus, sönderslagna tänder, hörselnedsättning samt betydande sömnproblem.

Ingen ersättning

Mina patienter, som angivit whiplashskada i anamnesen, har vid återbesök fått redogöra mer ingående för sina besvär. Det visar sig då att många av dem beskriver likartade upplevelser, som jag själv drabbats av. Besked från respektive försäkringsbolag till de drabbade har ofta varit att dessa besvär inte haft med den här typen av skada att göra. De har således inte fått några ersättningar trots att deras livskvalitet markant försämrats.

I samband med genomgångna rättegångar gällande min egen whiplashskada har jag därför diskuterat med advokater, åklagare och domare vilka erfarenheter de haft när det gäller whiplashskador. Då framkom att uppskattningsvis en tredjedel av dessa patienter drabbats av

sömnproblem, tinnitus och hörselproblem förutom nackbesvär. Försäkringsbolagen har hävdats att deras sakkunniga inte ansett att det skulle finnas något samband och har därför inte betalat ut några ersättningar.

Jag har även diskuterat saken med rehabiliteringsläkare och ortoped. Deras bedömningar, att samband föreligger mellan inträffade olyckor och patienternas besvär, har påfallande ofta underkänts av de doktorer, som försäkringsbolagen har som konsulter. Enligt vad rehabiliteringsläkare, ortoped, advokater och åklagare berättat för mig, går domstolarna i de flesta fall på de bedömningar som försäkringsbolagens specialister har presterat.

Klarläggande debatt behövs

Av det ovan nämnda kan man dra slutsatsen att det behövs en klarläggande debatt om huruvida drabbade fått den hjälp och ersättning som de egentligen borde varit berättigade till. Debatten bör också gälla vilka grundläggande vetenskapliga fakta som ligger bakom de bedömningar som försäkringsbolagens konsultdoktorer bygger sina slutsatser på!

Bo Sonnsjö

medicine doktor, ögonspecialist,
Vårdcentralen, Hagfors
bo.sonnsjo@telia.com

Dags utvärdera Abortlagen

För en kvinna kan beskedet om att vara gravid vara oönskat. Kanske uppstår frågeställningen om abort, men i så fall måste hon bestämma sig kvickt. Troligen har hon mindre än 18 veckor på sig att fatta ett för fostret livsavgörande beslut.

Vad kvinnan och sjukvården har att stödja sig på är »Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort» samt Abortlagen från 1974. Bakom Abortlagen och dess tillkomst ligger uppfattningen att kvinnan har rätt att själv bestämma över sin kropp.

Naturligtvis har kvinnan rätt att själv bestämma över sin kropp. Det är ju enkelt att säga och tycka, åtminstone så länge hon inte är gravid. För det är just när hon blir gravid som det blir komplicerat. Då har hon ju en annan kropp i sin egen. En kropp med en helt egen mänsklig genuppsättning.

Om detta nu är oönskat? Hur ska hon då göra? Vänta i 40 veckor, föda och där efter låta adoptera bort barnet? Alternativt acceptera att vara ensam mor? Med

ett kejsarsnitt skulle hon kunna förkorta sin graviditet, men för detta finns inget lagrum.

Från läkarets synpunkt är situationen problematisk. Visavi det unga fostret – botar vi? Lindrar vi? Tröstar vi? Att vi löser moderns och kanske också faderns problematik är en sak, men är det den bästa lösningen?

Önskvärt minska abortsiffrorna

Hur som helst, någon idealisk situation är det inte. Att bringa ner abortsiffrorna ter sig som önskvärt. Efter trettio års erfarenhet av lagen kan en utvärdering vara rimlig. Att erkänna det unga fostret som en mänsklig individ kan vara ett steg. Ett annat kan vara att erkänna kvinnan som mor och ge henne ett optimalt stöd från både ekonomisk och social synpunkt.

Arne Simonsson

specialist i allmänpsykiatri, NÄL
arneolena@telia.com