

sak som ett »okomplicerat sörjande».

Jag beskrev komplexa och inte alltid medvetna förlustupplevelser, som har rätt lite att göra med det som populärt kallas sorg. Kanske mera med »deppighet». Ofta är de en viktig del i den psykologiska mognadsprocessen. Det är då så mycket viktigare att också psykiatrin på allvar räknar med sådana fenomen, även om det komplicerar möjligheten att ge enkla tumråd för depressionsbehandlingen. Det kräver bl a genomtänkta utbildningsinsatser. Humanism och helhetssyn får inte bara vara honnörsord i psykiatrin under detta hjärnans decennium!

Johan Cullberg
professor, överläkare,
FOU-enheten, Södermalms
psykiatriska sektorsklinik,
Stockholm

Boznien– Herzegovina: Stöd återupp- byggnaden av psykiatrin!

Tiotusentals människor har utsatts för extrem psykisk belastning på grund av inbördeskriget i Bosnien–Herzegovina samtidigt som den psykiatriska vården har slagits sönder. Exempelvis bedöms ca 250 000 människor ha ett psykiatriskt vårdbehov och 60 procent av befolkningen i Sarajevo lida av psykiska symtom efter belägringen. 200 000 soldater i Bosnien har demobiliserats.

Det pågår nu en intensiv planering för att återuppbygga den psykiatriska vården i landet. WHO, Världsbanken och svenska Sida kommer att göra stora satsningar för att hjälpa till att bygga upp psykiatrin utifrån de principer Community Mental Health ställt upp.

Vi tror att det är många i Sverige som skulle vilja engagera sig på något sätt i ansträngningarna att stödja dem som arbetar för att bygga upp en välfungerande psykiatrisk vård i landet.

Behov av stöd

Vid ett seminarium i Uppsala den 20 september då några kolleger från Bosnien–Herzegovina berättade om sina erfarenheter från kriget och om behovet av stöd inför återupp-

KORRESPONDENS

byggnaden av den psykiatriska vården, beslöts att ett nätverk skulle bildas av intresserade som vill engagera sig i detta arbete.

Ävsikten är att underlätta insatserna från svensk sida genom att bättre samordna intressen och insatser, bl a genom att mera systematiskt informera varandra om vad som pågår. Det finns nu en risk att var och en arbetar relativt isolerad från andra och det kan ibland bli onödiga dubbleringar. Det kan också innebära att vissa insatser inte kommer till stånd därför att man inte har överblick över vad som pågår.

I Bosnien–Herzegovina finns nu flera hundra hjälporganisationer engagerade och detta skapar en hel del problem både för mottagarna av stödet, och för givarna.

Även från Sida har det framkommit önskemål om en samarbetspartner från svensk sida.

**Kom den 28 november
kl 19.00!**

Som ett första led i bildandet av ett sådant nätverk vill vi föreslå att de som är intresserade och har möjlighet träffas för en diskussion om hur ett sådant nätverk skulle kunna organiseras i samband med årets läkarstämman i Stockholm. Under tecknade kommer att finnas på Läkaresällskapet kl 19.00 torsdagen den 28 november. I förlängningen tänker vi oss att man tex skulle kunna hålla kontakten internt genom ett nyhetsbrev och ett par seminarier per år för att informera om utvecklingen i Bosnien–Herzegovina och som en stimulans för dem som är engagerade eller kan komma att bli det så småningom.

Lars Jacobsson
professor, Umeå
Manuel Fernandez
överläkare, Uppsala

Lars Davidsson
överläkare, Lund

Åke Björn
biträdande överläkare,
Linköping

Ut med pensionärerna?!

Sedan min pensionering förra året har jag i år tagit emot tre patienter i mitt hem, nära

vänner och grannar. Utan betalning.

Vid sista patientbesöket fanns anledning att remittera för provtagning till den vårdcentral där jag arbetat i 25 år.

På eftermiddagen samma dag fick jag – vänligt men bestämt – besked om att jag under inga omständigheter fick ta landstingets fria nyttigheter i anspråk.

När jag protesterade att patienten var villig att betala för vanligt läkarbesök förklarades det för mig att det enda sätt som provtagning kunde äga rum på, var att jag remitterade patienten till en kollega som kunde avgöra om proven var nödvändiga och sedan ta emot provsvaren i vanlig ordning.

Denna inskränkning gällde även remisser till röntgen och var en följd av etableringsstoppet från januari i år.

Jag har i år skrivit ut fem recept utan protester.

Har pensionerade läkare någonsin i historien behandlats så illa som under den socialdemokratiska nyordningen? Och är det verkligen ett sätt att spara pengar?

Jan Carlestam
dr, Örckelljunga

Diskutera mänskliga rättigheter på Läkarstämman!

Behövs ett nätverk/forum för svenska läkare i frågor som rör mänskliga rättigheter?

Vi omges ständigt av problemställningar som rör de mänskliga rättigheterna såväl i det dagliga arbetslivet som i massmedierna, allt ifrån flyktingskapets tragedier, utvisningssituationer till svåra prioriteringsbeslut inom sjukvården som ställer vår läkarroll under hård press.

Vart skall vi vända oss när det gäller dessa frågor? De stora organisationerna kanske inte tar upp dem ur läkarens perspektiv.

Var finns ett neutralt forum som dels kan utgöra faktabas och idébank utifrån läkarens perspektiv, dels hänvisa vidare till litteratur och personer, vilka redan arbetar med dessa frågor, för diskussion?

Många kompetenta personer är redan idag engagerade i dessa frågor, tyvärr ofta var för sig.

Hur öka samarbetet dem emellan, tex Sylf, Läkarförbundet, Amnesty, Médecins sans Frontières?

Kom till sal K 12!

Det finns möjlighet att ventilerat det känsliga växelspel som kännetecknar frågor om mänskliga rättigheter i samband med läkarstämman. Kom till sal K 12 den 27 november kl 11.00–12.00.

Gustav Foghammar
FV-läkare allmänmedicin/
allmänpsykiatri,
Stockholm

Färgad information om läkemedel kan snedvrída studie

Jag har blivit uppmärksammad på hur en ordförande i en styrgrupp för en läkemedelsprövning (Nordil) meddelat patienterna i studien att det är förhoppningen att denna skall visa att ett namngivet preparat är bättre än något annat. Detta meddelande har skrivits på brevpaper med Uppsala Universitet i huvudet och signerats av professor Lennart Hansson.

Meningen med jämförande kontrollerade studier är att avgöra om en behandling är bättre än en annan. För att man skall ha rätt att randomisera patienter fordras att man inte vet (eller känner sig övertygad) om att den ena behandlingen verkligen är bättre. De deltagande patienterna måste också ha klart för sig att det är ett verkligt problem man försöker lösa genom en sådan prövning. Det är också därför man (ofta, eller i allmänhet) har en etisk kommitté som kan se till att dessa förutsättningar finns vid läkemedelsprövningar.

Att ordföranden i en styrgrupp för en läkemedelsstudie i ett brev till deltagarna uttalar »förhoppningen att behandling med kalciumantagonisten Cardizem skall visa sig särskilt gynnsam för patienterna» strider följaktligen mot studiens förutsättningar, och torde få som följd att undersökningens resultat blir skevt.

Utformningen av brevet är ►

ANNONS

ANNONS

också sådant att den ovetande patienten kan få intrycket att Uppsala Universitet, eller åtminstone dess geriatrika institution, står bakom uttalandet. Det är av intresse om inte bara en person utan en hel akademisk institution ställer sig bakom detta sätt att föregripa resultatet av en långtidsstudie, där både patienter, läkare och sjukvårdsorganisation lagt ned resurser för att få ett verkligt resultat.

Lars Werkö
professor, Stockholm

Replik: Brev för att dämpa onödig oro

Brevet till de deltagande läkarna i Nordil-studien för eventuell vidarebefordran till patienterna motiverades av de larmrapporter om kalciumantagonister och cancer som förekommit i Läkartidningen, men även i övrig press och i TV. Det finns belagt att många patienter oroats av dessa rapporter.

Landets tillsynsmyndighet i läkemedelsfrågor, Läkemedelsverket, har förvisso klart meddelat att det rör sig om »ett grundlöst larm» och att »det saknas skäl för att undvika kalciumantagonister på grund av oro för cancer», men det är uppenbart att denna information inte fått samma genomslag som själva larmet. Av detta skäl bedömdes det önskvärt att lugna patienterna på denna punkt.

Jag avslutade brevet med förhoppningen att »behandling med kalciumantagonisten Cardizem skall visa sig särskilt gynnsam för patienterna». När man jämför en äldre terapi och en nyare terapi är väl hypotesen vanligen att den nyare terapin i något avseende skall visa sig bättre än den gamla.

Eftersom studien är prospektiv och randomiserad och eftersom alla kliniska händelser värderas av en helt oberoende »end-point»-kommitté torde min förhoppning knappast kunna påverka utgången

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 42/96. De
kan även beställas från
sekretariatet.

av studien. Däremot hoppas jag att brevet haft en lugnande inverkan på dem det var skrivet till så att onödig oro dämpats och onödiga terapiavbrott undvikits.

Lennart Hansson
professor,
institutionen för geriatrik,
Uppsala

Narkomanvård i landstingets regi utvärderas

Första steget i en samhälls-ekonomisk analys, en sk kostnad-effektivitetsanalys har genomförts på narkomanvårdskliniken Sabbatsbergs sjukhus, dagvårdsavdelningen. Utvärderingen följs upp även 1996 och 1997. 14 narkotikamissbrukare med allvarlig psykisk störning har följts sedan inskrivningen 1995.

Under 1996 har ytterligare nio patienter skrivits in så att antalet deltagare i utvärderingen nu är uppe i 23.

Behandlingen på dagvårdsavdelningen beräknas pågå i cirka ett år varefter patienterna följs upp ett – två år efter genomförd behandling. Patienterna följs upp när det gäller försörjning, sjukvårdskonsumtion, vårdkonsumtion i övrigt, kontakter med socialtjänst, kriminalvård, myndighetskontakter i övrigt (tex försäkringskassa, arbetsförmedling, bostadsförmedling) samt missbruk. Utöver detta följs patienternas sociala och psykiska status kontinuerligt som ett led i behandlingen.

Totala kostnaden konstant

De ekonomiska beräkningarna efter första etappen visar minskade sjukvårdskostnader (exkl kostnader för dagvård), minskade kostnader inom den primärkommunala socialtjänsten, minskade kostnader för kriminalvård samt en liten ökning för socialförsäkringar. Den totala kostnaden för samhället har däremot varit konstant hittills under behandlingsperioden.

Kostnaderna för behandling och rehabilitering har jämförts med kostnaderna för icke-vård,

dvs patienternas kostnader ett år innan behandling i dagvård startade. Kostnaderna för icke-vård har vi satt in i en 20-årig investeringskalkyl och fått som resultat att icke-vård kostar samhället drygt 67 miljoner kr i vårdkostnader och uteblivna produktionsintäkter.

Behandling och rehabilitering, där vi gjort en realistisk bedömning av framtida arbetsrehabilitering, kostar emellertid samhället drygt 1 miljon kr.

Även kostnader för missbruk har beräknats enligt polisens »marknadprislista». Kostnaden för missbruket är 2,7 miljoner kr per år för patientgruppen. Med en liknande investeringskalkyl kostar ett fortsatt missbruk ca 20 miljoner kr i ett 20-årsperspektiv.

Patientgruppen som helhet visar på en klar minskning avseende drogmisbruk, en förbättrad psykisk hälsa (enligt psykiatrisk bedömning), ökad livskvalitet (självskattad enligt Kajandi) och högre funktionsnivå (enligt personalens GAF-bedömning).

Etapp 2

Under hösten 1996 pågår uppföljningens andra etapp. Den beräknas vara klar vid årsskiftet 1996/1997.

Rapport om den första etappen kan erhållas genom dagvårdsavdelningen, Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm.

Sven Westerlund
överläkare

Kari Jess
ekonom, projektledare,
narkomanvårdskliniken,
Sabbatsbergs sjukhus,
Stockholm

Team för sexuellt traumatiserade?

I Läkartidningen 39/96 rapporterar Kerstin Aldén och medarbetare [1] om en grupp inom psykiatrin som skall specialisera sig på att syssla med kvinnor, vilka har egna erfarenheter av sexuella övergrepp.

En viss betänksamhet är på sin plats. Socialstyrelsen utgav förra året en rapport [2] om »Kvinnor som utsatts för incest». Där redovisas ett antal

behandlingsmetoder som inte är okontroversiella.

För några år sedan recenserade Marianne Cederblad [3] en norsk bok i samma ämne. Den berömdes för att innehålla »efterlängtd kunskap om terapimetoder» i incestfall, men recensenten beklagade att man inte fick »någon redovisning av resultaten».

Folkhälsoinstitutet sammanställde 1994 en broschyr [4] med okritiska presentationer av ett flertal terapimetoder.

Påtagliga risker

Att gruppbehandling men också individuell psykoterapi kan ha påtagliga risker för »incestfall» borde inte vara okänt. Fenomenet »falsa minnen» har gått som en epidemi i USA och är inte okänt hos oss heller. I flera uppmärksammade rättsfall har »psykoterapi» i en eller annan form spelat en ödesdigert roll.

I en ledarartikel från 1994 i British Journal of Psychiatry [5] påpekas bristen på forskning med rigoröst korrekt metodologi när det gäller psykologisk intervention för drabbade av akuta traumata.

Bygger denna nya verksamhet i Umeå på prövade och kritiskt granskade grunder? Var kan man läsa om resultat och eventuella risker?

Rudolf Schlaug
fd överläkare, Lund

Referenser

1. Aldén K, Mattson M, Nordell AC, Wällberg ML, Öhman K, Österberg I. Asta-teamet unikt för sexuellt traumatiserade? Läkartidningen 1996; 93: 3341.
2. Kvinnor som utsatts för incest. SoS-rapport 1995: 3.
3. Cederblad Marianne. Efterlängtd kunskap om terapimetoder i norsk bok om incest. Borchgrevink Tone S, Johnsen Christie. Incest, förståelse och behandling, Oslo: Universitetsforlaget, 1991.
4. Folkhälsoinstitutet. Från övergrepp till grepp över livet. Att bearbeta traumatiska upplevelser av sexuella övergrepp i barndomen. Folkhälsoinstitutet 1994.
5. Bisson I, Deahl, MP. Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress. Br J Psychiatr 1994; 165: 717.

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även
korta inlägg i debatt- och
korrespondensspalterna,
skall vara utskrivna med
minst dubbelt radavstånd
och max 25 rader per sida.