

område, för såväl arbetande som arbetslösa kolleger.

Det finns ett icke oansenligt antal legitimerade läkare som ej är verksamma inom den landstingskommunala eller privata vårdsektorn med kontinuerliga patientkontakter. Dessa, t ex labbläkare, forskare, läkare verksamma inom industrin eller statliga ämbetsverk, kan under inga omständigheter se sina receptförskrivningsrättigheter kringskäras bara med argument som att »läkemedelsförskrivningskostnaderna bör fördelas på sjukvårdens huvudmän, landsting och kommuner», på ett fördelningstekniskt säkert sätt.

Dagens föreslagna modell till receptförskrivningsrutiner med krav på koder för betalningsansvar på receptblanketter lever i sin nuvarande utformning inte upp till grundkravet på att varje legitimerad läkare ska ha rättighet till receptförskrivning. Receptförskrivningsrätten är oantastligt bunden till läkarlegitimationen.

Vem ska stå för kostnaderna för läkemedel som exempelvis läkarkolleger förskriver sig själva till följd av personliga sjukdomar, sjukdomstillstånd hos familjemedlemmar eller nära anförvanter.

I århundraden har läkare utan betalning ställt upp med medicinsk sakkunskap och hjälp till grannar och vänner i nöd. Denna form av osjälvvis läkarverksamhet får inte kringskäras som en följd av förändrade läkemedelsersättningskrav.

### Monopolisering

Dagens receptförskrivningsförslag kan ses som ytterligare ett steg mot monopoliserad landstingskommunal sjukvårdsverksamhet. Med detta förslag följer att en icke oansenlig del av läkarkåren förlorar sina receptförskrivningsrättigheter, och samtidigt kringskärs till en ytterst väsentlig del de läkarrättigheter som följer läkarlegitimationen.

Södermanlands läns läkarförening vill med kraft hävda att denna grundrättighet under inga omständigheter får gå förlorad för samtliga läkare med svensk läkarlegitimation. Det förefaller som om denna aspekt på receptförskrivningsproblematiken till stor del har förbi-setts.

Södermanlands läns  
läkarförening genom  
*Henrik Renvall*  
sekr, Eskilstuna

## KORRESPONDENS

### Justitiedepartementet illa informerat om intagnas psykiska hälsa

Vår artikel om fångars dåliga psykiska hälsa i Läkartidningen 1–2/97 [1] har vållat viss debatt. Vi fann en hög morbiditet, medan andra undersökare rapporterat mycket lägre tal. Våra tal stämmer med internationella studier där man gjort individuella psykiaterbedömningar av totalmaterial, och bekräffas av data från våra undersökningar på Gotland och i Trondheim.

Indirekta metoder (sjukvårdskonsumtion, personalrapporter) ger betydligt lägre siffror, i analogi med motsvarande studier på patienter i primärvården. En genomsnittlig distriktsläkare missar betydligt mer än hälften av de psykiska störningar som passerar mottagningen [2].

### Förvirrade politiker

På politisk nivå är man nu förvirrad, eftersom relativt färsk statliga utredningar om intagnas psykiska hälsa [3], där justitieministern var ledamot, inte fick fram att problemen är så stora. Utredningen, som trots att den handlade om psykiatriska frågeställningar saknade psykiaterrepresentation, föreslog åtgärder som inte löser problemen.

Under en radiodebatt med justitieministern tyckte jag mig förstå att hon inte är klar över vissa sakförhållanden. Så här är det. Det var bättre förr då kriminalvården hade egna psykiatriska resurser. Jag arbetade i den verksamheten på 1960-talet. Socialdemokratin som länge stått för behandling och differentiering inom verksamheten gjorde då en helomvändning, som ingen utom experterna ifrågasatte. Psykiatrin inom kriminalvården avvecklades och den vanliga sjukvården gavs ansvaret för att erbjuda alternativ till kriminalvårdspsykiatrin. Det utformades inga incitament för att göra det. Landstingspsykiatrin riskerar inte några negativa sanktioner om man avstår från sådana satsningar. Resurser tillfördes

inte. Därför har det inte blivit något.

### Psykiaterkåren får skulden

I politikernas föreställningsvärld tycks skulden ligga kollektivt på psykiaterkåren: »Psykiatererna tycker att dessa patienter är besvärliga och vill inte jobba med sådana» (citad radiodebatten), en närmast oförskämd syn på en hel yrkeskår.

Vidare framförde justitieministern uppfattningen att eftersom »kriminalvårdsklientelet har samma störningar som patienter utanför murarna så kan den vanliga sektorspsykiatrin kompetensmässigt behandla sådana klienter».

Flertalet vanliga patienter med ångest och depression har varken personlighetsstörningar eller missbruk, och inte heller den speciella aggressionsproblematik som leder till kriminalitet och behandlingsproblem. Har man minst trippeldiagnoser (vilket en majoritet av de behandlingskrävande intagna har) krävs särskild kompetens för att klara behandlingsuppgiften. Det har inte den vanliga sektorspsykiatrin. Korrigeras inte missförståndet – resurser och kompetens finns inom sektorspsykiatrin men psykiaterna vill inte – går det inte att lösa problemen inom överskådlig tid.

*Sten Levander*  
professor,  
SVK-mottagningen,  
Malmö Östra sjukhus

### Referenser

1. Levander S, Svalenius H, Jensen J. Psykiska skador vanliga bland interner. Läkartidningen 1997; 94: 46-50.
2. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 6-12.
3. Kriminalvård och psykiatri. SOU 1994:5.

### Myggnät att rekommendera mot malaria

I Läkartidningen 3/97 redovisar Andreas Mårtensson vid infektionskliniken i Lund åtta

fall av falciparummalaria från Afrika som man vårdat vid kliniken föregående år. Av dessa hade två tagit regelrätt profylax med klorokin och proguanil, fyra fullföljt klorokinprofylax, en avbrutit med meflokin och en ej tagit profylax.

I Läkartidningen 11/97 redovisar Ingrid Nilsson-Ehle vid samma klinik tre fall av falciparummalaria hos Indienresenärer som alla tagit klorokinprofylax.

Koncentrationsbestämning av klorokin utfördes inte. Likväl rekommenderar båda kollegerna förhöjd dosering vid ökad kroppsvikt. Själv betvivlar jag att detta skulle ha hjälpt på grundval av mina erfarenheter från Mellanöstern.

### Klorokinresistent

Den falciparummalaria som de senaste åren härjat i Pakistan och som är på spridning söderut till Indien är i huvudsak klorokinresistent. Vanligen blir den sjuke besvärsfri vid behandling med klorokin, men redan en vecka efter avslutad behandling är sjukdomen tillbaka med full styrka. Själv brukade jag behandla med kinin, men jag vet att andra kolleger haft framgång med Fansidar. Båda dessa medel var lyckosamma även för patienterna i Lund.

Problemen med klorokinresistent malaria är större än vad som kan åtgärdas med en marginell dosförhöjning. Vi är tillbaka vid utgångspunkten. Kemoprofylaxen sviktar. Det viktiga är barriärmetoder: myggnät mot malaria och denguefeber, kondom mot STD-sjukdomar och handskar mot sjukhusinfektioner!

*Stig Cronberg*  
universitetslektor, infektionskliniken, Universitets-  
sjukhuset MAS, Malmö

Replik:

### Enbart myggnät räcker knappast som malaria-skydd

Stig Cronberg menar att klorokin oftast bara hade en tillfällig effekt när patienter med falciparummalaria behandlades i Mellanöstern, medan återfall sällan eller aldrig sågs efter sulfadoxinpyrimetamin eller kinin. Som pro-