

Förskrivning av Tofranil ett konstfel?

I Läkartidningen 30–31/97 refereras ett ansvarsärende, HSAN 2191/96. En läkare blev varnad bl a för att ha förskrivit Tofranil utan att ha värderat om egentlig depression förelåg. Sedan sägs det:

»Om man över huvud taget skulle använda antidepressiv medicinering borde man ha valt något SSRI-preparat (selektiv serotoninåterupptagshämmare), som ger mycket mindre biverkningar än Tofranil, menade Socialstyrelsen.»
— — — »Ansvarsnämnden gick på punkt efter punkt på Socialstyrelsens linje och tilldelade läkaren en varning.»

Jag tycker detta uttalande är högst anmärkningsvärt och synnerligen besynnerligt. Är alltså numera förskrivning av Tofranil (och, får man förmoda, även andra tricykliska antidepressiva läkemedel, TCA, eftersom just Tofranil på inget sätt har värre biverkningar än de övriga) ett konstfel som leder till prickning av Socialstyrelsen och varning i Ansvarsnämnden? I så fall borde ju samtliga TCA-preparat genast avregistreras!

Den vetenskapliga grunden för detta inlägg av Socialstyrelsen på Läkemedelsverkets område torde vara diskutabel. En egen studie av hur antidepressiva läkemedel fungerar i vardagsarbetet visade att avbruten behandling till följd av biverkningar och/eller utebliven effekt var lika vanlig vid användning av SSRI som av TCA [1].

Förklaring önskas av Socialstyrelsen! Vad säger Läkemedelsverket?

Nils-Olof Jacobson
psykiater, Kristianstad

Referenser

1. Jacobson NO. Are mood disorders treated better with new drugs? Nord J Psychiatry 1995; 49: 199-202.

Kommentar

Det aktuella ärendet har många dimensioner och valet av antidepressivt preparat har här endast haft perifer betydelse. Som framgår av Läkartidningens referat av HSAN-ären-

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

de 2191/96 har Socialstyrelsen funnit anledning att kritisera den nu varnade läkaren på ett antal punkter. Att på oklara grunder ordinera potenta läkemedel utan diagnos, att ej sätta ut det i sammanhanget felaktiga läkemedlet när diagnos erhållits samt att inte förordna om vederbörliga kontroller av eventuella läkemedelsbiverkningar såsom i detta fall (Salazopyrin) kontroll av blodbild och leverfunktion är var och en handlingar som kan kritiseras.

Sammantaget har detta föranlett Socialstyrelsen att översända ärendet till HSAN med yrkande om disciplinär påföljd.

Ulla Fryksmark
medicinalråd,
Socialstyrelsen,
Malmö

Norsk vårdgaranti ett föredöme

I diskussionen i Läkartidningen om vårdgaranti mellan klinikchef Bengt Hjelmqvist (nr 51–52/96 och nr 28–29/97) och Socialstyrelsens representanter Nina Rehnqvist och Sven Dahlgren (nr 15/97) framgår tydligt att de medicinska företrädarna har svårt att acceptera »politiska» satsningar som inte är medicinskt etiskt godtagbara. Den Einhornska prioriteringsutredningen må ha kommit med få nyheter, men den tydliggjorde dock vad vi i princip alla är överens om. Den senaste (inte sista!) ändringen i vårdgarantin

hade med all säkerhet fått ett bättre mottagande om utredningen legat till grund för prioriteringarna.

Det kan därför vara av intresse att veta att den norska »ventetidsgaranti» som gäller sedan 27 juni 1997 inte är baserad på diagnoser utan på om följande tre kriterier är uppfyllda:

1. Patienten skal ha et klart påregneligt og betydeligt tap av livslengde eller livskvalitet dersom behandlingen settes ut, det sige vil

- vesentlig reduceret levetid,
- vesentlig smerte eller lidelse store deler av døgnet, eller
- vesentlige probleme i forbindelse med vitale livsfunksjoner, som næringsinntak eller toalettbesøk.

2. Det foreligger god dokumentasjon for at utsiktene når det gjelder livslengde eller livskvalitet

- vesentlig kan forbedres ved aktiv medisinsk behandling,
- vesentlig kan forverres uten behandling,
- eller at vesentlige behandlingsmuligheter kan forspilles ved utsettelse

3. De forventede resultater står i et akseptabelt forhold til kostnaderna.

Om vi hade baserat vår svenska vårdgaranti på en likartad grund är det min fasta övertygelse att sjukvårdspolitiken skulle bli mindre ryckig och att de medicinska företrädarna med större glädje skulle utföra de prioriteringar som vi måste förutsätta blir allt svårare för varje år.

Åke Andrén-Sandberg
överläkare, kirurgiska
kliniken, Universitets-
sjukhuset i Lund

Handläggningsrutiner för grupp-försäkringar i Salus

Med anledning av insändaren »Varning för Salus», Läkartidningen 32–33/97 vill vi lämna följande svar.

Salus erbjuder mycket förmånliga grupp-försäkringar för liv, sjukdom och olycksfall till läkarförbundets medlemmar. Grupp-försäkringarna gäller för ett år i sänder och premien aviserar två gånger per år, 1/10 och 1/4. Förfallodagsavisering sker alltid en månad före aktuell förfalldag för att bereda försäkringstagaren tid att hinna betala försäkringspremien till förfalldagen. Skulle mot förmodan försäkringen ej vara betald på förfalldagen har försäkringstagare enligt Salus försäkringstekniska regler en månad (s k respitmånad) på sig att betala försäkringen innan försäkringen upphör att gälla. Om försäkringen är obetald på förfalldagen skickar Salus alltid ut en påminnelseavi inom två till tre veckor efter förfalldagen för att säkerställa att försäkringstagaren hinner betala premien innan respitmånadens utgång. Försäkringen gäller under den s k respitmånaden och betalas premien inom denna månad fortsätter försäkringen att vara i kraft. Är försäkringen fortfarande obetald vid respitmånadens utgång annulleras försäkringen.

Önskar försäkringstagaren, efter annullation, återuppta försäkringen måste ny ansökan med hälsodeklaration skickas in till Salus.

Stefan Boström
VD, Livsförsäkrings-
bolaget Salus

Sämre ekonomi ger ökad administration

Sjukvårdens dilemma är ej de egentliga sparbetingen utan den karusell av konsekvenser den försämrade ekonomin innebär. Vi har en underlig benägenhet att med en explosiv kraft förändra vår sjukvårdssparat. De stora, kanske nödvändiga strukturförändringarna följs av mängder av små förändringar inom varje liten

verksamhet. En febril aktivitet råder.

Det verkar som om sämre ekonomi är lika med ökad administration. Från den överhettade sjukvårdsapparaten skriks nödrop ut: »Vi behövs, ändra inte, lägg inte ner!»

Vi vet att vi måste bevisa att vi håller måttet. En mängd statistik presenteras baserad på en massa dokumentation, projektgrupper bildas för att kartlägga verksamheter, kvalitetssäkringsarbeten startar, organisationsgranskningar. Och se! Vi hittar »fel» i vår verksamhet! Alla dessa små avvikelser från det totalt perfekta skall avhjälpas! Det genererar alltmer arbete i grupper, extra möten, nya projekt som föder nya arbetsätt, nya organisationer. Till det krävs ytterligare utbildningar som gör att personal undanhålls patienten.

Patienterna i centrum!

Vi blir alltmer paradoxala i våra budskap. Vi skär ned sjukvård, större börda läggs på personalen som minskar i antal samtidigt som vi talar om kvalitetssäkring. Ökade arbetsuppgifter ger oss allt mindre tid till våra patienter samtidigt som vi får till oss att patienten skall sättas i centrum. Vi skall arbeta i olika team nära varandra samtidigt som de olika yrkeskategorierna utvecklas åt olika håll.

Egna små enheter

Det sker en kraftig och välkommen utveckling av sköterskan roll och kunskaper. Det bildas sköterheter där alla sköterskor/undersköterskor ingår i en basenhet för sig. Samma sak gäller arbetsterapeuter, sjukgymnaster. Grupper bildar egna små enheter med sina projekt, arbetsplatsmöten, ledningsgruppsmöten, utbildningar m m. I allt detta skall ronder genomföras. Läkarens roll är alltmer oklar. Fortfarande har läkaren klinikledningsansvar utan att direkt kunna påverka själva arbetet runt patienten.

Vansinnesfärd

Den här utvecklingen är självgenererande. Nya chefer anställs som ser den krassa verkligheten, vill förstås förbättra och förändringsarbetet snurrar vidare. Att som enskild person eller som enskilt sjukhus sätta stopp för detta skenande är omöjligt. Vilken politiker vågar tillstå att kvaliteten är på väg nedåt i vården? Den vansinnesfärd av förändringar blir till en täckmantel för sämre vård.

KORRESPONDENS

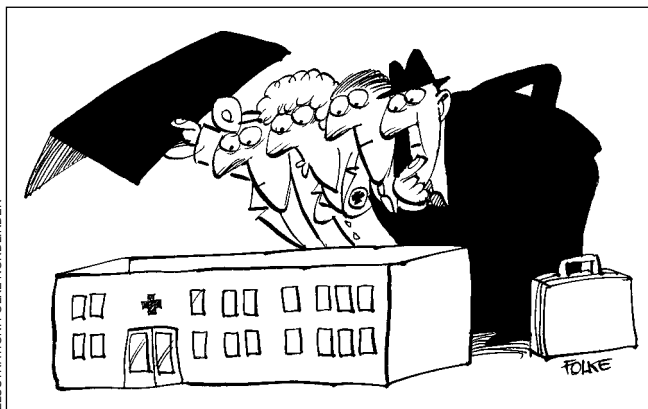


ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»...projektgrupper bildas för att kartlägga verksamheter, kvalitetssäkringsarbeten startar, organisationsgranskningar.»

Det allra största sveket från våra folkvalda politiker är när de äldres sjukdomar döps om till »normala åldersförändringar». Det är vad som faktiskt skedde som en konsekvens av Ädelreformen som i sin utformning rent teoretiskt var rätt och välkommen.

Utveckling är bra och nödvändig i en levande verksamhet. Men alltför många och samtidiga förändringar kan interagera med varandra som mediciner hos en övermedicinerad åldring. De allra bästa och vettigaste strukturförändringar kan bli fullständigt maliga i ett större helhetsperspektiv.

Det vore klädsamt med lite mer eftertänksamhet, bromsen påslagen i nerförsbacken.

Birgitta Hammarkvist
överläkare, Varberg

Brister i lagen om psykiatrisk tvångsvård

1992 ersattes den tidigare psykiatriska lagen, LSPV, av en dubbellagstiftning, LPT (Lags om psykiatrisk tvångsvård) och LRV (Lag om rättspsykiatrisk vård).

Lagen om rättspsykiatrisk vård är en kombination av psykiatri och frihetsberövande brottsprevention, vilket gör den till en hummertina: ganska lätt in, mycket svårt ut.

I Göteborgsområdet är inflödet av patienter för närvarande en per månad, utskrivningar däremot kanske en per

år. Den rättspsykiatriska vården kräver alltså ungefär en ny avdelning om 12 platser per år. Rättspsykiatrisk vård är kraftigt resursslukande med i regel mångåriga medelvårdtider. Mekaniken i den rättspsykiatriska lagstiftningen är ett stort problem för framtiden. Det är inte säkert att sjukvårdsplanerare klart har sett detta fenomen.

»Specialistparagraf»

En av förklaringarna till det oroande inflödet av patienter som skall få rättspsykiatrisk vård är förmodligen lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. Den tidigare lagen, LSPV, hade två institut som lagen om psykiatrisk tvångsvård saknar men som sannolikt inte går att undvara. Dels fanns en »specialistparagraf», som möjliggjorde att patienter kunde tas in för psykiatrisk tvångsvård utan att uppfylla de strängare intagningskriterier som för övrigt gällde. Den användes sällan och framför allt i fall där patienten orsakat betydande problem för sig själv och omgivningen utan att den vanliga lagstiftningen var applicerbar. Ortens psykiater hade oftast diskuterat sig samman när andra metoder inte varit framgångsrika.

Försöksutskrivning

LSPV hade också ett försöksutskrivningsinstitut. Detta var med rätta utsatt för kritik och försöksutskrivningar förekom i en alltför stor omfattning, sköttes ibland slarvigt och ogenomtänkt. Samtidigt fanns det en viktig poäng i försöksutskrivningarna.

Ideologerna bakom lagen om psykiatrisk tvångsvård trodde nog att korta vårdtider skulle räcka, kanske rent av att

tvång alls inte behövdes.

Den här bristen i lagen om psykiatrisk tvångsvård gör det svårt, för att inte säga omöjligt, att sköta en grupp patienter med bristfällig »compliance» eller allmänt dålig skötsamhet. Det är högst sannolikt att flertalet rättspsykiatriska patienter rekryteras ur denna grupp.

Den orealistiska uttunningen av vården uppvägs av tvånget inom rättspsykiatri. Man gav med ena handen och tog med andra.

Måste ändras

Det finns patienter som dåligt klarar av att sköta sin behandling. De faller ut, missköter sig och skapar problem för andra och sig själva. Den »snällhet» lagen om psykiatrisk tvångsvård erbjuder straffar sig senare i form av rättspsykiatrisk vård. Det tvång man så hett ville förhindra återkommer senare i så mycket strängare form. Lagen om psykiatrisk tvångsvård måste ändras med hänsyn till psykiatrisk erfarenhet.

Denna allvarliga svaghet i lagen i fråga skapar lidande för brottsoffren, skada för samhället och innebär en växande börda för psykiatri. Det är inte bara lagen om rättspsykiatrisk vård utan även lagen om psykiatrisk tvångsvård som behöver gås igenom och fås att samstämma bättre, eftersom de uppenbarligen fungerar som kommunicerande kärl.

Lennart G O Brimstedt
dr, Lillhagens sjukhus,
Hisings Backa

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, tex därför att det förkortade begreppet är otydligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.