

Viktigt se helheten vid behandling av patienter med livsproblem

Tre allmänläkare reagerar i Läkartidningen 12/98 på ett par tidigare artiklar om depressioner i primärvården. Deras reaktion var välkommen och inspirerar till fortsatt meningsutbyte. Att depressionssjukdomar inte alltid uppmärksammas och blir adekvat behandlade må vara sant, men propagandan för ökad förskrivning av antidepressiva läkemedel har varit så intensiv att en nyansering av budskapet är väl motiverad.

Såväl nedstämdhet som symtom inom ångestspektret ingår vanligtvis i bilden både vid akuta krisreaktioner och vid sviktreaktioner till följd av mera långvarig social belastning och annan livsproblematik. Detta är inte synonymt med att patienten lider av en depressionssjukdom eller en ångestsjukdom. Allmänläkarna pekar bl a på betydelsen av helhetsperspektiv, situationsförståelse och patientkännedom som underlag för bedömning och menar att nedstämdhet, som emanerar från sorger och andra krisreaktioner, endast undantagsvis skall behandlas farmakologiskt.

Hur skall de då behandlas?

En naturlig följdfråga blir då hur dessa patienter i stället skall behandlas.

Och av vem?

I den psykiatriska öppenvården utgör patienter i kriser och med sviktreaktioner relaterade till en anhopning av belastningsfaktorer i miljön en betydande andel av nybesöken, särskilt bland de akutsökande. Det dessa patienter framför allt behöver, och ofta också själva i första hand efterfrågar, är »någon att samtala med». De behöver få möta en kompetent, empatisk professionell person i en stödjande samtalskontakt under kortare, ibland längre tid. Ibland behövs därjämte interventioner i nätverket av något slag, samt inte så sällan också viss tillfällig, symtomatisk medicinering. Vissa av dessa patienter kan därjämte vara betjänta av behandling med SSRI-preparat. Att bedöma detta kräver betydande erfarenhet och ett visst mått av »fingertoppskänsla».

I den aktuella debatten tycks de flesta mena att patienter med kriser, livsproblem och insufficiensreaktioner bör tas om hand inom primärvården, inte inom psykiatri. Men om det nu är samtalshjälp som patienterna främst behöver? Har allmänläkarna den tiden till

förfogande? Har man tillgång till kurator, psykolog? Undantagsvis, kanske. Som psykiater har jag inte heller utrymme för regelbundna samtalskontakter. Däremot har jag tillgång till ett team med medarbetare som har stödjande eller annan samtalsbehandling som sin huvudsakliga arbetsuppgift.

Personligen förespråkar jag en lättillgänglig öppenvårdspsykiatri och att patienter skall kunna söka antingen husläkare eller psykiatrisk öppenvård utifrån egen bedömning av vad slags

hjälp man behöver. Det första mötet är viktigt och remittering innebär både kontinuitetsbrott och tidsförluster.

Det absolut viktigaste är emellertid att vi, oavsett var vi möter patienten, kan se helheten, och att vi som läkare inte medikaliserar livsproblem men heller inte underlåter farmakologisk behandling, när sådan verkligen är till hjälp.

Greger Ahnlund

överläkare,

psyk ÖV-mottagningen, Laholm

Regler om receptförskrivning finns

Herbert Björnstahl ställer frågan om han har rätt eller är skyldig att på patientens begäran skriva recept på receptfria läkemedel då dessa även kan köpas receptfritt, och om denna rätt/skyldighet ändras av att patienten har frikort eller ett avtal med sin arbetsgivare om att få fria läkemedel (Läkartidningen 13/98).

Det finns faktiskt ett »papper att lägga på bordet» i detta fall:

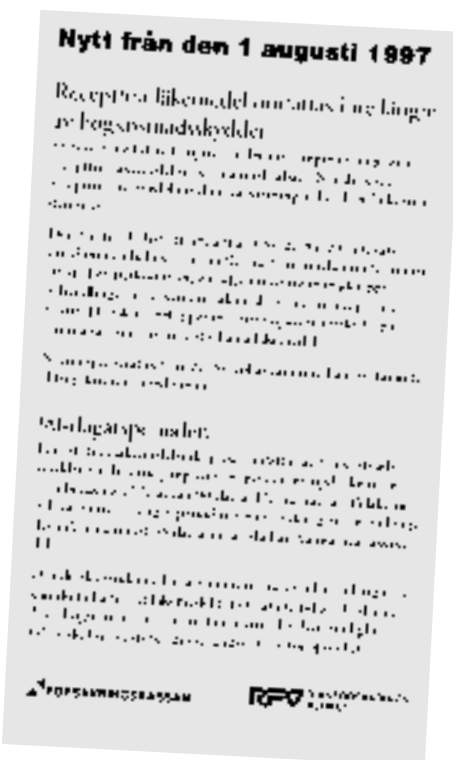
Sedan den 1 augusti 1997 är receptfria läkemedel borttagna från läkemedelsförsäkringen. Meddelande om detta tycks till stora delar ha drunknat i den strida informationsflod som sköljer över oss alla.

Jag citerar det meddelande som utgick från Riksförsäkringsverket: »... signum i rabattrutan får inte göras vid en sådan förskrivning.» (OBS: sätt streck över hela rabatteringsfältet vilket markerar att det är utan rabatt.)

Receptfria läkemedel får dock förskrivas med försäkringsersättning »om de behövs för behandling av sådan långvarig sjukdom för vilken erfordras långvarig kontinuerlig behandling under minst ett år, eller återkommande behandling under minst tre månader per behandlingsperiod». I sådana fall sätts signum i rabatteringsrutan.

Näringspreparat (t ex Meritene) och medel för rökavvänjning kan fortfarande aldrig förskrivas med rabatt.

Ändringarna i läkemedelsförmånen har under året varit många, och att klargöra för patienten/kunden hur det förhåller sig och få acceptans för detta, kan



ibland vara en vetenskap i sig. Det finns som stöd ett informationsblad till patienter från RFV. Kopia av detta kan också erhållas från det lokala apoteket.

Apotekspersonalen följer i alla fall helt vad läkaren markerat med sitt signum, alternativt sin strykning av rabattfältet, dvs gör ingen bedömning av rätten till rabatt.

Karin Andersson

apotekare,

Västra Frölunda