

## Vi bör skriva ut de läkemedel vi själva skulle vilja behandlas med

Vi läkare bör vara kostnadsmedvetna när vi skriver ut läkemedel. Våra läkemedelskommittéer hjälper oss med vårdprogram och rekommendationer för olika sjukdomstillstånd. När läkemedelsbudgeten påverkar sjukvårdsdistriktets ekonomi är det angeläget att få medel över för andra önskvärda sjukvårds-satsningar.

**Detta är nog väl**, men vi skall ändå stanna upp och tänka till. Vi skall i vår läkaretik handla så att vi skriver ut det läkemedel som vi skulle själva vilja behandlas med om vi vore i patientens situation. Vi skall inte bara se det aktuella läkemedlet isolerat utan se helheten för patienten och även effekten på samhälls-ekonomin utanför sjukhusets väggar.

Några exempel: Många läkemedels-

kommittéer rekommenderar eller har rekommenderat blodtrycksmedel med begränsad effekt och med biverkningar som ger depressioner och andra biverkningar som luftrörsproblem, nästäppa och impotens. Läger man till kostnader för sjukskrivningar och kompletterande behandling med mediciner för luftrören, nasala steroider för nästäppan och mediciner för depression kan summan bli högre än om man skrivit ut dyrare läkemedel med få biverkningar. Blir patienten dessutom mer muntorr kan tandläkarräkningarna skjuta i höjden.

**Många läkemedelskommittéer** påhejade av landstingsledningen arbetar med att få ned förskrivningen av Imigran för migrän. Om ett läkemedel kostar 100 eller ett par hundra kronor mer är det små

kostnader i jämförelse med vad det kostar när en kvinna får ett par dygns pulserande huvudvärk med illamående, kräkningar, ljuskänslighet och blir ur stånd att gå till arbetet eller ta hand om sina barn. För några hundra kronor får man inte många timmars sjukskrivning.

**Vi läkare måste** mer se helheten kring patienten och stirra mindre på vad själva läkemedlet kostar. I vår etik bör ingå att vi skall skriva ut de läkemedel vi själva skulle vilja behandlas med om vi var i patientens situation.

**Marie-Louise Ekholm**  
överläkare, landstingspolitiker (m),  
ledamot av Försäkringskassans  
delegation F län  
marie-louise.ekholm@lj.se

## Angående SSRI-preparat

Jag läste på »Debatt« i Läkartidningen 50–52/2005 (sidorna 3926-7) inlägg och kommentar om SBU:s rapport om behandling av ångestsyndrom. Jag har egen erfarenhet av både psykoterapi och farmakologisk behandling, och det har många med mig, vilket jag senare har lärt.

Det är avgörande att metoder granskas så att de står på en vetenskaplig grund. Har Freud granskats? Inte vad jag vet. Jag ser hans bidrag snarare som skönlitteratur än vetenskap, och i mitt fall har det förlängt återkomsten till ett värdigt liv.

**Själv är jag läkare** sedan flera år. Jag har sett mig som välfungerande, alltid skött mitt mottagningsarbete, operationsprogram, föreläsningar, utbildning och allt annat som ingår i läkaruppgiften. Jag hade få eller inga sjukdagar på årtionden tills jag för ett antal år sedan drabbades av brakångest. Generaliserad ångest. Jag kunde inte sova, inte operera, inte ha mottagning och kunde inte gå på fest. Fick panikångestattack bara av tanken på att gå till operationssalen eller hålla en föreläsning.

**Jag sökte** en erfaren psykiater. Han var välmående och förstående, föreslog sömnpiller samt psykoterapi. Under ett år gick jag hos en mycket erfaren psykoterapeut med en seans i veckan. Jag gick

också på återbesök hos psykiatern och han kunde se hur jag mådde. Trots allt detta blev sömnen sämre och sämre. Jag tog sömnmiddel var eviga natt, som kanske gav mig högst 5 timmars ro. Jag hade en ständig ångest lika stark som den man känner när man så när håller på att köra över en fotgängare med bil.

**Efter ett års lidande**, då jag inte såg en snutt förbättring utan bara försämring, ringde jag min vän psykiatern (en annan än den jag gått hos) och berättade hur jag mådde. Han sade med en gång: »Så här skall du inte ha det.« Då vågade jag ställa krav på den behandlande psykiatern: »Jag vill inte ha det så här längre, jag vill ha tillbaka livet.« Då blev det SSRI.

Efter åtta veckors behandling kom sömnen tillbaka. Och lugnet. Och jag kunde sköta mitt arbete igen utan ständig ångslan. Jag fortsatte med de psykodynamiska seanserna ett år till. Och lite kognitiv beteendeterapi också, kanske tio gånger.

Jag har flera gånger försökt att successivt sätta ut SSRI, men misslyckats. Symtomen som preparatet insattes för smyger på igen. Visst har medicinen biverkningar, men hallå! hur var det utan? Vad var det för liv? Ett ganska enkelt val – eller hur?

**N N**  
(Signaturens identitet  
är känd av redaktionen.)

## Onödigt skrämna patienterna

De gröna lungor som visades på omslaget till LT 49/2005 med text: »Biologiska läkemedel mot reumatisk sjukdom kan ge lungfibros« tangerar kvällstidningsjournalistik. Sedan slutet av 1990-talet har tusentals patienter med reumatoid artrit (RA) i Sverige behandlats med TNF- $\alpha$ -hämmare. Därmed har deras livskvalitet radikalt förändrats till det bättre. Dessa patienter skräms nu helt i onödan på grund av ovanstående redaktionella hantering av sex fallbeskrivningar.

Alla sex patienterna i artikeln av Birgitta Tengstrand och medarbetare hade känd lungfibros före behandlingen. Lungfibros är en känd extraartikulär manifestation vid RA. På sin höjd kan man konkludera att TNF-blockad möjligen inte har effekt på lungfibros vid RA.

Självfallet ska man vara uppmärksam på allvarliga biverkningar vid nya behandlingar, vilket genom svenska reumatologers registerhantering sker på ett föredömligt sätt.

**Bjarne Hansen**  
docent, överläkare

**Christina Book**  
överläkare; båda vid reumatologiska sektionen, invärtesmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö  
christina.book@med.lu.se