

dig länge därför att de *i onödan måste vänta på behandling*. Jag stöter på detta problem hos mina patienter allt som oftast, eftersom det blivit allt svårare att få tillgång till psykoterapi.

När jag möter någon med utbrändhetsreaktion kan vi ofta ganska snabbt tillsammans identifiera både »maligna« faktorer på arbetsplatsen och mer personliga förhållanden, som samtliga har bidragit till att den här personen har drabbats och mår så illa som hon gör. De flesta av dessa patienter vill och behöver förr eller senare gå i samtalsterapi.

Men landstingens egna resurser för psykoterapi har i dagens pressade läge blivit helt otillräckliga, väntetiderna är långa och en del får inte ens ställa sig i kö. Trots detta bannlyser de flesta landsting de privata psykoterapeuter som finns. Privatläkarna blir allt färre.

Därför inträffar allt oftare något som skjuter notan för sjukskrivningarna i höjden och som också kostar mänskligt lidande, men som skulle gå att åtgärda snabbt om viljan och det politiska modet funnes. (Eller ska det vara den egna plånboken som avgör vilken vård man får, trots uttalanden om motsatsen?)

## Absurda betalningsregler

Med nuvarande regler får försäkringskassan inte betala för behandling, till exempel hos en privat legitimerad psykoterapeut. Därför inträffar det absurda att kassan inte får bekosta den psykoterapi som både patient, behandlande läkare, psykoterapeut samt läkare och handläggare på försäkringskassan är överens om – inte ens när man bedömer terapin som lämpligaste rehabilitering, tror på att den skulle förkorta sjukskrivningstiden respektive att den skulle kunna förebygga återfall. Däremot kan kassan i princip betala ut sjukpenning »hur länge som helst« för samma patient!

Hur jag än vänder och vrider på detta kan jag inte förstå hur detta slöseri med våra begränsade resurser kan få fortsätta. Vem skulle behandla sin privatekonomi så? Att ändra på detta vore dels att snabbt täppa till ett läckande såll där våra skattepengar rinner ut, dels att ge en ökande grupp sjukskrivna ett klart bättre omhändertagande.

Den rehabilitering de idag erbjuds är inte tillräcklig, och på många håll närmast obefintlig eftersom kassans egen personal går på knäna efter alla nedskärningar. Låt därför sjukskrivna vid behov få utnyttja både befintliga och de enligt uppgift tidigare oanvända medlen för rehabilitering till psykoterapi. Annars ser framtiden ännu mörkare ut!

**Ingegerd Wahl**

psykiater, gestaltterapeut, Falun

## Primärpreventiva insatser mot HIV-smitta viktigare än kortsiktiga, dyrbara strategier

II Börje Åkerlunds och medarbetares analys av HIV-situationen och behovet av att planera den samlade HIV-vården för ett ökat antal öppenvårdsplatser (medicinsk kommentar i Läkartidningen 26–27/2002, sidorna 2928-9) delar jag till fullo.

### Inget om primärprevention

Efter analysen av de stora kostnaderna för varje enskild HIV-patient blir jag dock förvånad över att inte ett enda ord nämns om vinsterna med ett effektivt primärpreventivt arbete, det vill säga insatser som ska förhindra att människor blir smittade. Patienter under behandling (åtminstone de flesta) är visserligen mindre smittsamma och, precis som Åkerlund och medarbetare skriver, tidig testning och behandling kan påverka incidensen, men ur alla aspekter – såväl ekonomiska som personliga och humanitära – är primärprevention i särklass bäst.

I Lancet av den 25 maj 2002 antyder Marseille och medarbetare i sin artikel »HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa« att prevention kan vara minst 28 gånger mer kostnadseffektivt än HAART (highly active antiretroviral therapy). Beräkningarna är visserligen gjorda i Afrika men ger en viss antydning om vad som är effektivast.

### Ge förutsättningar förbli HIV-negativ

Om tillgängligheten till information och testning är god och människor som levtt riskfyllt känner förtroende för sjukvården kommer dessa personer att söka för HIV-testning. Rådgivning till patienter som är HIV-negativa skall grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet (t ex kognitiv terapi), och målet skall vara be-

teendeförändring så att patienterna ges förutsättningar att förbli HIV-negativa.

Alla personer som diagnostiseras med HIV-infektion skall erbjudas ett kvalificerat omhändertagande inklusive erbjudande om de senaste läkemedlen när så är lämpligt – detta är en förutsättning för att personer med riskbeteende skall söka för HIV-testning över huvud taget.

Primär- och sekundärprevention skall gå och går hand i hand i Sverige. Vi får inte lockas till att enbart satsa på kortsiktiga dyrbara strategier och glömma bort det långsiktiga primärpreventiva arbetet.

### Minska antalet möten av oskyddat sex

Naturligtvis skall alla HIV-positiva identifieras så tidigt som möjligt och erbjudas behandling men samtidigt måste alla krafter användas för att minska antalet oskyddade sexuella möten. Detta gör vi bäst genom effektiva preventionsmetoder såsom exempelvis en bra sex- och samlevnadsundervisning i skolan, som inte enbart förmedlar fakta utan också ger ungdomarna tillfälle att reflektera och bearbeta attityder och normer, så kallad peer education. Vidare genom riktade informationsinsatser till riskutsatta grupper, kvalificerad rådgivning i samband med testning för sexuellt överförda infektioner och frikostigt utdelande av kondomer i miljöer där sexuella möten sker.

I denna gränslöst viktiga fråga finns inget *antingen-eller* utan enbart *både-och*.

**Kristina Ramstedt**

avdelningschef, Statens folkhälsoinstitut  
Kristina.Ramstedt@fhi.se

## Brännmärk hellre rökning än NSAID i samband med skelettkirurgi!

II I ett inlägg i Läkartidningen 22/2002 fördömer Per Aspenberg i mycket explicita ordalag användningen av NSAID, inklusive cox-2-hämmare (coxiber), efter skelettkirurgi [1]. Som stöd för detta anför han en rad experimentella studier, främst på råttor. Det bör dock framhållas att de doser som använts i dessa studier i allmänhet varit långt över de kliniskt rekommenderade, och att en 18-procentig drogrelaterad mortalitet i behandlingsgruppen rapporterats [2].

Detta i sin tur har gjort att det ifråga-

satts om dessa effekter inte är toxiska snarare än farmakologiska [3]. Det är väl känt att biverkningar av NSAID, såsom blödning och gastrointestinala besvär, är dosberoende även när dessa används postoperativt [4]. Därför har t ex EUs läkemedelsorgan, CPMP, rekommenderat en dossänkning jämfört med fabrikanstens rekommendation när det gäller ketorolak [5], något som sedermera även anammats av Fass.

Att även effekten på osteogenes är dosberoende visas klart av en av det få-