

gan hur det kan komma sig att vi kan godkänna läkemedel som innehåller ett hjälpämne som frågeställaren reagerat allergiskt mot. Svaret måste alltid bli att man knappast för något hjälpämne kan garantera att ingen individ kan reagera emot det.

Viktigt rapportera biverkningar

Det är därför en fråga om hur många som drabbas, och för att få mer kunskap om det är det mycket viktigt att dessa fall rapporteras som läkemedelsbiverkningar. Tyvärr är antalet rapporter om misstänkta biverkningar av hjälpämnen litet. Vi vill därför rikta en uppmaning till alla förskrivare att verkligen rapportera biverkningar som misstänks vara orsakade av hjälpämnen i läkemedel.

Sven-Erik Hillver

*farm lic, senior expert,
Läkemedelsverket
sven-erik.hillver@mpa.se*

Slutreplik:

Livsmedel kan väljas bort men inte läkemedel

■ Vi har två självständiga verk, ett för livsmedel och ett för läkemedel. Det är misstänkt bekvämt att de tycker lika och behandlar alla kosmetiska färger som »compliance«. Men de tillsatta färgämnen är inte likvärda, och alla tabletter behöver inte vara runda och släta.

Färg i läkemedel är helt onödigt och bör tas bort, det är bara reklam. Men framför allt – en patient kan välja bort livsmedel som ger allergier, men det går inte med ordinerade läkemedel som Waran och Panodil.

Att bieffekter inte rapporteras beror säkert på att hus- och hudläkare inte bryr sig tillräckligt, men det finns ju internationellt material. Med lite mer geist, kompetens och läsning och kanske hjälp av någon junior expert, skulle ju Läkemedelsverket kunna skilja på hög- och lågriskämnena och föreslå lagändring om det behövs för att följa andra stora länders förbud mot E132 och E133. Attityden bakom licentiaten Hillvers försvar oroar mig.

Hans G Boman

*professor emeritus i mikrobiologi,
Stockholm
hans.g.boman@swipnet.se*

Kan bara avliden eller omyndigförklarad patients psykiatriska vård HSAN-granskas?

■ För cirka två år sedan insjuknade en yngre man i en akut psykossjukdom efter en längre tids tilltagande symtom. Sluten vård blev nödvändig, men ej tvångsvård. Den unge mannen hade, efter misslyckade studier, ekonomisk kris och utan arbete och bostad, flyttat »hem« till sin kommun. Efter utskrivning från den psykiatriska kliniken skulle den fortsatta vården ske i öppna former, med fortsatt medicinering.

Då jag är personlig vän till familjen fick jag i egenskap av psykiater (som inte har med patientens behandling att göra) många frågor från familjen, som är orolig över att man bara kan betrakta utvecklingen från sidan; självklart önskar man den bästa behandlingen för den anhörige. Man har försökt påverka, komma med förslag, till och med kräva vissa åtgärder. Samtidigt vill man inte bli ovän med det psykiatriska teamet.

Jag är fullständigt överens med familjen om att patienten inte är i sådant i skick att tvångsvård skulle vara indicerad, men man efterlyser mera kraftfulla och tydliga åtgärder, uppföljning och ett engagemang från teamets sida för att motivera patienten.

Den aktuella situationen

Läget är som följer: Patienten är ensamboende, har ingen läkarkontakt eftersom han själv avbrutit medicineringen och inte behöver läkarintyg för sjukskrivning (han lever på socialbidrag). En planerad terapi för att han ska komma till rätta med sina »besvärliga tankar« har runnit ut i sanden, så som det mesta som planerats. Han har enligt uppgift aldrig sett sin behandlingsplan, än mindre deltagit i utformningen. Efter påtryckningar fick han remiss till en specifik terapi, men eftersom teamet inte hade förberett starten råkade han ut för administrativa missöden och gav upp.

Han lever isolerat, har eventuellt kontakt med en person i teamet en timme per vecka, kan inte planera – varken sin tid eller ekonomi. Han har ingen ordnad sysselsättning – alltså har han bara sällskap av sina skrämmande tankar. Såvitt jag har uppfattat det anser expertisen att ju längre psykos/prepsykos får stå obehandlad, desto långsammare blir tillfrisknandet.

Bara patienten kan begära granskning

När familjen ville få vården granskad av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) fick man beskedet att det kan bara patienten själv göra.

Just det är problemet – vi vet att psykospatienter i regel har problem med planering/motivation/vilja, och precis detta krävs ju för att kunna ifrågasätta sin egen vård och sin behandling.

Familjen upplever att teamet försvarar sig med att »det får patienten bestämma själv«, samtidigt som alla vet att han i realiteten inte kan bestämma själv; det ju ingår i sjukdomen. Har vi här ett moment 22?

Finns det inget mellanting?

Finns det inget mellanting mellan tvångsvård och att vara passiv och förskansa sig bakom patientens formella autonomi? Naturligtvis finns det, men inte där patienten bor, eller så tillämpar man inte de riktlinjer som ändå finns. Det finns vårdprogram utvecklade (Uppsala, Gagnef, Svenska psykiatriska föreningen t ex): bl a tydlig patientansvarig läkare, motivationsamtal för längre tids motivering, strukturerad vardag med sysselsättning, helst motsvarande patientens intressen och kompetens, energisk psykoterapeutisk behandling, och, inte minst, att man aktivt söker upp patienten när han uteblir. Samarbete med kommunen och arbetsförmedlingen, eventuellt vuxenutbildningen; kontaktman för de dagliga problemen; stimulans för att öka den sociala kretsen.

Men en psykospatient har inte förmågan att kräva rimlig vård. Vem kan då göra det i hans ställe? Vad tycker mina kollegor?

Anonym

*(skribentens identitet
är känd av redaktionen)*

Ett bottenapp

■ Jag har haft Läkartidningen i över 30 år, en verkligt bra tidning. Men nu – ett verkligt bottenapp. Dessa skriverier av Annette Kullenberg – fraseologi, stupiditeter, med bild av något som liknar något från amerikansk tv-serie – hängande ut genom bilfönster med champagneglas i handen. Läkartidningen är nog inte värd detta – den skall ha högre klass. Kjell-Olof Feldt skriver verkligt bra och sakligt – men detta – det hör nog hemma i kolorerad veckopress men inte i Läkartidningen.

Kaj Palmgren

*överläkare, Sykehuset Østfold,
DPS Voksenpoliklinikk, Halden
kaj.palmgren@fimnet.fi*