

tek». Samme eier kan ifølge loven eie både grossist og apotek.

Det er også galt når Aarseth hevder at apotekene ikke lenger plikter å ha et bredt assortiment av legemidler. Her er ny og gammel lov helt lik. Med flere markedsførte legemidler og flere apotek er rasjonelt lagerhold stadig viktigere. Leveringsplikten kombinert med et godt lokalt tilpasset sortiment gir en forsvarlig løsning for pasientene og samfunnet. Dette må legene medvirke til. Ingen apotek kan ha alt på lager.

I apotekkjeden Alliance UniChem har vi lagt mye omtanke i retningslinjer for generisk bytte. Med et nært samarbeid mellom apotek og lege kan legen ofte forskrive produkter apoteket lagerfører. Mange pasienter bruker et fast apotek, som vet hva pasienten har fått tidligere. Det vil ha betydning for om apoteket tilbyr bytte. Når Aarseth sier at «pasienter ofte vil risikere å få en helt annen tablett», så kan dette påvirkes gjennom legenes forskrivning og samarbeid med lokale apotek. Bytte *i seg selv* er ikke et mål.

Generisk bytte er et tiltak for å dempe veksten i samfunnets legemiddelkostnader. Diskusjonen har dreid seg om hensynet til pasienten og om ordningen virkelig gir besparelser. Det er en viktig debatt. Den bør føres med utgangspunkt i fakta og argumenter leger, pasienter og apotek kjenner fra egen hverdag. Blant annet er det viktig å få dokumentert om risiko for feilbruk øker ved generisk bytte. Her vil samarbeid mellom apotek og leger være nyttig.

For Aarseth er opptatt av pasientenes sikkerhet. Og han vil svekke kjedenes makt. Derfor foreslår han at reseptfrie legemidler skal selges utenfor apotek. Reduserer det faren for feilbruk? Og mener virkelig Aarseth at kjedenes dominans er mindre i dagligvarehandelen?

Høvik

Marit Andrew
fagdirektør
Alliance UniChem Norge AS

Litteratur

1. Aarseth HP. Hvorfor generisk substitusjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3339.
2. St.prp. nr. 1, Folketrygden 2002.

Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter

Ann Færden peker i sin interessante artikkel i Tidsskriftet nr. 29/2001 (1) på mange vesentlige momenter i behandling av mennesker med lang tids psykiatrisk lidelse. Disse mennesker er som andre «fornøyde ved å få egen bolig, ha venner samt meningsfulle aktiviteter». Egen bolig hindrer at disse pasientene blir kasteballer mellom bydeler, ulike omsorger og institusjoner. I Færdens distrikt mangler likevel fjerdeparten egen bolig.

I psykiatrien prøver vi å få til en kontinuerlig behandlingsprosess med alle pa-

sientkategorier. Det er ikke lett. Fagpersoner skifter jobb, og på det nye sted er det ikke alltid akseptert at terapeuten har med seg pasienter fra sin forrige stilling. I de siste par tiår av min snart 45-årige tjeneste i psykiatriske institusjoner er jeg blitt mer og mer opptatt av forhold med ubevisst avvising mellom pasient og terapeut. Terapeuten med faste indre strukturer kan intuitivt reagere negativt på tilsvarende svake strukturer hos pasienten og føle behandling som et håpløst foretak. Pasienten kan bli henvist videre og oppleve seg avvist. Dette skjer nok oftere enn ønskelig når vi har med pasienter med personlighetsforstyrrelser og psykoser å gjøre. Muligens kan dette være en faktor (av flere) som fører enkelte pasienter over i en «kronisk» tilstand. Med små team og gode veiledningsforhold kan slike motoverføringer hos fagfolk bli dreid over i en mer aksepterende retning.

Innleggelsespraksis som beskrives i Færdens artikkel, at terapeuten følger pasienten til den psykiatriske akuttavdeling, er også verdt å merke seg. Vi har samme erfaring ved UNA-prosjektet (Unge Nysyke Aker sektor) at dette gjør det lettere å bearbeide hendelsen etter utskrivningen. Pasientene blir også mer trygge når den terapeuten de har poliklinisk, er med til akuttmottaket. Ved en overføring fra rehabiliteringsavsnittet til førstelinjen bør også den gamle og nye terapeut møte hverandre (en eller et par ganger) sammen med pasienten for å hindre at pasienten opplever forandringen som et brudd. Ved forandring av pasientstatus er det ikke sjelden at suicidale impulser dukker opp. Den fastlege som overtar behandlingen, vil således ha et kjennskap til den forrige behandler og kan få tips av denne når ubehagelige motoverføringer oppstår.

Asker

Carl S. Albretsen

Litteratur

1. Færden A. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.

A. Færden svarer:

Psykiater Carl S. Albretsen peker på viktige elementer i oppfølgingen av psykiatriske langtidspasienter: kontinuitet i behandlingen og forståelse og innsikt for valg av behandlingsmetode fra behandlerapparatet.

Erfaringen er at det er holdninger som «mangel på tilbud», ofte begrunnet i personal- eller ressursmangel, som brukes som den «egentlige» grunn for å avvise oppfølging av en pasient. Mennesker med langvarig psykisk lidelse har ofte store behov for hjelp, og hvis en behandler sitter med ansvaret for dette alene, enten i spesialist- eller primærhelsetjenesten, kan dette oppleves som en umulig oppgave å lykkes med. Ønsket om at andre skal gjøre det «umulige» kan føre til avvising.

I artikkelen i Tidsskriftet (1) omtalte jeg i liten grad arbeidsmetoden som ble brukt i rehabiliteringsteamet, såkalt «clinical case management». De første årene arbeidet vi mer individuelt enn hva vi etter hvert gjorde. Da arbeidet vi etter en teammodell kalt «assertive community treatment» (ACT) (2, 3). «Flere hoder tenker bedre enn ett», var en holdning vi begrunnet dette med. Dette er også anerkjent for å forhindre utbrennet og opplevelsen av maktesløshet og å forhindre sårbarheten ved fravær.

Motoverføring er et ukjent begrep for de fleste utenfor psykiatrien og er vanskelig nok å forstå og enes om for oss som arbeider i psykiatrien. Utfordringen er kanskje ikke å få andre til å forstå hva begrepet innebærer, men å si med enkle og forståelige ord hva som skal til for å gi en god oppfølging. Slik Albretsen omtaler dette, er vår erfaring at kunnskap overføres i fellessamtaler med dem som skal fortsette oppfølgingen på en måte som den skriftlige henvisningen eller epikrisen ikke kan romme. Ved overføring av oppfølgingsansvaret til en annen etat betyr ikke dette fraskrivelse av ansvar, men at psykiatrien raskt er tilgjengelig og lydhør overfor førstelinjetjenestens behov.

Det at så mye av psykiatrisursene og kunnskapen fortsatt befinner seg innenfor spesialisthelsetjenesten, er et problem for god oppfølging av denne gruppen pasienter. I England er det polikliniske spesialisttilbudet for langtidspasientene knyttet til kommunehelsetjenesten. De slipper derfor et overføringsledd og diskusjon om hvem som har ansvaret og om hvem som skal gi et tilbud. Hvordan det går her i landet når staten nå overtar ansvaret for spesialisthelsetjenesten og når budsjettene skal styre driften, blir det viktig å følge med på. Denne gruppen pasienter må ikke igjen få det dårligste tilbudet (4).

Oslo

Ann Færden

Litteratur

1. Færden A. Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3375–9.
2. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Restnik S. Models of community care for severe mentally illness: a review of research on case management. Schizophr Bull 1998; 24: 37–72.
3. Åberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Øsby U. Two year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 1995; 46: 1263–6.
4. Leff J. Why is care in the community perceived as a failure? Br J Psychiatry 2001; 179: 381–4.

Alf Brodal – lærer av format

Det var med stor interesse jeg leste artikkelen om Alf Brodal i Tidsskriftet nr. 29/2001 (1). Mine tanker gikk tilbake til årene på Anatomisk institutt fra 1957 til 1959. Brodal var i sine mest aktive år, og som student er det Alf Brodal som lærer jeg husker best.