

digst 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 finnes. (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 fabrikan-tens 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-

tal kliniska studier som hittills publicerats inom området [6], och som för övrigt stöder Aspenbergs tes. Studien, som är retrospektiv, jämför en patientgrupp som erhållit ketorolak med en grupp som ej erhållit NSAID för postoperativ smärtlindring efter spinal fusion. Studi-ens end-point var »non-union«, dvs ute-bliven fusion. Risken för denna kompli-kation befanns vara 5 ggr högre i keto-rolakgruppen. Dock hade ketorolak gi-vits i doser långt över de rekommende-rade [5]; bland patienter som fått keto-rolak i enlighet med EUs och Fass' re-kommendationer var skillnaden mot kontrollgruppen snarast marginell.

Cyklooxygenas 2

När det gäller cyklooxygenas 2 har detta uppenbarligen en roll i osteogenesen, vilket visats på knockout-möss [7], men, i motsats till Aspenbergs tes, synes detta inte liktydigt med att coxiber har negativ inverkan på bennybildning. I en studie på kanin jämfördes indometacin och celecoxib (bägge i dosen 50 mg per os) med placebo [8]. Man fann att indometacin medförde en statistiskt signifikant sänkning av fusionsgraden, men där- emot ingen skillnad mellan celecoxib och placebo (radiologiskt fanns till och med en liten tendens till bättre läkning i celecoxibgruppen, varför resultatet inte kan avfärdas som ett typ-2-fel).

Dessa fynd stöds kliniskt av en retro-spektiv undersökning på 108 patienter som erhållit rofecoxib efter spinal kirur-gi, där incidensen av »non-union« efter ett år var 4,7 procent, dvs i samma stor-leksordning som hos patienter som inte erhållit NSAID [9].

Brist på klinisk evidens

I dagsläget finns alltså inte en enda ran-domiserad patientstudie som belyser sambandet mellan NSAID och osteoge-nes. Detta kan synas egendomligt, efter-som frågan varit aktuell i mer än 25 år, belysts i ett stort antal experimentella studier, är kliniskt relevant och inte minst kontroversiell. Kan det manne-bero på »publication bias«?

Oavsett orsak gör denna brist på kli-nisk evidens förvisso inte att vi kan på-stå att samband saknas, men att som As-penberg i svepande ordalag brännmärka bruket av NSAID efter skelettkirurgi tycker jag är att gå väl långt. Ingen me-tod för postoperativ smärtlindring sak-nar negativa bieffekter, och det är alltid den behandlande läkarens sak att väga dessa mot potentiella vinster innan valet faller på den behandling han/hon finner vara optimal. I den situationen måste alla tillgängliga metoder vägas in.

Det förtjänar för övrigt påpekas att rökning i ett stort antal kliniska studier

har visats öka risken för »non-union«, och att rökstopp effektivt minskar denna risk [10]. Vore det inte bättre att lägga kraften på att brännmärka det onödiga bruket av tobak, som helt saknar positi-va effekter (utom möjligen minskad risk för postoperativt illamående), men som har en rad nackdelar i det perioperativa förloppet, än att på tveksam grund brännmärka bruket av NSAID?

Michael Lagerkranser

*docent, överläkare
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
michael.lagerkranser@ks.se*

Referenser

1. Aspenberg P. Ge inte NSAID efter skelett-kirurgi! *Läkartidningen* 2002;99:2554.
2. Dimar II JR, Ante WA, Zhang YP, Glass-man SD. The effects of nonsteroidal anti-in-flammatory drugs on posterior spinal fu-sions in the rat. *Spine* 1996;21:1870-6.
3. Cowdery JS. Point of view: the effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on posterior spinal fusions in the rat. *Spine* 1996;21:1876.
4. Strom BL, Berlin JA, Kinman JL, Spitz PW, Hennessy S, Feldman H, Kimmel S, Carson JL. Parenteral ketorolac and risk of gastro-intestinal and operative site bleeding. A postmarketing surveillance study. *JAMA* 1996;275:376-82.
5. Lagerkranser M, Belfrage M, Flordal P-A, Persson E. Sänk ketorolak-dosen! *Läkartid-ningen* 1996;93:4543-4.
6. Glassman SD, Rose SM, Dimar JR, Puno RM, Campbell MJ, Johnson JR. The effect of postoperative nonsteroidal anti-inflam-matory drug administration on spinal fu-sion. *Spine* 1998;23:834-8.
7. Zhang X, Schwarz EM, Young DA, Puzas JE, Rosier RN, O'Keefe RJ. Cyclooxyge-nase-2 regulates mesenchymal cell diffe-rentiation into the osteoblast lineage and is critically involved in bone repair. *J Clin In-vest* 2002;109:1405-15.
8. Riew KD, Long J, Lewis SJ, Kuklo TR. The effect of COX-2 inhibitors on spinal fusion. *Proceedings from the North American Spine Society 15th Annual Meeting*, Oct. 26, 2000:64-5.
9. Reuben SS. Considerations in the use of COX-2 inhibitors in spinal fusion surgery. *Anesth Analg* 2001;93:803-4.
10. Glassman SD, Anagnost SC, Parker A, Burke D, Johnson JR, Dimar JR. The effect of cigarette smoking and smoking cessation on spinal fusion. *Spine* 2000;25:2608-15.

Elektroniska recept – en risk för ökade läkemedelskostnader?

■ Införandet av elektroniska recept för något år sedan har inneburit många för-delar, t ex har antalet oläsliga, svårtolka-de recept minskat.

Lätt trycka iväg nya recept

Men det finns inbyggda risker för över-konsumtion av läkemedel genom använ-dningen av e-recept. Exempelvis när pati-enten begär nya recept per telefon kan det vara enkelt att bara trycka iväg en ny omgång recept till apoteket utan värde-ring av behovet av alla läkemedel eller att nyttan med aktuell behandling grans-kats.

Detta är särskilt påkallat i dessa dagar då läkarkåren har en hårt pressad arbets-situation. Antalet stafettläkare har också ökat kraftigt, och för dem kan det vara särskilt svårt att sätta ut läkemedel hos patienter som de inte känner. Det är an-geläget att finna optimala rutiner för an-vändningen av e-recept.

Utvärdera insatt behandling

Vi vill uppmana alla kolleger att vid re-ceptförnyelse utvärdera insatt behand-ling – minst en gång per år. Föreligger fortsatt indikation för läkemedlet? Vid nyinsättningen använd gärna en liten förpackning/provförpackning om det är första gången patienten får läkemedlet.

Lika viktigt som att sätta in behand-ling med läkemedel, lika angeläget är det att utvärdera effekten och, om nödvän-digt, ompröva terapin.

Kurt Boman

*professor, överläkare,
medicin-geriatrik-kliniken, Skellefteå*

Jan-Erik Ögren

apotekschef, sjukhusapoteket, Skellefteå