

REPLIK OM PRIVATVÅRDEN:

# Anders W Jonssons inlägg lugnar inte

■ Vi är ense med Anders W Jonsson (LT 40/2008, sidan 2790) att hälso- och sjukvården i huvudsak bör finansieras med offentliga medel. Dessutom vore det värdefullt om andelen privat producerad sjukvård ökar.

Det vi verkar vara oense om är organiseringen av den del av den privata sjukvården som vi privatpraktiker står för, dvs en stor del av den öppna specialistvården. Något som är nödvändigt att diskutera eftersom socialministern har givit Toivo Heinsoo i uppdrag att utarbeta ett regelverk, som ska ersätta det nuvarande systemet med läkare och sjukgymnaster som arbetar på nationell taxa baserad på ersättningslagarna. En huvudfråga i den diskussionen är om det nya ersättningssystemet ska bygga på en värddvalsmodell eller om det ska konstrueras på något annat sätt, exempelvis utifrån ett reglerat inträde i ett nytt ersättningssystem.

För oss privatläkare är värddvalsmodellen attraktiv eftersom den innebär en fri etablering. Det vill vi gärna ha. Svårigheten med vårdvalet är att styra kostnaderna. Detta leder i sin tur till en rad regelböcker och styrdokument, ofta till men för sjukvården, eftersom de leder till den sorts snedvridningar som alla planekonomiska system råkar ut för.

Dessutom stämmer inte Anders W Jonssons påstående att »LOU gynnade stora vårdföretag medan LOV öppnar för de små«. I Stockholm finns det en tydlig tendens att de stora företagen tar över primärvården på bekostnad av små vårdgivare. Det hänger samman med regelböckernas utformning, men framför allt med vårdvalet i Stockholm är knutet till en juridisk person och inte till en enskild läkare, till en fysisk person.

Regeringens förslag att så-

väl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer gagnar inte de små vårdgivarna. Härvidlag behövs Alliansen ge ett klart besked om de alls vill ha små vårdgivare. I det avseendet lugnar inte Anders W Jonssons inlägg.

Han problematiserar inte heller frågan om ersättningssystemets utformning. Vi föreslog ett ersättningssystem knutet till en enskild läkare, som utgår ifrån en kontinuerlig kvalitetskontroll, möjlighet till rörelse mellan öppen och sluten vård samt avstängning av kolleger som missköter sig.

Svårigheten i utformningen av ett sådant system ligger i

regleringen av tillträdet. Är det landstingen själva som bestämmer hur många mottagningar det ska finnas i en viss specialitet eller ska det finnas en nationell reglering? Hur ska tillträdet gå till? Ska mottagningarna auktioneras ut eller ska de fördelas enligt andra krite-

rier? Det är frågor som behöver diskuteras.

Den diskussionen saknar vi i Anders W Jonssons inlägg. Det är också förvånande att läsa att våra goda erfarenheter av det nuvarande taxestemmet skulle diskvalificera oss från att delta i sjukvårdsdebatten. Argumentet att taxan skapades på 1990-talet imponerar inte. För oss är det vik-

tigare att patienterna är nöjda.

Vi värnar om ett genomtänkt ersättningssystem baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett ersättningssystem som leder till en mångdubbling av antalet privatverksamma läkare med god och kontrollerbar kvalitet. Det är faktiskt så att sjukvårdens organisation angår dess patienter och dess personal, inte bara dem som arbetar på regeringskansliet.

**Christer Sjödin**

ordförande i Storstockholms privatläkarförening  
sjodin.christer@telia.com

**Jan Johansson**

ordförande i Göteborgs privatläkarförening

**Åke Reimer**

styrelsemedlem i Skånes privatläkarförening

SLUTREPLIK:

## Starta warfarin med provokation

■ Min artikel »Provokation – bästa sättet att starta warfarinbehandling« [1] har bemötts av Odén och Fahlén (OF) i ett genmäle, »Provoce-rande start av warfarinbehandling« [2].

OF inleder med att uppge att jag i mitt material finner att 19,6 procent av patienterna har international normalized ratio (INR) större än 3 på dag 3. Detta är fel; dag 3 har endast 6,7 procent så höga värden (19 individer av totalmaterialets 285). Siffran 19,6 procent avser ett försök att sammanställa senare INR-värden uppmätta dag 5 till dag 10. Den avspeglar således också effekter av den fortsatta doseringen och är inte självklart relaterad till patientens startdos.

Vidare fortsätter OF med en genomgång av risken för död vid olika nivåer av INR. Jag ifrågasätter relevansen av detta i det här sammanhanget. I regel baseras sådana sammanställningar på INR-värden under pågående behandling [3] och kan förväntas avspegla patienter som haft för höga warfarindoseringar under en längre tid.

Vid start av behandlingen är situationen annorlunda, med frekventa INR-mätningar och dosjusteringar. Den tid patienten ligger superterapeutiskt i det skedet är därmed kort och under tät övervakning.

OF refererar till startdoseringen som »Schnells metod«, vilket förstås är mycket smick-

rande. Dock var den i bruk redan när jag kom till Katrineholm i början av 1990-talet. Dit hade den hämtats från Örebro. Där har den således använts ännu längre, och är fortfarande den rekommenderade initieringen av warfarinbehandling.

Vad jag har gjort är en utvärdering av en klinisk praxis, baserad på vår befintliga patientpopulation. Jag kan då redovisa 285 patienter, vilket är ett patientantal som väl kan mäta sig med de publikationer jag funnit som granskar olika sätt att starta med warfarin.

Slutligen missar OF helt poängen med min artikel. Den exakta doseringen är förstuds öppen för diskussion, men det grundläggande är att man ska

se starten av behandling med warfarin som en provokation för att utvärdera patientens känslighet för medicineringen. Doseringen ska således vara standardiserad, och utfallet utnyttjas som stöd för fortsatt dosering. Detta då inte utifrån den enskilde läkarens personliga erfarenhet, utan baserat på validerade samband som de jag redovisar.

**Jag skulle välkomna** om OF med hjälp av sina registerdata på motsvarande sätt kunde redovisa utfallet av alternativa startdoseringar. Jag vidhåller dock att provokation – oavsett

dosering – är bästa sättet att starta warfarinbehandling.

**Richard Schnell**  
överläkare, medicinkliniken,  
Kullbergska sjukhuset,  
Katrineholm  
richard.schnell@dll.se

**REFERENSER**

1. Schnell R. Provokation – bästa sättet att starta warfarinbehandling. Läkartidningen. 2008;105:2262-3.
2. Odén A, Fahlén M. Provocerande start av warfarinbehandling. Läkartidningen. 2008;105:2500.
3. Odén A, Fahlén M. INR-värden över 2,3 ökar risken för död vid warfarin-behandling. Läkartidningen. 2003; 100:924.

**REPLIKSKIFTE OM ADRENALININJEKTORER:**  
**Liten smärta och tillförlitlighet viktigt i livshotande situationer**

■ Magnus Kwant och Karin Ganlöv kommenterar i LT 36/2008 (sidan 2435) en smärtskattningsstudie publicerad i Läkartidningen [1].

**Syftet med studien** var att undersöka smärtupplevelsen vid användning av adrenalininjektorer och inte den intramuskulära leveransen av adrenalin. Lägsta tänkbara smärta bör eftersträvas vid alla medicinska ingrepp. Detta är speciellt viktigt så att patienter med spruträdsel vågar injicera adrenalin i livshotande situationer. Resultatet av studien ska inte underskattas, särskilt som många barn är försedda med adrenalinpennor. Anapen var signifikant mindre smärtsam än EpiPen.

**Viktigare är dock** att autoinjektorer fungerar i akuta situationer. Som framgår av studien utlöste inte 2 av 20 EpiPen vid första försöket trots att försökspersonerna fick noggranna instruktioner av forskningsköterskan och träning omedelbart före injektionen. Detta kommenteras inte av Kwant och Ganlöv.

Anmärkningsvärt är att författarna i stället menar att EpiPens nuvarande administreringsteknik är avsedd att pressa ihop subkutis och på det sättet nå muskulaturen bättre – när anledningen till bytet av administreringsteknik 2003 [3] (från att pressa injektorn mot låret till att slå den hårt mot låret) i själva verket var att 67 rapporter inkommit till Läkemedelsverket om att EpiPen inte hade lösts ut. Att barn som väger 15 kg eller mer ska slå EpiPen hårt mot låret är också ett bevis för detta.

**Ingegerd Larsson**  
apotekare, VD  
ingegerd.larsson@medeca.se

**Rafael Ferrándiz**  
PhD, produktchef,  
Medeca Pharma AB Uppsala  
rafael.ferrandiz@medeca.se

**REFERENSER**

1. Zara K, Hellman BM, Zetterström O. Smärtskattning av adrenalininjektorer för behandling av anafylaxi. Läkartidningen. 2008;105: 1388-90.
2. Läkemedelsverket. Observanda. Ny instruktion för adrenalinpennor. 2003-07-04.

**REPLIK:**

**Endast EpiPen har dokumentation**

■ Erfarenheten från Zaras och medarbetares smärtskattningsstudie med adrenalinpennorna var: »... ingen av försökspersonerna skattade smärtan som särskilt stor eller fick svåra biverkningar av vare sig Anapen eller EpiPen. Detta kan vara av värde för patient och läkare att känna till inför en förskrivning av adrenalininjektor då man som patient ska lära sig hantera och pröva sin injektor« [1]. Dock kvarstår faktum: det viktigaste vid behandling av anafylaxi är intramuskulär administration av adrenalin [2, 3]. Detta är dokumenterat för EpiPen [4, 5]. Anapen saknar publicerad dokumentation (PubMed).

**Magnus Kwant**  
M Sc, product manager  
magnus.kwant@alk-abello.com

**Karin Ganlöv**  
MD, medical director;  
båda ALK Sverige, Kungsbacka  
karin.ganloev@alk-abello.com

**REFERENSER**

1. Zara K, Hellman BM, Zetterström O. Smärtskattning av adrenalininjektorer för behandling av anafylaxi. Läkartidningen. 2008;105: 1388-90.
2. Kemp SF, Lockey RF, Simons FE; World Allergy Organization ad hoc Committee on Epinephrine in Anaphylaxis. Epinephrine: the drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. Allergy. 2008;63:1061-70.
3. Muraro A, Roberts G, Clark A, Eigenmann PA, Halken S, Lack G, et al; EAACI Task Force on Anaphylaxis in Children. The management of anaphylaxis in childhood: position paper of the European academy of allergy and clinical immunology. Allergy. 2007;62:857-71.
4. Simons FER, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: Intramuscular versus subcutaneous injection. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:871-3.
5. Simons FER, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol. 1998;101:33-7.

**SLUTREPLIK:**

**Klar majoritet av läkemedelskommittéer rekommenderar Anapen**

■ Anapen och EpiPen är generiska, och det finns ingen evidens för att det skulle vara någon klinisk skillnad mellan adrenalinpennorna.

Fakta är att:

- Läkemedelsmyndigheterna har registrerat båda autoinjektorerna som intramuskulära. 17 av 19 läkemedelskommittéer rekommenderar Anapen på den registreringsdokumentation som finns.
- EpiPens nål kan vara för kort för intramuskulär injektion hos överviktiga [1, 2].
- Anapen är signifikant mindre smärtsam [3].
- Anapen är tillförlitlig och till skillnad från EpiPen finns det inte rapporter att man har fått nålen i fingret [4].

**Ingegerd Larsson**  
Apotekare, VD  
ingegerd.larsson@medeca.se

**Rafael Ferrándiz**  
PhD, produktchef  
rafael.ferrandiz@medeca.se  
Medeca Pharma AB Uppsala

**REFERENSER**

1. Song TT, Nelson MR, Chang JH, Engler RJ, Chowdhury BA. Adequacy of the epinephrine autoinjector needle length in delivering epinephrine to the intramuscular tissues. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005;94:539-42.
2. Simons FER. Anaphylaxis, killer allergy: Long-term management in the community. J Allergy Clin Immunol. 2006;117:367-77.
3. Zara K, Hellman BM, Zetterström O. Smärtskattning av adrenalininjektorer för behandling av anafylaxi. Läkartidningen 2008;105: 1388-90.
4. Schintler MV, Arbab E, Aberer W, Spindel S, Scharnagl E. Accidental perforating bone injury using the EpiPen autoinjection device. Allergy. 2005;60:259-60.